

## Estudando: Enfermagem do Trabalho

### Introdução

#### O que é Enfermagem?

Pode-se considerar que a enfermagem sempre esteve voltada para atender as necessidades de assistência de saúde da sociedade. Ela originou-se do desejo de manter as pessoas saudáveis, assim como propiciar conforto, cuidado e confiança ao enfermo .

" A enfermagem como profissão, é a única na medida, em que se dedica humanista, às reações dos pacientes e de suas famílias, frente aos problemas reais e potenciais ".

2 - SAÚDE : é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, não meramente a ausência de doença ou enfermidade .

3 - DOENÇA : é um processo anormal no qual o funcionamento do organismo de uma pessoa está diminuído ou prejudicado em uma ou mais dimensões .

#### 4 - NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS

##### 4.1 Necessidades fisiológicas

Estas são as necessidades mais básicas (oxigênio, hidratação, nutrição, temperatura, excreção, repouso, sexo). Uma vez satisfeitas estas necessidades passamos a nos preocupar com outras coisas.

##### 4.2 Necessidades de segurança

No mundo conturbado em que vivemos procuramos fugir dos perigos, buscamos por abrigo, segurança, proteção, estabilidade e continuidade. A busca da religião, de uma crença deve ser colocada neste nível da hierarquia.

##### 4.3 Necessidades sociais

O ser humano precisa amar e pertencer. O ser humano tem a necessidade de ser amado, querido por outros, de ser aceito por outros. Nós queremos nos sentir necessários a outras pessoas ou grupos de pessoas. Esse agrupamento de pessoas pode ser, no seu local de trabalho, na sua igreja, na sua família, no seu clube ou na sua torcida. Todos estes agrupamentos fazem com que tenhamos a sensação de pertencer a um grupo.

##### 4.4 Necessidades de "status" ou de estima

O ser humano busca ser competente, alcançar objetivos, obter aprovação e ganhar reconhecimento.

##### 4.5 Necessidade de auto-realização

O ser humano busca a sua realização como pessoa, a demonstração prática da realização permitida e alavancada pelo seu potencial único. O ser humano pode buscar conhecimento, experiências estéticas e metafísicas, ou mesmo a busca de Deus.

Os profissionais de saúde preocupam-se que estas necessidades básicas sejam proporcionadas aos pacientes que buscam assistência.

## Estudando: Enfermagem do Trabalho

### Assistência à Saúde na História

#### - Período Pré-Cristão

Neste período as doenças eram tidas como um castigo de Deus ou resultavam do poder do demônio. Por isso os sacerdotes ou feiticeiras acumulavam funções de médicos e enfermeiros. O tratamento consistia em aplacar as divindades, afastando os maus espíritos por meio de sacrifícios.

Usavam-se: massagens, banho de água fria ou quente. Mais tarde os sacerdotes adquiriam conhecimentos sobre plantas medicinais e passaram a ensinar pessoas, delegando-lhes funções de enfermeiros e farmacêuticos. Alguns papiros, inscrições, monumentos, livros de orientações política e religiosa, ruínas de aquedutos e outras descobertas nos permitem formar uma idéia do tratamento dos doentes.

#### - Egito

Os egípcios deixaram alguns documentos sobre a medicina conhecida em sua época. As receitas médicas deviam ser tomadas acompanhadas da recitação de fórmulas religiosas. Praticava-se o hipnotismo, a interpretação de sonhos; acreditava-se na influência de algumas pessoas sobre a saúde de outras. Havia ambulatórios gratuitos, onde era recomendada a hospitalidade e o auxílio aos desamparados.

#### - Índia

Documentos do século VI a.C. nos dizem que os hindus conheciam: ligamentos, músculos, nervos, plexos, vasos linfáticos, antídotos para alguns tipos de envenenamento e o processo digestivo. Realizavam alguns tipos de procedimentos, tais como: suturas, amputações e corrigiam fraturas. Neste aspecto o budismo contribuiu para o desenvolvimento da enfermagem e da medicina. Os hindus tornaram-se conhecidos pela construção de hospitais. Foram os únicos, na época, que citaram enfermeiros e exigiam deles qualidades morais e conhecimentos científicos. Nos hospitais eram usados músicos e narradores de histórias para distrair os pacientes. O bramanismo fez decair a medicina e a enfermagem, pelo exagerado respeito ao corpo humano - proibia a dissecação de cadáveres e o derramamento de sangue. As doenças eram consideradas castigo.

#### - Assíria e Babilônia

Entre os assírios e babilônios existiam penalidades para médicos incompetentes, tais como: amputação das mãos, indenização, etc. A medicina era baseada na magia - acreditava-se que sete demônios eram os causadores das doenças. Os sacerdotes - médicos vendiam talismãs com orações usadas contra ataques dos demônios. Nos documentos assírios e babilônicos não há menção de hospitais, nem de enfermeiros. Conheciam a lepra e sua cura dependia de milagres de Deus, como no episódio bíblico do banho no rio Jordão. "Vai, lava-te sete vezes no Rio Jordão e tua carne ficará limpa".

#### - China

Os doentes chineses eram cuidados por sacerdotes. As doenças eram classificadas da seguinte maneira: benignas, médias e graves. Os sacerdotes eram divididos em três categorias que correspondiam ao grau da

doença da qual se ocupava. Os templos eram rodeados de plantas medicinais. Os chineses conheciam algumas doenças: varíola e sífilis. Tratamento: anemias, indicavam ferro e fígado; doenças da pele, aplicavam o arsênico. Anestesia: ópio. Construíram alguns hospitais de isolamento e casas de repouso. A cirurgia não evoluiu devido a proibição da dissecação de cadáveres.

### **- Japão**

Os japoneses aprovaram e estimularam a eutanásia. A medicina era fetichista e a única terapêutica era o uso de águas termais.

### **- Grécia**

As primeiras teorias gregas se prendiam à mitologia. Apolo, o deus sol, era o deus da saúde e da medicina. Usavam sedativos, fortificantes e hemostáticos, faziam ataduras e retiravam corpos estranhos, também tinham casas para tratamento dos doentes. A medicina era exercida pelos sacerdotes - médicos, que interpretavam os sonhos das pessoas. Tratamento: banhos, massagens, sangrias, dietas, sol, ar puro, água pura mineral. Dava-se valor à beleza física, cultural e a hospitalidade. O excesso de respeito pelo corpo atrasou os estudos anatômicos. O nascimento e a morte eram considerados impuros, causando desprezo pela obstetrícia e abandono dos doentes graves. A medicina tornou-se científica, graças a Hipócrates, que deixou de lado a crença de que as doenças eram causadas por maus espíritos. Hipócrates é considerado o Pai da Medicina.

Observava o doente, fazia diagnóstico, prognóstico e a terapêutica. Reconheceu doenças como: tuberculose, malária, histeria, neurose, luxações e fraturas. Seu princípio fundamental na terapêutica consistia em "não contrariar a natureza, porém auxiliá-la a reagir". Tratamentos usados: massagens, banhos, ginásticas, dietas, sangrias, e calmantes, ervas medicinais e medicamentos minerais.

### **- Roma**

A medicina não teve prestígio em Roma. Durante muito tempo era exercida por escravos ou estrangeiros. Os romanos eram um povo, essencialmente guerreiro. O indivíduo recebia cuidados do Estado como cidadão destinado a tornar-se bom guerreiro, audaz e vigoroso. Roma distinguiu-se pela limpeza das ruas, ventilação das casas, água pura e abundante e redes de esgoto. Os mortos eram sepultados fora da cidade, na via Ápia. O desenvolvimento da medicina dos romanos sofreu influência do povo grego.

O cristianismo foi a maior revolução social de todos os tempos. Influiu positivamente através da reforma dos indivíduos e da família. Os cristãos praticavam uma tal caridade, que movia os pagãos: "Vede como eles se amam". Desde o início do cristianismo os pobres e enfermos foram objeto de cuidados especiais por parte da Igreja.

### **Período Florence Nightingale**



Nascida a 12 de maio de 1820, em Florença, Itália, era filha de ingleses. Possuía inteligência incomum, tenacidade de propósitos, determinação e perseverança - o que lhe permitia dialogar com políticos e oficiais do Exército, fazendo prevalecer suas idéias. Dominava com facilidade o inglês, o francês, o alemão, o italiano, além do grego e latim. No desejo de realizar-se como enfermeira, passa o inverno de 1844 em Roma, estudando as atividades das Irmandades Católicas. Em 1849 faz uma viagem ao Egito e decide-se a servir a Deus, trabalhando em Kaiserswert, Alemanha, entre as diaconisas.

Decidida a seguir sua vocação, procura completar seus conhecimentos que julga ainda insuficiente. Visita o Hospital de Dublin dirigido pelas Irmãs de Misericórdia, Ordem Católica de Enfermeiras, fundada 20 anos antes. Conhece as Irmãs de Caridade de São Vicente de Paulo, na Maison de la Providence em Paris. Aos poucos vai se preparando para a sua grande missão.

Em 1854, a Inglaterra, a França e a Turquia declaram guerra à Rússia: " Guerra da Criméia." Os soldados acham-se no maior abandono. A mortalidade entre os hospitalizados é de 40%. Florence partiu para Scutari com 38 voluntárias entre religiosas e leigas vindas de diferentes hospitais. Algumas enfermeiras foram despedidas por incapacidade de adaptação e principalmente por indisciplina. A mortalidade decresce de 40% para 2%. Os soldados fazem dela o seu anjo da guarda e ela foi imortalizada como a "Dama da Lâmpada" porque, de lanterna na mão, percorre as enfermarias, atendendo os doentes. Durante a guerra contrai tifo e ao retornar da Criméia, em 1856, leva uma vida de inválida.

Dedica-se porém, com ardor, a trabalhos intelectuais. Pelos trabalhos na Criméia, recebe um prêmio do Governo Inglês e, graças a este prêmio, consegue iniciar o que para ela é a única maneira de mudar os destinos da Enfermagem - uma Escola de Enfermagem em 1859. Após a guerra, Florence fundou uma escola de Enfermagem no Hospital Saint Thomas, que passou a servir de modelo para as demais escolas que foram fundadas posteriormente. A disciplina rigorosa, do tipo militar, era uma das características da escola nightingaleana, bem como a exigência de qualidades morais das candidatas. O curso, de um ano de duração, consistia em aulas diárias ministradas por médicos.

Nas primeiras escolas de Enfermagem, o médico foi de fato a única pessoa qualificada para ensinar. A ele cabia então decidir quais das suas funções poderiam colocar nas mãos das enfermeiras. Florence morre em 13 de agosto de 1910, deixando florescente o ensino de Enfermagem. Assim, a Enfermagem surge não mais

como uma atividade

empírica, desvinculada do saber especializado, mas como uma ocupação assalariada que vem atender a necessidade de mão-de-obra nos hospitais, constituindo-se como uma prática social institucionalizada e específica.

## Estudando: Enfermagem do Trabalho

### História da Enfermagem no Brasil

A organização da Enfermagem na Sociedade Brasileira começa no período colonial e vai até o final do século XIX. A profissão surge como uma simples prestação de cuidados aos doentes, realizada por um grupo formado, na sua maioria, por escravos, que nesta época trabalhavam nos domicílios. Desde o princípio da colonização foi incluída a abertura das Casas de Misericórdia, que tiveram origem em Portugal.

A primeira Casa de Misericórdia foi fundada na Vila de Santos, em 1543. Em seguida, ainda no século XVI, surgiram as do Rio de Janeiro, Vitória, Olinda e Ilhéus. Mais tarde Porto Alegre e Curitiba, esta inaugurada em 1880, com a presença de D. Pedro II e Dona Tereza Cristina.

No que diz respeito à saúde do povo brasileiro, merece destaque o trabalho do Padre José de Anchieta. Ele não se limitou ao ensino de ciências e catequeses. Foi além.

Atendia aos necessitados, exercendo atividades de médico e enfermeiro. Em seus escritos encontramos estudos de valor sobre o Brasil, seus primitivos habitantes, clima e as doenças mais comuns. A terapêutica empregada era à base de ervas medicinais minuciosamente descritas. Supõe-se que os Jesuítas faziam a supervisão do serviço que era prestado por pessoas treinadas por eles. Não há registro a respeito.

Outra figura de destaque é Frei Fabiano Cristo, que durante 40 anos exerceu atividades de enfermeiro no Convento de Santo Antônio do Rio de Janeiro (Séc. XVIII). Os escravos tiveram papel relevante, pois auxiliavam os religiosos no cuidado aos doentes.

Em 1738, Romão de Matos Duarte consegue fundar no Rio de Janeiro a Casa dos Expostos. Somente em 1822, o Brasil tomou as primeiras medidas de proteção à maternidade que se conhecem na legislação mundial, graças a atuação de José Bonifácio Andrade e Silva. A primeira sala de partos funcionava na Casa dos Expostos em 1822.

Em 1832 organizou-se o ensino médico e foi criada a Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. A escola de parteiras da Faculdade de Medicina diplomou no ano seguinte a célebre Madame Durocher, a primeira parteira formada no Brasil.

No começo do século XX, grande número de teses médicas foram apresentadas sobre Higiene Infantil e Escolar, demonstrando os resultados obtidos e abrindo horizontes e novas realizações. Esse progresso da medicina, entretanto, não teve influência imediata sobre a Enfermagem. Assim sendo, na enfermagem brasileira do tempo do Império, raros nomes de destacaram e, entre eles, merece especial menção o de Anna Nery.

**Anna Nery**



Aos 13 de dezembro de 1814, nasceu Ana Justina Ferreira, na Cidade de Cachoeira, na Província da Bahia. Casou-se com Isidoro Antonio Nery, enviuvando aos 30 anos. Seus dois filhos, um médico militar e um oficial do exército, são convocados a servir a Pátria durante a Guerra do Paraguai (1864-1870), sob a presidência de Solano Lopes. O mais jovem, aluno do 6º ano de Medicina, oferece seus serviços médicos em prol dos brasileiros.

Anna Nery não resiste à separação da família e escreve ao Presidente da Província, colocando-se à disposição de sua Pátria. Em 15 de agosto parte para os campos de batalha, onde dois de seus irmãos também lutavam. Improvisa hospitais e não mede esforços no atendimento aos feridos.

Após cinco anos, retorna ao Brasil, é acolhida com carinho e louvor, recebe uma coroa de louros e Victor Meireles pinta sua imagem, que é colocada no edifício do Paço Municipal.

O governo imperial lhe concede uma pensão, além de medalhas humanitárias e de campanha.

Faleceu no Rio de Janeiro a 20 de maio de 1880.

A primeira Escola de Enfermagem fundada no Brasil recebeu o seu nome. Anna Nery que, como Florence Nightingale, rompeu com os preconceitos da época que faziam da mulher prisioneira do lar.



"A enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, como a obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus. É uma das artes; poder-se-ia dizer, a mais bela das artes."

## Estudando: Enfermagem do Trabalho

### Ética Profissional

Ética Profissional é o conjunto de normas pelas quais o indivíduo deve orientar o seu comportamento na profissão em que exerce. A Ética Profissional do Profissional de Enfermagem o orienta no cumprimento dos deveres em relação aos pacientes, às enfermeiras, aos médicos e demais pessoas com quem trabalha. O Profissional de Enfermagem é um profissional que trabalha em colaboração: executa as ordens e prescrições do médico e da enfermeira, mas tem a responsabilidade própria de seus atos no exercício da profissão. O estudo da Ética Profissional é de grande importância para a formação do estudante de enfermagem, pois o prepara para trabalhar e comportar-se desde o tempo de estudo. A atitude profissional ideal que o Profissional de Enfermagem compreende vários aspectos da conduta individual, tais como atitude física, psicológica e moral.

### Atitude Física: Postura Corporal



Compreende um conjunto de boas maneiras, tais como:

- Ficar de pé, distribuindo de forma elegante a sua posição corpórea.
- Caminhar , com desenvoltura, passos lentos e gradativos.
- Subir e descer escadas; mantendo uma posição certa, evitando inclinar-se para frente ao subir.

- Modos e gestos apropriados; os gestos são também uma forma de comunicação e expressão da pessoa.
- Apresentação pessoal; higiene corporal, uniforme limpo, discreto, em ordem e que facilite o movimento para o trabalho.
- Quanto ao modo de falar e o tom de voz; falar com delicadeza, moderação, um tom de voz suave e uma linguagem correta.
- Quanto ao modo de tratar as pessoas; o profissional de saúde trabalha em colaboração, executa as recomendações do médico e da enfermeira, devendo se integrar a eles e a todos os colegas com que trabalha para alcançar o propósito (o paciente, sua saúde), tratando com respeito e consideração.
- Silêncio; não se compreende a atenção, a reflexão e a observação sem silêncio. O silêncio não é exigido para impedir a conversa e sim para garantir mais vantagens positivas:

- 1) O silêncio torna o ambiente de trabalho seguro e tranquilo, inspirando mais confiança ao doente.
- 2) O silêncio ensina a falar. Quando se fala pouco, pensa-se mais no que vai falar.
- 3) O silêncio favorece a discrição e a guarda do segredo profissional e com isso o doente sente-se mais à vontade.

• Discrição; é reserva de prudência em palavras e atos. O profissional de saúde tem necessidade de discrição mais que os outros profissionais, porque trabalha com seres doentes, sujeitos a muitas fraquezas e que cedem facilmente à necessidade de desabafar.

O que fazer:

- Cumpra suas promessas, mantenha seus planos.
  - Fale com as pessoas, e não delas.
  - Admita seus erros. Não tente racionalizá-los, nem culpe outras pessoas pelos seus erros.
  - Não espalhe boatos, nem participe de intrigas.
  - Não faça observações depreciativas a respeito de pessoas ausentes.
  - Não fale negativamente dos concorrentes.
  - Não critique uma pessoa na frente de outras.
  - Assuma sua parte de responsabilidade pelos erros cometidos por colegas, amigos e sua família.
  - Não fale em público sobre os desacordos com sua família, seu chefe, seus amigos e colegas.
  - Defenda os outros contra ataque injustos.
  - Diga aquilo em que acredita e está disposto a repetir e defender.
  - Não finja que as idéias dos outros são suas. Nem aceite crédito pela realização de outra pessoa, baseie seu progresso em seu próprio desempenho.
  - Explique as coisas de forma aberta e honesta, não mantenha nada "secreto".
  - Não adie decisões desagradáveis, reprimendas ou más notícias. Seja afável, breve e direto. Se você estiver em dúvida quanto ao que fazer em determinada situação, faça-se as seguintes perguntas :
- Quais são os efeitos que estou causando a essa pessoa?
  - Quais são os efeitos que esta pessoa está causando em mim?
  - Eu contaria isso a minha família e aos meus amigos?

## **Segredo Profissional**

Em contatos diários com os clientes, familiares e funcionários, o pessoal da enfermagem, como ser humano e profissional defronta-se com problemas que não podem revelar e outros que pode ou deve revelar. Segredo é

sigilo. Segredo é tudo aquilo que deve ser conservado oculto. O segredo fundamenta-se na confiança e na justiça.

Ao guardar um segredo indevidamente, respeitamos ou desrespeitamos a justiça, pois o segredo pertence ao dono.

### **Formas de Possível Revelação do Segredo**

O segredo profissional pode ser revelado de forma direta ou indireta.

Revelação direta de um segredo dá-se quando são suplicados o conteúdo e o nome da pessoa a quem pertence o segredo.

O segredo é revelado indiretamente a partir do instante em que são oferecidas pistas para o conhecimento da coisa secreta e do dono. Tanto na revelação direta como indireta, a injustiça é praticada da mesma forma e a responsabilidade jurídica e ética estão presentes. Há situações em que o segredo pode ser revelado e outras em que deve ser manifestado a quem de direito. Podemos ser processados ou ferir a ética revelando ou guardando um segredo.

### **Pode-se Revelar um Segredo**

- a) Quando o dono permite;
- b) Quando o bem comum exige
- c) Quando o bem de terceira pessoa exige;
- d) Quando o bem do depositário exige.

### **Deve-se Revelar um Segredo**

- a) Ao se tratar de uma declaração de nascimento;
- b) Para evitar um casamento, em caso de enfermidade que possa por em risco um dos cônjuges ou a prole;
- c) Na declaração de doenças infecto-contagiosas de notificação compulsória;
- d) Em caso de sevícias de menores;
- e) Ao se tratar de fato delitioso previsto em lei;
- f) Ao se ter conhecimento de abordadores profissionais;
- g) Não perícias médico-legais;
- h) Nos registros dos livros hospitalares.

### **Aspectos Jurídicos**

Para que haja quebra de segredo, é necessário:

- a) Existência de um segredo;
- b) Se conhecido em razão de um ofício, função, ministério ou profissão;
- c) Existir a possibilidade de dano a outrem;
- d) Ausência de justa causa;
- e) Estar presente o dolo. Os códigos Penal e Civil Brasileiro referem-se ao segredo profissional. O código de deontologia, no artigo 8º, inciso II, trata do dever de guardar o segredo profissional.

• Deontologia: Estudo dos princípios, fundamentos e sistemas da moral. Tratado dos deveres.

## **Atitude Psicológica**

Compreende algumas habilidades interpessoais, por parte do profissional de saúde em relação aos pacientes:

- Disponibilidade
- Interesse
- Sensibilidade
- Respeito
- Aceitação
- Compreensão
- Afetividade
- Flexibilidade

O que fazer:

- Mantendo o ambiente o mais confortável possível para o paciente;
- Acolhendo-o a cada encontro com palavras e gestos carinhosos, inclusive tocando-o;
- Colocando-se uma postura física de receptividade, permitindo que aflorem os sentimentos do paciente que ele os expresse.
- Observando o paciente para captar os sinais de suas necessidades e de seus desejos;
- Escutando o paciente sem ficar ofendido com sua raiva, nem tentando mudar seus sentimentos;
- Captando os incômodos do paciente a cada encontro e comunicando-lhe que compreende o conteúdo de sua fala. Existem formas mais fáceis e mais difíceis de viver, como existem formas mais fáceis e difíceis de morrer.

O profissional de saúde deverá usar de habilidades interpessoais, para ajudar o paciente a suportar a sua doença ou seu sofrimento. O profissional de saúde deve ser pessoa calma, equilibrada emocionalmente, para inspirar confiança e ajudar seus pacientes.

Muitas habilidades devem ser desenvolvidas para inspirar confiança e ajudar seus pacientes. Muitas habilidades devem ser desenvolvidas para permitirem uma atitude psicológica boa no trato com o paciente. O profissional deve desenvolver algumas aptidões emocionais, cognitivas e comportamentais.

### **Aptidões Emocionais**

Identificar e rotular sentimentos, expressar sentimentos, avaliar a intensidade dos sentimentos, lidar com os sentimentos, adiar a satisfação, controlar impulsos, reduzir tensão, saber a diferenciação entre sentimentos e ações.

### **Aptidões Cognitivas**

- Falar consigo mesmo (ter um diálogo interno, como uma forma de enfrentar um assunto ou reforçar o próprio comportamento).
- Ler e interpretar indícios sociais (reconhecer influências sociais sobre o comportamento e ver-se na perspectiva da comunidade maior).
- Usar etapas para resolver problemas e tomar decisões (controlar impulsos, prever consequências).
- Compreender a perspectiva dos outros.
- Compreender normas de comportamento (qual comportamento é adequado ou não).
- Autoconsciência (criar expectativas realistas para si mesmo).

### **Aptidões Comportamentais**



- Não Verbais: Comunicar-se por contato ocular, expressão facial, tom de voz, gestos e assim por diante.
- Verbais: Fazer pedidos claros, responder eficientemente à crítica, resistir às influências negativas, ouvir os outros, participar de grupos positivos de colegas.

### **Atitude Moral**

É aplicação dos princípios éticos na vida profissional, implica o uso de liberdade, vontade, senso de responsabilidade que supõem boa formação de consciência, o que é indispensável para o profissional de saúde.

O que fazer:

Comprometa-se em dar o melhor de si em qualquer situação, “dedicando amor a tudo que fizer”.

### **Mudar não é Fácil**

“A fórmula do progresso é a mudança”.

A essa altura, pode-se estabelecer um saudável encontro verbal. Se, por um lado, existem as argumentações que afirmam:

“Em time que está ganhando não se mexe” ou “Se melhorar estraga”, por outro lado, a contra-argumentação defende que “não existe nada tão bom quanto possa ser melhorado”.

Mudar não é fácil e a mudança é um jogo tão dinâmico, atualmente, que mal ela acontece já é preciso reiniciá-la para que o crescimento e o aperfeiçoamento não parem.

O ato de mudar para melhor é infinito. Quem estaciona retrocede e em curto espaço de tempo estará desempregado ou fechando as portas

Há muitas pessoas que querem mudar. Fazem planos, projetos e promessas, mas na primeira dificuldade param pelo caminho. Se mudar fosse fácil, todas as pessoas estariam bem.

A mudança exige não apenas esforço pessoal e coletivo, mas, acima de tudo, o objetivo e a meta de melhorar sempre, rumo ao limite da perfeição. É perda de tempo mudar por modismo ou por achar que a mudança trará riquezas. Ela precisa caminhar sempre para a otimização do trabalho e para não ser enfadonha nem se tornar um peso.

É claro que toda mudança tem um preço. É o preço da coragem de quem acredita no futuro e não recua diante do primeiro obstáculo.

São três os motivos que provocam esse recuo: “o medo do desconhecido”, “a piora inicial que uma mudança causa” e “o sacrifício que toda mudança exige”.

### **O Medo do Desconhecido**

É preciso coragem para mudar. Há pessoas que se arrepiam quando ouvem pronunciar a palavra mudança.

É impossível, a qualquer ser humano, progredir sem enfrentar os desafios de uma jornada sem rumo ao progresso.

A todo o momento o homem é colocado à prova pela vida e o sucesso ou o fracasso de uma pessoa está intimamente ligado à forma como ela encara esses desafios. Existem pessoas que estão sempre fugindo dos problemas, achando que são capazes de se esconder e ao mesmo tempo safar-se do medo, da insegurança e do desconhecido. Não há como descobrir coisas novas e mais eficientes sem viver situações de descobertas e desafios.

## Estudando: Enfermagem do Trabalho

### Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem

#### RESOLUÇÃO COFEN Nº 564/2017

*Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.*

O Conselho Federal de Enfermagem – Cofen, no uso das atribuições que lhe são conferidas pela Lei nº 5.905, de 12 de julho de 1973, e pelo Regimento da Autarquia, aprovado pela Resolução Cofen nº 421, de 15 de fevereiro de 2012, e

**CONSIDERANDO** que nos termos do inciso III do artigo 8º da Lei 5.905, de 12 de julho de 1973, compete ao Cofen elaborar o Código de Deontologia de Enfermagem e alterá-lo, quando necessário, ouvidos os Conselhos Regionais;

**CONSIDERANDO** que o Código de Deontologia de Enfermagem deve submeter-se aos dispositivos constitucionais vigentes;

**CONSIDERANDO** a Declaração Universal dos Direitos Humanos, promulgada pela Assembleia Geral das Nações Unidas (1948) e adotada pela Convenção de Genebra (1949), cujos postulados estão contidos no Código de Ética do Conselho Internacional de Enfermeiras (1953, revisado em 2012);

**CONSIDERANDO** a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (2005);

**CONSIDERANDO** o Código de Deontologia de Enfermagem do Conselho Federal de Enfermagem (1976), o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (1993, reformulado em 2000 e 2007), as normas nacionais de pesquisa (Resolução do Conselho Nacional de Saúde – CNS nº 196/1996), revisadas pela Resolução nº 466/2012, e as normas internacionais sobre pesquisa envolvendo seres humanos;

**CONSIDERANDO** a proposta de Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, consolidada na 1ª Conferência Nacional de Ética na Enfermagem – 1ª CONEENF, ocorrida no período de 07 a 09 de junho de 2017, em Brasília – DF, realizada pelo Conselho Federal de Enfermagem e Coordenada pela Comissão Nacional de Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, instituída pela Portaria Cofen nº 1.351/2016;

**CONSIDERANDO** a Lei nº 11.340, de 07 de agosto de 2006 (Lei Maria da Penha) que cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal e a Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003, que estabelece a notificação compulsória, no território nacional, nos casos de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos e privados;

**CONSIDERANDO** a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente;

**CONSIDERANDO** a Lei nº. 10.741, de 01 de outubro de 2003, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso;

**CONSIDERANDO** a Lei nº. 10.216, de 06 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental;

**CONSIDERANDO** a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes;



**CONSIDERANDO** as sugestões apresentadas na Assembleia Extraordinária de Presidentes dos Conselhos Regionais de Enfermagem, ocorrida na sede do Cofen, em Brasília, Distrito Federal, no dia 18 de julho de 2017, e

**CONSIDERANDO** a deliberação do Plenário do Conselho Federal de Enfermagem em sua 491ª Reunião Ordinária,

**RESOLVE:**

**Art. 1º** Aprovar o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, conforme o anexo desta Resolução, para observância e respeito dos profissionais de Enfermagem, que poderá ser consultado através do sítio de internet do Cofen ([www.cofen.gov.br](http://www.cofen.gov.br)).

**Art. 2º** Este Código aplica-se aos Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem, Auxiliares de Enfermagem, Obstetrizes e Parteiras, bem como aos atendentes de Enfermagem.

**Art. 3º** Os casos omissos serão resolvidos pelo Conselho Federal de Enfermagem.

**Art. 4º** Este Código poderá ser alterado pelo Conselho Federal de Enfermagem, por proposta de 2/3 dos Conselheiros Efetivos do Conselho Federal ou mediante proposta de 2/3 dos Conselhos Regionais.

**Parágrafo Único.** A alteração referida deve ser precedida de ampla discussão com a categoria, coordenada pelos Conselhos Regionais, sob a coordenação geral do Conselho Federal de Enfermagem, em formato de Conferência Nacional, precedida de Conferências Regionais.

**Art. 5º** A presente Resolução entrará em vigor 120 (cento e vinte) dias a partir da data de sua publicação no Diário Oficial da União, revogando-se as disposições em contrário, em especial a Resolução Cofen nº 311/2007, de 08 de fevereiro de 2007.

Brasília, 6 de novembro de 2017.

**MANOEL CARLOS N. DA SILVA**

COREN-RO Nº 63592

Presidente

**MARIA R. F. B. SAMPAIO**

COREN-PI Nº 19084

Primeira-Secretária

**ANEXO DA RESOLUÇÃO COFEN Nº 0564/2017**

**PREÂMBULO**

O Conselho Federal de Enfermagem, ao revisar o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem – CEPE, norteou-se por princípios fundamentais, que representam imperativos para a conduta profissional e consideram que a Enfermagem é uma ciência, arte e uma prática social, indispensável à organização e ao funcionamento dos serviços de saúde; tem como responsabilidades a promoção e a restauração da saúde, a prevenção de agravos e doenças e o alívio do sofrimento; proporciona cuidados à pessoa, à família e à coletividade; organiza suas ações e intervenções de modo autônomo, ou em colaboração com outros profissionais da área; tem direito a remuneração justa e a condições adequadas de trabalho, que possibilitem um cuidado profissional seguro e livre de danos. Sobretudo, esses princípios fundamentais reafirmam que o respeito aos direitos humanos é inerente ao exercício da profissão, o que inclui os direitos da pessoa à vida, à saúde, à liberdade, à igualdade, à segurança pessoal, à livre escolha, à dignidade e a ser tratada sem distinção de classe social, geração, etnia, cor, crença religiosa, cultura, incapacidade, deficiência, doença, identidade de gênero, orientação sexual, nacionalidade, convicção política, raça ou condição social.

Inspirado nesse conjunto de princípios é que o Conselho Federal de Enfermagem, no uso das atribuições que lhe são conferidas pelo Art. 8º, inciso III, da Lei nº 5.905, de 12 de julho de 1973, aprova e edita esta nova revisão do CEPE, exortando os profissionais de Enfermagem à sua fiel observância e cumprimento.

## **PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS**

A Enfermagem é comprometida com a produção e gestão do cuidado prestado nos diferentes contextos socioambientais e culturais em resposta às necessidades da pessoa, família e coletividade.

O profissional de Enfermagem atua com autonomia e em consonância com os preceitos éticos e legais, técnico-científico e teórico-filosófico; exerce suas atividades com competência para promoção do ser humano na sua integralidade, de acordo com os Princípios da Ética e da Bioética, e participa como integrante da equipe de Enfermagem e de saúde na defesa das Políticas Públicas, com ênfase nas políticas de saúde que garantam a universalidade de acesso, integralidade da assistência, resolutividade, preservação da autonomia das pessoas, participação da comunidade, hierarquização e descentralização político-administrativa dos serviços de saúde.

O cuidado da Enfermagem se fundamenta no conhecimento próprio da profissão e nas ciências humanas, sociais e aplicadas e é executado pelos profissionais na prática social e cotidiana de assistir, gerenciar, ensinar, educar e pesquisar.

## **CAPÍTULO I – DOS DIREITOS**

**Art. 1º** Exercer a Enfermagem com liberdade, segurança técnica, científica e ambiental, autonomia, e ser tratado sem discriminação de qualquer natureza, segundo os princípios e pressupostos legais, éticos e dos direitos humanos.

**Art. 2º** Exercer atividades em locais de trabalho livre de riscos e danos e violências física e psicológica à saúde do trabalhador, em respeito à dignidade humana e à proteção dos direitos dos profissionais de enfermagem.

**Art. 3º** Apoiar e/ou participar de movimentos de defesa da dignidade profissional, do exercício da cidadania e das reivindicações por melhores condições de assistência, trabalho e remuneração, observados os parâmetros e limites da legislação vigente.

**Art. 4º** Participar da prática multiprofissional, interdisciplinar e transdisciplinar com responsabilidade, autonomia e liberdade, observando os preceitos éticos e legais da profissão.

**Art. 5º** Associar-se, exercer cargos e participar de Organizações da Categoria e Órgãos de Fiscalização do Exercício Profissional, atendidos os requisitos legais.

**Art. 6º** Aprimorar seus conhecimentos técnico-científicos, ético-políticos, socioeducativos, históricos e culturais que dão sustentação à prática profissional.

**Art. 7º** Ter acesso às informações relacionadas à pessoa, família e coletividade, necessárias ao exercício profissional.

**Art. 8º** Requerer ao Conselho Regional de Enfermagem, de forma fundamentada, medidas cabíveis para obtenção de desagravo público em decorrência de ofensa sofrida no exercício profissional ou que atinja a profissão.

**Art. 9º** Recorrer ao Conselho Regional de Enfermagem, de forma fundamentada, quando impedido de cumprir o presente Código, a Legislação do Exercício Profissional e as Resoluções, Decisões e Pareceres Normativos emanados pelo Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem.

**Art. 10º** Ter acesso, pelos meios de informação disponíveis, às diretrizes políticas, normativas e protocolos institucionais, bem como participar de sua elaboração.

**Art. 11** Formar e participar da Comissão de Ética de Enfermagem, bem como de comissões interdisciplinares da instituição em que trabalha.

**Art. 12** Abster-se de revelar informações confidenciais de que tenha conhecimento em razão de seu exercício profissional.

**Art. 13** Suspender as atividades, individuais ou coletivas, quando o local de trabalho não oferecer condições seguras para o exercício profissional e/ou desrespeitar a legislação vigente, ressalvadas as situações de urgência e emergência, devendo formalizar imediatamente sua decisão por escrito e/ou por meio de correio eletrônico à instituição e ao Conselho Regional de Enfermagem.

**Art. 14** Aplicar o processo de Enfermagem como instrumento metodológico para planejar, implementar, avaliar e documentar o cuidado à pessoa, família e coletividade.

**Art. 15** Exercer cargos de direção, gestão e coordenação, no âmbito da saúde ou de qualquer área direta ou indiretamente relacionada ao exercício profissional da Enfermagem.

**Art. 16** Conhecer as atividades de ensino, pesquisa e extensão que envolvam pessoas e/ou local de trabalho sob sua responsabilidade profissional.

**Art. 17** Realizar e participar de atividades de ensino, pesquisa e extensão, respeitando a legislação vigente.

**Art. 18** Ter reconhecida sua autoria ou participação em pesquisa, extensão e produção técnico-científica.

**Art. 19** Utilizar-se de veículos de comunicação, mídias sociais e meios eletrônicos para conceder entrevistas, ministrar cursos, palestras, conferências, sobre assuntos de sua competência e/ou divulgar eventos com finalidade educativa e de interesse social.

**Art. 20** Anunciar a prestação de serviços para os quais detenha habilidades e competências técnico-científicas e legais.

**Art. 21** Negar-se a ser filmado, fotografado e exposto em mídias sociais durante o desempenho de suas atividades profissionais.

**Art. 22** Recusar-se a executar atividades que não sejam de sua competência técnica, científica, ética e legal ou que não ofereçam segurança ao profissional, à pessoa, à família e à coletividade.

**Art. 23** Requerer junto ao gestor a quebra de vínculo da relação profissional/usuários quando houver risco à sua integridade física e moral, comunicando ao Coren e assegurando a continuidade da assistência de Enfermagem.

## **CAPÍTULO II – DOS DEVERES**

**Art. 24** Exercer a profissão com justiça, compromisso, equidade, resolutividade, dignidade, competência, responsabilidade, honestidade e lealdade.

**Art. 25** Fundamentar suas relações no direito, na prudência, no respeito, na solidariedade e na diversidade de opinião e posição ideológica.

**Art. 26** Conhecer, cumprir e fazer cumprir o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e demais normativos do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem.

**Art. 27** Incentivar e apoiar a participação dos profissionais de Enfermagem no desempenho de atividades em organizações da categoria.

**Art. 28** Comunicar formalmente ao Conselho Regional de Enfermagem e aos órgãos competentes fatos que infrinjam dispositivos éticos-legais e que possam prejudicar o exercício profissional e a segurança à saúde da pessoa, família e coletividade.

**Art. 29** Comunicar formalmente, ao Conselho Regional de Enfermagem, fatos que envolvam recusa e/ou demissão de cargo, função ou emprego, motivado pela necessidade do profissional em cumprir o presente Código e a legislação do exercício profissional.

**Art. 30** Cumprir, no prazo estabelecido, determinações, notificações, citações, convocações e intimações do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem.

**Art. 31** Colaborar com o processo de fiscalização do exercício profissional e prestar informações fidedignas, permitindo o acesso a documentos e a área física institucional.

**Art. 32** Manter inscrição no Conselho Regional de Enfermagem, com jurisdição na área onde ocorrer o exercício profissional.

**Art. 33** Manter os dados cadastrais atualizados junto ao Conselho Regional de Enfermagem de sua jurisdição.

**Art. 34** Manter regularizadas as obrigações financeiras junto ao Conselho Regional de Enfermagem de sua jurisdição.

**Art. 35** Apor nome completo e/ou nome social, ambos legíveis, número e categoria de inscrição no Conselho Regional de Enfermagem, assinatura ou rubrica nos documentos, quando no exercício profissional.

**§ 1º** É facultado o uso do carimbo, com nome completo, número e categoria de inscrição no Coren, devendo constar a assinatura ou rubrica do profissional.

**§ 2º** Quando se tratar de prontuário eletrônico, a assinatura deverá ser certificada, conforme legislação vigente.

**Art. 36** Registrar no prontuário e em outros documentos as informações inerentes e indispensáveis ao processo de cuidar de forma clara, objetiva, cronológica, legível, completa e sem rasuras.

**Art. 37** Documentar formalmente as etapas do processo de Enfermagem, em consonância com sua competência legal.

**Art. 38** Prestar informações escritas e/ou verbais, completas e fidedignas, necessárias à continuidade da assistência e segurança do paciente.

**Art. 39** Esclarecer à pessoa, família e coletividade, a respeito dos direitos, riscos, benefícios e intercorrências acerca da assistência de Enfermagem.

**Art. 40** Orientar à pessoa e família sobre preparo, benefícios, riscos e consequências decorrentes de exames e de outros procedimentos, respeitando o direito de recusa da pessoa ou de seu representante legal.

**Art. 41** Prestar assistência de Enfermagem sem discriminação de qualquer natureza.

**Art. 42** Respeitar o direito do exercício da autonomia da pessoa ou de seu representante legal na tomada de decisão, livre e esclarecida, sobre sua saúde, segurança, tratamento, conforto, bem-estar, realizando ações necessárias, de acordo com os princípios éticos e legais.

**Parágrafo único.** Respeitar as diretivas antecipadas da pessoa no que concerne às decisões sobre cuidados e tratamentos que deseja ou não receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, suas vontades.

**Art. 43** Respeitar o pudor, a privacidade e a intimidade da pessoa, em todo seu ciclo vital e nas situações de morte e pós-morte.

**Art. 44** Prestar assistência de Enfermagem em condições que ofereçam segurança, mesmo em caso de suspensão das atividades profissionais decorrentes de movimentos reivindicatórios da categoria.

**Parágrafo único.** Será respeitado o direito de greve e, nos casos de movimentos reivindicatórios da categoria, deverão ser prestados os cuidados mínimos que garantam uma assistência segura, conforme a complexidade do paciente.

**Art. 45** Prestar assistência de Enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência.

**Art. 46** Recusar-se a executar prescrição de Enfermagem e Médica na qual não constem assinatura e número de registro do profissional prescritor, exceto em situação de urgência e emergência.

**§ 1º** O profissional de Enfermagem deverá recusar-se a executar prescrição de Enfermagem e Médica em caso de identificação de erro e/ou ilegitimidade da mesma, devendo esclarecer com o prescritor ou outro profissional, registrando no prontuário.

**§ 2º** É vedado ao profissional de Enfermagem o cumprimento de prescrição à distância, exceto em casos de urgência e emergência e regulação, conforme Resolução vigente.

**Art. 47** Posicionar-se contra, e denunciar aos órgãos competentes, ações e procedimentos de membros da equipe de saúde, quando houver risco de danos decorrentes de imperícia, negligência e imprudência ao paciente, visando a proteção da pessoa, família e coletividade.

**Art. 48** Prestar assistência de Enfermagem promovendo a qualidade de vida à pessoa e família no processo do nascer, viver, morrer e luto.

**Parágrafo único.** Nos casos de doenças graves incuráveis e terminais com risco iminente de morte, em consonância com a equipe multiprofissional, oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis para assegurar o conforto físico, psíquico, social e espiritual, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal.

**Art. 49** Disponibilizar assistência de Enfermagem à coletividade em casos de emergência, epidemia, catástrofe e desastre, sem pleitear vantagens pessoais, quando convocado.

**Art. 50** Assegurar a prática profissional mediante consentimento prévio do paciente, representante ou responsável legal, ou decisão judicial.

**Parágrafo único.** Ficam resguardados os casos em que não haja capacidade de decisão por parte da pessoa, ou na ausência do representante ou responsável legal.

**Art. 51** Responsabilizar-se por falta cometida em suas atividades profissionais, independentemente de ter sido praticada individual ou em equipe, por imperícia, imprudência ou negligência, desde que tenha participação e/ou conhecimento prévio do fato.

**Parágrafo único.** Quando a falta for praticada em equipe, a responsabilidade será atribuída na medida do(s) ato(s) praticado(s) individualmente.

**Art. 52** Manter sigilo sobre fato de que tenha conhecimento em razão da atividade profissional, exceto nos casos previstos na legislação ou por determinação judicial, ou com o consentimento escrito da pessoa envolvida ou de seu representante ou responsável legal.

**§ 1º** Permanece o dever mesmo quando o fato seja de conhecimento público e em caso de falecimento da pessoa envolvida.

**§ 2º** O fato sigiloso deverá ser revelado em situações de ameaça à vida e à dignidade, na defesa própria ou em atividade multiprofissional, quando necessário à prestação da assistência.

**§ 3º** O profissional de Enfermagem intimado como testemunha deverá comparecer perante a autoridade e, se for o caso, declarar suas razões éticas para manutenção do sigilo profissional.

**§ 4º** É obrigatória a comunicação externa, para os órgãos de responsabilização criminal, independentemente de autorização, de casos de violência contra: crianças e adolescentes; idosos; e pessoas incapacitadas ou sem condições de firmar consentimento.

**§ 5º** A comunicação externa para os órgãos de responsabilização criminal em casos de violência doméstica e familiar contra mulher adulta e capaz será devida, independentemente de autorização, em caso de risco à comunidade ou à vítima, a juízo do profissional e com conhecimento prévio da vítima ou do seu responsável.

**Art. 53** Resguardar os preceitos éticos e legais da profissão quanto ao conteúdo e imagem veiculados nos diferentes meios de comunicação e publicidade.

**Art. 54** Estimular e apoiar a qualificação e o aperfeiçoamento técnico-científico, ético-político, socioeducativo e cultural dos profissionais de Enfermagem sob sua supervisão e coordenação.

**Art. 55** Aprimorar os conhecimentos técnico-científicos, ético-políticos, socioeducativos e culturais, em benefício da pessoa, família e coletividade e do desenvolvimento da profissão.

**Art. 56** Estimular, apoiar, colaborar e promover o desenvolvimento de atividades de ensino, pesquisa e extensão, devidamente aprovados nas instâncias deliberativas.

**Art. 57** Cumprir a legislação vigente para a pesquisa envolvendo seres humanos.

**Art. 58** Respeitar os princípios éticos e os direitos autorais no processo de pesquisa, em todas as etapas.

**Art. 59** Somente aceitar encargos ou atribuições quando se julgar técnica, científica e legalmente apto para o desempenho seguro para si e para outrem.

**Art. 60** Respeitar, no exercício da profissão, a legislação vigente relativa à preservação do meio ambiente no gerenciamento de resíduos de serviços de saúde.

### **CAPÍTULO III – DAS PROIBIÇÕES**

**Art. 61** Executar e/ou determinar atos contrários ao Código de Ética e à legislação que disciplina o exercício da Enfermagem.

**Art. 62** Executar atividades que não sejam de sua competência técnica, científica, ética e legal ou que não ofereçam segurança ao profissional, à pessoa, à família e à coletividade.

**Art. 63** Colaborar ou acumpliciar-se com pessoas físicas ou jurídicas que desrespeitem a legislação e princípios que disciplinam o exercício profissional de Enfermagem.

**Art. 64** Provocar, cooperar, ser conivente ou omissa diante de qualquer forma ou tipo de violência contra a pessoa, família e coletividade, quando no exercício da profissão.

**Art. 65** Aceitar cargo, função ou emprego vago em decorrência de fatos que envolvam recusa ou demissão motivada pela necessidade do profissional em cumprir o presente código e a legislação do exercício profissional; bem como pleitear cargo, função ou emprego ocupado por colega, utilizando-se de concorrência desleal.

**Art. 66** Permitir que seu nome conste no quadro de pessoal de qualquer instituição ou estabelecimento congênere, quando, nestas, não exercer funções de enfermagem estabelecidas na legislação.

**Art. 67** Receber vantagens de instituição, empresa, pessoa, família e coletividade, além do que lhe é devido, como forma de garantir assistência de Enfermagem diferenciada ou benefícios de qualquer natureza para si ou para outrem.

**Art. 68** Valer-se, quando no exercício da profissão, de mecanismos de coação, omissão ou suborno, com pessoas físicas ou jurídicas, para conseguir qualquer tipo de vantagem.

**Art. 69** Utilizar o poder que lhe confere a posição ou cargo, para impor ou induzir ordens, opiniões, ideologias políticas ou qualquer tipo de conceito ou preconceito que atentem contra a dignidade da pessoa humana, bem como dificultar o exercício profissional.

**Art. 70** Utilizar dos conhecimentos de enfermagem para praticar atos tipificados como crime ou contravenção penal, tanto em ambientes onde exerça a profissão, quanto naqueles em que não a exerça, ou qualquer ato que infrinja os postulados éticos e legais.

**Art. 71** Promover ou ser conivente com injúria, calúnia e difamação de pessoa e família, membros das equipes de Enfermagem e de saúde, organizações da Enfermagem, trabalhadores de outras áreas e instituições em que exerce sua atividade profissional.

**Art. 72** Praticar ou ser conivente com crime, contravenção penal ou qualquer outro ato que infrinja postulados éticos e legais, no exercício profissional.

**Art. 73** Provocar aborto, ou cooperar em prática destinada a interromper a gestação, exceto nos casos permitidos pela legislação vigente.

**Parágrafo único.** Nos casos permitidos pela legislação, o profissional deverá decidir de acordo com a sua consciência sobre sua participação, desde que seja garantida a continuidade da assistência.

**Art. 74** Promover ou participar de prática destinada a antecipar a morte da pessoa.

**Art. 75** Praticar ato cirúrgico, exceto nas situações de emergência ou naquelas expressamente autorizadas na legislação, desde que possua competência técnica-científica necessária.

**Art. 76** Negar assistência de enfermagem em situações de urgência, emergência, epidemia, desastre e catástrofe, desde que não ofereça risco a integridade física do profissional.

**Art. 77** Executar procedimentos ou participar da assistência à saúde sem o consentimento formal da pessoa ou de seu representante ou responsável legal, exceto em iminente risco de morte.

**Art. 78** Administrar medicamentos sem conhecer indicação, ação da droga, via de administração e potenciais riscos, respeitados os graus de formação do profissional.

**Art. 79** Prescrever medicamentos que não estejam estabelecidos em programas de saúde pública e/ou em rotina aprovada em instituição de saúde, exceto em situações de emergência.

**Art. 80** Executar prescrições e procedimentos de qualquer natureza que comprometam a segurança da pessoa.

**Art. 81** Prestar serviços que, por sua natureza, competem a outro profissional, exceto em caso de emergência, ou que estiverem expressamente autorizados na legislação vigente.

**Art. 82** Colaborar, direta ou indiretamente, com outros profissionais de saúde ou áreas vinculadas, no descumprimento da legislação referente aos transplantes de órgãos, tecidos, esterilização humana, reprodução assistida ou manipulação genética.

**Art. 83** Praticar, individual ou coletivamente, quando no exercício profissional, assédio moral, sexual ou de qualquer natureza, contra pessoa, família, coletividade ou qualquer membro da equipe de saúde, seja por meio de atos ou expressões que tenham por consequência atingir a dignidade ou criar condições humilhantes e constrangedoras.

**Art. 84** Anunciar formação profissional, qualificação e título que não possa comprovar.

**Art. 85** Realizar ou facilitar ações que causem prejuízo ao patrimônio das organizações da categoria.

**Art. 86** Produzir, inserir ou divulgar informação inverídica ou de conteúdo duvidoso sobre assunto de sua área profissional.

**Parágrafo único.**Fazer referência a casos, situações ou fatos, e inserir imagens que possam identificar pessoas ou instituições sem prévia autorização, em qualquer meio de comunicação.

**Art. 87**Registrar informações incompletas, imprecisas ou inverídicas sobre a assistência de Enfermagem prestada à pessoa, família ou coletividade.

**Art. 88**Registrar e assinar as ações de Enfermagem que não executou, bem como permitir que suas ações sejam assinadas por outro profissional.

**Art. 89**Disponibilizar o acesso a informações e documentos a terceiros que não estão diretamente envolvidos na prestação da assistência de saúde ao paciente, exceto quando autorizado pelo paciente, representante legal ou responsável legal, por determinação judicial.

**Art. 90**Negar, omitir informações ou emitir falsas declarações sobre o exercício profissional quando solicitado pelo Conselho Regional de Enfermagem e/ou Comissão de Ética de Enfermagem.

**Art. 91**Delegar atividades privativas do(a) Enfermeiro(a) a outro membro da equipe de Enfermagem, exceto nos casos de emergência.

**Parágrafo único.**Fica proibido delegar atividades privativas a outros membros da equipe de saúde.

**Art. 92**Delegar atribuições dos(as) profissionais de enfermagem, previstas na legislação, para acompanhantes e/ou responsáveis pelo paciente.

**Parágrafo único.**O dispositivo *nocaput* não se aplica nos casos da atenção domiciliar para o autocuidado apoiado.

**Art. 93**Eximir-se da responsabilidade legal da assistência prestada aos pacientes sob seus cuidados realizados por alunos e/ou estagiários sob sua supervisão e/ou orientação.

**Art. 94**Apropriar-se de dinheiro, valor, bem móvel ou imóvel, público ou particular, que esteja sob sua responsabilidade em razão do cargo ou do exercício profissional, bem como desviá-lo em proveito próprio ou de outrem.

**Art. 95**Realizar ou participar de atividades de ensino, pesquisa e extensão, em que os direitos inalienáveis da pessoa, família e coletividade sejam desrespeitados ou ofereçam quaisquer tipos de riscos ou danos previsíveis aos envolvidos.

**Art. 96**Sobrepôr o interesse da ciência ao interesse e segurança da pessoa, família e coletividade.

**Art. 97**Falsificar ou manipular resultados de pesquisa, bem como usá-los para fins diferentes dos objetivos previamente estabelecidos.

**Art. 98**Publicar resultados de pesquisas que identifiquem o participante do estudo e/ou instituição envolvida, sem a autorização prévia.

**Art. 99**Divulgar ou publicar, em seu nome, produção técnico-científica ou instrumento de organização formal do qual não tenha participado ou omitir nomes de coautores e colaboradores.

**Art. 100**Utilizar dados, informações, ou opiniões ainda não publicadas, sem referência do autor ou sem a sua autorização.

**Art. 101**Apropriar-se ou utilizar produções técnico-científicas, das quais tenha ou não participado como autor, sem concordância ou concessão dos demais partícipes.

**Art. 102**Aproveitar-se de posição hierárquica para fazer constar seu nome como autor ou coautor em obra técnico-científica.



## CAPÍTULO IV – DAS INFRAÇÕES E PENALIDADES

**Art. 103**A caracterização das infrações éticas e disciplinares, bem como a aplicação das respectivas penalidades regem-se por este Código, sem prejuízo das sanções previstas em outros dispositivos legais.

**Art. 104**Considera-se infração ética e disciplinar a ação, omissão ou conivência que implique em desobediência e/ou inobservância às disposições do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, bem como a inobservância das normas do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem.

**Art. 105**O(a) Profissional de Enfermagem responde pela infração ética e/ou disciplinar, que cometer ou contribuir para sua prática, e, quando cometida(s) por outrem, dela(s) obtiver benefício.

**Art. 106**A gravidade da infração é caracterizada por meio da análise do(s) fato(s), do(s) ato(s) praticado(s) ou ato(s) omissivo(s), e do(s) resultado(s).

**Art. 107**A infração é apurada em processo instaurado e conduzido nos termos do Código de Processo Ético-Disciplinar vigente, aprovado pelo Conselho Federal de Enfermagem.

**Art. 108**As penalidades a serem impostas pelo Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, conforme o que determina o art. 18, da Lei nº 5.905, de 12 de julho de 1973, são as seguintes:

I – Advertência verbal;

II – Multa;

III – Censura;

IV – Suspensão do Exercício Profissional;

V – Cassação do direito ao Exercício Profissional.

**§ 1º**A advertência verbal consiste na admoestação ao infrator, de forma reservada, que será registrada no prontuário do mesmo, na presença de duas testemunhas.

**§ 2º**A multa consiste na obrigatoriedade de pagamento de 01 (um) a 10 (dez) vezes o valor da anuidade da categoria profissional à qual pertence o infrator, em vigor no ato do pagamento.

**§ 3º**A censura consiste em repreensão que será divulgada nas publicações oficiais do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem e em jornais de grande circulação.

**§ 4º**A suspensão consiste na proibição do exercício profissional da Enfermagem por um período de até 90 (noventa) dias e será divulgada nas publicações oficiais do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, jornais de grande circulação e comunicada aos órgãos empregadores.

**§ 5º**A cassação consiste na perda do direito ao exercício da Enfermagem por um período de até 30 anos e será divulgada nas publicações do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem e em jornais de grande circulação.

**§ 6º**As penalidades aplicadas deverão ser registradas no prontuário do infrator.

**§ 7º**Nas penalidades de suspensão e cassação, o profissional terá sua carteira retida no ato da notificação, em todas as categorias em que for inscrito, sendo devolvida após o cumprimento da pena e, no caso da cassação, após o processo de reabilitação.

**Art. 109**As penalidades, referentes à advertência verbal, multa, censura e suspensão do exercício profissional, são da responsabilidade do Conselho Regional de Enfermagem, serão registradas no prontuário do profissional de Enfermagem; a pena de cassação do direito ao exercício profissional é de competência do Conselho Federal de Enfermagem, conforme o disposto no art. 18, parágrafo primeiro, da Lei nº 5.905/73.

**Parágrafo único.** Na situação em que o processo tiver origem no Conselho Federal de Enfermagem e nos casos de cassação do exercício profissional, terá como instância superior a Assembleia de Presidentes dos Conselhos de Enfermagem.

**Art. 110** Para a graduação da penalidade e respectiva imposição consideram-se:

- I – A gravidade da infração;
- II – As circunstâncias agravantes e atenuantes da infração;
- III – O dano causado e o resultado;
- IV – Os antecedentes do infrator.

**Art. 111** As infrações serão consideradas leves, moderadas, graves ou gravíssimas, segundo a natureza do ato e a circunstância de cada caso.

**§ 1º** São consideradas infrações leves as que ofendam a integridade física, mental ou moral de qualquer pessoa, sem causar debilidade ou aquelas que venham a difamar organizações da categoria ou instituições ou ainda que causem danos patrimoniais ou financeiros.

**§ 2º** São consideradas infrações moderadas as que provoquem debilidade temporária de membro, sentido ou função na pessoa ou ainda as que causem danos mentais, morais, patrimoniais ou financeiros.

**§ 3º** São consideradas infrações graves as que provoquem perigo de morte, debilidade permanente de membro, sentido ou função, dano moral irremediável na pessoa ou ainda as que causem danos mentais, morais, patrimoniais ou financeiros.

**§ 4º** São consideradas infrações gravíssimas as que provoquem a morte, debilidade permanente de membro, sentido ou função, dano moral irremediável na pessoa.

**Art. 112** São consideradas circunstâncias atenuantes:

- I – Ter o infrator procurado, logo após a infração, por sua espontânea vontade e com eficiência, evitar ou minorar as consequências do seu ato;
- II – Ter bons antecedentes profissionais;
- III – Realizar atos sob coação e/ou intimidação ou grave ameaça;
- IV – Realizar atos sob emprego real de força física;
- V – Ter confessado espontaneamente a autoria da infração;
- VI – Ter colaborado espontaneamente com a elucidação dos fatos.

**Art. 113** São consideradas circunstâncias agravantes:

- I – Ser reincidente;
- II – Causar danos irreparáveis;
- III – Cometer infração dolosamente;
- IV – Cometer a infração por motivo fútil ou torpe;
- V – Facilitar ou assegurar a execução, a ocultação, a impunidade ou a vantagem de outra infração;
- VI – Aproveitar-se da fragilidade da vítima;

VII – Cometer a infração com abuso de autoridade ou violação do dever inerente ao cargo ou função ou exercício profissional;

VIII – Ter maus antecedentes profissionais;

IX – Alterar ou falsificar prova, ou concorrer para a desconstrução de fato que se relacione com o apurado na denúncia durante a condução do processo ético.

## **CAPÍTULO V – DA APLICAÇÃO DAS PENALIDADES**

**Art. 114**As penalidades previstas neste Código somente poderão ser aplicadas, cumulativamente, quando houver infração a mais de um artigo.

**Art. 115**A pena de Advertência verbal é aplicável nos casos de infrações ao que está estabelecido nos artigos: 26, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 46, 48, 47, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 65, 66, 67, 69, 76, 77, 78, 79, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 98, 99, 100, 101 e 102.

**Art. 116**A pena de Multa é aplicável nos casos de infrações ao que está estabelecido nos artigos: 28, 29, 30, 31, 32, 35, 36, 38, 39, 41, 42, 43, 44, 45, 50, 51, 52, 57, 58, 59, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101 e 102.

**Art. 117**A pena de Censura é aplicável nos casos de infrações ao que está estabelecido nos artigos: 31, 41, 42, 43, 44, 45, 50, 51, 52, 57, 58, 59, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 88, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 97, 99, 100, 101 e 102.

**Art. 118**A pena de Suspensão do Exercício Profissional é aplicável nos casos de infrações ao que está estabelecido nos artigos: 32, 41, 42, 43, 44, 45, 50, 51, 52, 59, 61, 62, 63, 64, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 85, 87, 89, 90, 91, 92, 93, 94 e 95.

**Art. 119**A pena de Cassação do Direito ao Exercício Profissional é aplicável nos casos de infrações ao que está estabelecido nos artigos: 45, 64, 70, 72, 73, 74, 80, 82, 83, 94, 96 e 97.

Em vigor desde 05 de abril de 2018.

## Estudando: Enfermagem do Trabalho

### COFEN e COREN

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e os seus respectivos Conselhos Regionais (CORENs) foram criados em 12 de julho de 1973, por meio da Lei 5.905. Juntos, eles formam o Sistema COFEN/CORENs. Estão subordinados ao Conselho Federal todos os 27 conselhos regionais localizados em cada estado brasileiro.

Filiado ao Conselho Internacional de Enfermeiros em Genebra, o COFEN existe para normatizar e fiscalizar o exercício da profissão de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, zelando pela qualidade dos serviços prestados pelos participantes da classe e pelo cumprimento da Lei do Exercício Profissional.

Atualmente, o órgão é presidido pelo Dr. Osvaldo Albuquerque Sousa Filho. A sede do COFEN está situada na SCLN Quadra 304, lote 09, bloco E, Asa Norte, em Brasília, Distrito Federal.

Principais atividades do COFEN:

- normatizar e expedir instruções para uniformidade de procedimentos e bom funcionamento dos Conselhos Regionais;
- apreciar em grau de recurso as decisões dos CORENs;
- aprovar anualmente as contas e a proposta orçamentária da autarquia, remetendo-as aos órgãos competentes;
- promover estudos e campanhas para aperfeiçoamento profissional.

Principais atividades dos CORENs:

- deliberar sobre inscrição no Conselho, bem como o seu cancelamento;
- disciplinar e fiscalizar o exercício profissional, observadas as diretrizes gerais do COFEN;
- executar as resoluções do COFEN;
- expedir a carteira de identidade profissional, indispensável ao exercício da profissão e válida em todo o território nacional;
- fiscalizar o exercício profissional e decidir os assuntos atinentes à Ética Profissional, impondo as penalidades cabíveis;
- elaborar a sua proposta orçamentária anual e o projeto de seu regimento interno, submetendo-os à aprovação do COFEN;
- zelar pelo bom conceito da profissão e dos que a exerçam; propor ao COFEN medidas visando a melhoria do exercício profissional;
- eleger sua Diretoria e seus Delegados eleitores ao Conselho Federal;
- exercer as demais atribuições que lhe forem conferidas pela Lei 5.905/73 e pelo COFEN.

## Estudando: Enfermagem do Trabalho

### Histórico da Enfermagem do Trabalho e Principais Rotinas

A Enfermagem do Trabalho é um ramo da enfermagem de Saúde Pública e, como tal, utiliza os mesmos métodos e técnicas empregados na Saúde Pública visando a promoção da saúde do trabalhador; proteção contra riscos decorrentes de suas atividades laborais; proteção contra agentes químicos, físicos biológicos e psicossociais.

- Manutenção de sua saúde no mais alto grau do bem estar físico e mental e recuperação de lesões, doenças ocupacionais ou não ocupacionais e sua reabilitação para o trabalho.
- A enfermagem profissional surgiu na Inglaterra no século XIX.
- No Brasil a primeira escola de enfermagem foi criada em 1880 no Hospício de Pedro II atualmente a UNIRIO.
- O exercício de enfermagem no Brasil foi regulamentado em 1931.
- Em 1955 foi aprovada a Lei do exercício profissional de Enfermagem no Brasil.
- Em 1959 aconteceu uma Conferência Internacional do trabalho que conceituou a medicina do trabalho, mas limitando-se a intervenções médicas.
- Em 1963 foi incluído nos cursos médicos o ensino de Medicina do Trabalho.
- Em 1964, a Escola de Enfermagem da UERJ inclui a disciplina de Saúde Ocupacional no curso de graduação.
- O Auxiliar de Enfermagem do Trabalho foi incluído na equipe de Saúde Ocupacional em 1972 pela portaria n. 3.237 do Ministério do Trabalho.
- Em 1973 criou-se o COFEN e COREN.
- O primeiro curso de Especialização para Enfermeiros do Trabalho aconteceu em 1974 no Rio de Janeiro.
- A inclusão do Enfermeiro do Trabalho na equipe de Saúde Ocupacional aconteceu por meio da portaria n.3.460 do MTE, em 1975.
- Neste mesmo ano criou o código de Deontologia de Enfermagem e no ano seguinte, criou-se no Rio Grande do Sul o primeiro Sindicato de Enfermagem.

### A equipe de Enfermagem do Trabalho

A equipe de Enfermagem do Trabalho é composta por Técnico de Enfermagem do Trabalho e Enfermeiro do Trabalho.

Enfermeiro do Trabalho é o profissional portador de certificado de conclusão de curso de Especialização em Enfermagem do Trabalho, em nível de Pós-Graduação. Ele assiste trabalhadores promovendo e zelando pela saúde, fazendo prevenção das doenças ocupacional e dos acidentes do trabalho ou prestando cuidados aos doentes e acidentados, visando o bem estar físico e mental dos clientes.

Técnico de Enfermagem do Trabalho é o Técnico de Enfermagem que após realizar o curso nos termos da lei 7.498, de 25 de junho de 1986 e decreto n. 94.406 de 8 de junho de 1987, e legalmente registrado no COREN, faz o curso de Enfermagem do Trabalho conforme NR-4 da portaria n.3.214 do MTE.

O Enfermeiro do Trabalho, presta assistência e cuidados de Enfermagem a empregados, promovendo e zelando pela sua saúde contra os riscos ocupacionais, atendendo os doentes e acidentados, visando o seu bem estar físico e mental, como também planeja, organiza, dirige, coordena, controla e avalia a atividade de assistência de enfermagem, nos termos da legislação reguladora do exercício profissional.

As atividades do Enfermeiro do Trabalho se constituem das atribuições relacionadas:

- ☐ Atividades Assistenciais
- ☐ Atividades Administrativas
- ☐ Atividades Educativas
- ☐ Atividades de Integração
- ☐ Atividades de Pesquisa,

Atribuições da equipe de saúde Médica do Trabalho:

- ☐ Prover assistência médica ao trabalhador com suspeita de agravo à saúde causado pelo trabalho, encaminhando-o a especialistas ou para a rede assistencial de referência (distrito/município/ referência regional ou estadual), quando necessário.
- ☐ Realizar entrevista laboral e análise clínica (análise clínico-ocupacional) para estabelecer relação entre o trabalho e o agravo que está sendo investigado.
- ☐ Programar e realizar ações de assistência básica e de vigilância à Saúde do Trabalhador.
- ☐ Realizar inquéritos epidemiológicos em ambientes de trabalho. Realizar vigilância nos ambientes de trabalho com outros membros da equipe ou com a equipe municipal e de órgãos que atuam no campo da Saúde do Trabalhador (DRT/MTE, INSS etc.).
- ☐ Notificar acidentes e doenças do trabalho, mediante instrumentos de notificação utilizados pelo setor saúde. Para os trabalhadores do setor formal, preencher a Ficha para Registro de Atividades, Procedimentos e Notificações do SIAB
- ☐ Colaborar e participar de atividades educativas com trabalhadores, entidades sindicais e empresas

**Atividades de Enfermagem nos diferentes níveis de atuação**

- ☐ Prevenção Primária
- ☐ Prevenção Secundária
- ☐ Prevenção Terciária

Prevenção Primária

- ☐ Promoção do ajustamento do trabalhador ao trabalho.
- ☐ Aquisição de hábitos saudáveis. A intervenção se desenvolve de forma mais eficaz e evidente, através da identificação e classificação dos estressores e da proposição de medidas de educação, controle dos fatores de risco, como por exemplo, impedindo ou reduzindo a penetração deles até a linha de resistência, fortalecendo a linha de defesa do trabalhador.

Prevenção Secundária

☐ Adequação das condições sanitárias do ambiente de trabalho.

☐ Assistência imediata às doenças e agravos produzidos pelas condições prejudiciais do trabalho.

☐ Assistência contínua as conseqüências dos agravos e às doenças produzidas pelas condições

prejudiciais de trabalho. A intervenção enfoca as ações corretivas de enfermagem em relação à

sintomatologia/tratamento, no sentido de reduzir os efeitos nocivos identificados.

#### Prevenção Terciária

☐ Assistência aos portadores de sequelas produzidas pelas condições de trabalho. A intervenção acontece com a readaptação das capacidades funcionais do trabalhador, desvio de função, entre outros utilizando-se recursos do sistema e do ambiente e fortalecendo linha de resistência.

#### **Área Física e equipamentos necessários**

A área física de um SESMT dependerá do tipo e tamanho da organização, assim como número de profissionais que farão parte do serviço.

O serviço deve contar com local de arquivos, ambulatório, local para procedimento de urgência e procedimentos de enfermagem, sala para provas funcionais e consultórios.

Os equipamentos básicos para funcionamento do Setor de Saúde Ocupacional são:

Balança antropométrica;  
Aparelho de esterilização;  
Nebulizador;  
Esfigmomanômetro;  
Estetoscópio;  
Otoscópio;  
Termômetro.

#### **Elaboração de manuais de ocupação**

Os manuais são instrumentos que reúnem, de forma sistematizada, normas rotinas, procedimentos e outras informações necessárias para a execução das ações do serviço.

Estas informações podem ser agrupadas em um único manual ou ser divididas de acordo com sua finalidade: coletânea de normas (rotinas, procedimentos, fluxo de atendimentos), manual de educação em serviço, manual do funcionário.

O manual deve esclarecer dúvidas e orientar a execução de ações, constituindo-se em um instrumento de consulta. Deve ser constantemente submetido à análise crítica e ser atualizado, sempre que necessário. Deve permanecer em local de fácil acesso e de conhecimento de todos os usuários.

O manual deve espelhar as diretrizes e normas da organização e não determiná-las, pois neste caso há limitação do crescimento dos usuários e maior resistência à mudança.

Portanto, deve ser elemento facilitador e não bloqueador das iniciativas e crítica.

Os manuais podem ser elaborados na fase de organização de um serviço, ou quando ele já está em funcionamento e requer atualização de normas e procedimentos.

O fluxo de atendimento deverá fazer parte do manual do serviço, pois as particularidades de cada serviço variam de empresa para empresa.

Conforme a Portaria n. 24 de 19/12/1994, que altera a redação da NR7 – Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional – PCMSO, os serviços de saúde do trabalhador devem ter um prontuário pessoal e confidencial de cada trabalhador.

### **Organização de arquivos e prontuários**

Este prontuário é aberto por ocasião do exame admissional, no qual deverão ser feitos registros sistemáticos de todas as ocorrências referentes a saúde do trabalhador.

Os prontuários devem conter:

- ☐ Exames de saúde ocupacional
- ☐ Acidente de trabalho e adoecimento no trabalho
- ☐ Consultas clínicas
- ☐ Absenteísmo
- ☐ Tratamento e procedimentos executados

Os prontuários devem ser organizados por ordem numérica ou alfabética, a fim de facilitar sua localização e manuseio, e devem estar dispostos em arquivo fechado, por possuírem informações confidenciais. Esses registros deverão ser mantidos pelo período mínimo de 20 anos, após desligamento do trabalhador.



## Estudando: Enfermagem do Trabalho

### NR4 - Serviços especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho

O dimensionamento dos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho vincula-se à gradação do risco da atividade principal e ao número total de empregados do estabelecimento, constante do Quadro anexo:

DIMENSIONAMENTO DOS SESMT									
Grau de Risco	N.º de Empregados no estabelecimento	50 a 100	101 a 250	251 a 500	501 a 1.000	1.001 a 2.000	2.001 a 3.500	3.501 a 5.000	Acima de 5000 Para cada grupo De 4000 ou fração acima 2000**
1	Técnicos								
	Técnico Seg. Trabalho				1	1	1	2	1
	Engenheiro Seg. Trabalho						1*	1	1*
	Aux. Enferm. do Trabalho						1	1	1
	Enfermeiro do Trabalho							1*	
2	Médico do Trabalho					1*	1*	1	1*
	Técnico Seg. Trabalho				1	1	2	5	1
	Engenheiro Seg. Trabalho					1*	1	1	1*
	Aux. Enferm. do Trabalho					1	1	1	1
	Enfermeiro do Trabalho							1	
3	Médico do Trabalho					1*	1	1	1
	Técnico Seg. Trabalho		1	2	3	4	6	8	3
	Engenheiro Seg. Trabalho				1*	1	1	2	1
	Aux. Enferm. do Trabalho					1	2	1	1
	Enfermeiro do Trabalho							1	
4	Médico do Trabalho				1*	1	1	2	1
	Técnico Seg. Trabalho	1	2	3	4	5	8	10	3
	Engenheiro Seg. Trabalho		1*	1*	1	1	2	3	1
	Aux. Enferm. do Trabalho				1	1	2	1	1
	Enfermeiro do Trabalho							1	
	Médico do Trabalho		1*	1*	1	1	2	3	1

(\*) Tempo parcial (mínimo de três horas)

(\*\*) O dimensionamento total deverá ser feito levando-se em consideração o dimensionamento de faixas de 3501 a 5000 mais o dimensionamento do(s) grupo(s) de 4000 ou fração acima de 2000.

OBS: Hospitais, Ambulatórios, Maternidade, Casas de Saúde e Repouso, Clínicas e estabelecimentos similares com mais de 500 (quinhentos) empregados deverão contratar um Enfermeiro em tempo integral.

observadas as exceções previstas nesta NR.

Compete aos profissionais integrantes dos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho:

- aplicar os conhecimentos de engenharia de segurança e de medicina do trabalho ao ambiente de trabalho e a todos os seus componentes, inclusive máquinas e equipamentos, de modo a reduzir até eliminar os riscos ali existentes à saúde do trabalhador;
- determinar, quando esgotados todos os meios conhecidos para a eliminação do risco e este persistir, mesmo reduzido, a utilização, pelo trabalhador, de Equipamentos de Proteção Individual -EPI, de acordo com o que determina a NR 6, desde que a concentração, a intensidade ou característica do agente assim o exija;
- colaborar, quando solicitado, nos projetos e na implantação de novas instalações físicas e tecnológicas da empresa, exercendo a competência disposta na alínea "a";

- d) responsabilizar-se tecnicamente, pela orientação quanto ao cumprimento do disposto nas NR aplicáveis às atividades executadas pela empresa e/ou seus estabelecimentos;
- e) manter permanente relacionamento com a CIPA, valendo-se ao máximo de suas observações, além de apoiá-la, treiná-la e atendê-la, conforme dispõe a NR 5;
- f) promover a realização de atividades de conscientização, educação e orientação dos trabalhadores para a prevenção de acidentes do trabalho e doenças ocupacionais, tanto através de campanhas quanto de programas de duração permanente;
- g) esclarecer e conscientizar os empregadores sobre acidentes do trabalho e doenças ocupacionais, estimulando-os em favor da prevenção;
- h) analisar e registrar em documento(s) específico(s) todos os acidentes ocorridos na empresa ou estabelecimento, com ou sem vítima, e todos os casos de doença ocupacional, descrevendo a história e as características do acidente e/ou da doença ocupacional, os fatores ambientais, as características do agente e as condições do(s) indivíduo(s) portador(es) de doença ocupacional ou acidentado(s);
- i) registrar mensalmente os dados atualizados de acidentes do trabalho, doenças ocupacionais e agentes de insalubridade, preenchendo, no mínimo, os quesitos descritos nos modelos de mapas constantes nos Quadros III, IV, V e VI, devendo a empresa encaminhar um mapa contendo avaliação anual dos mesmos dados à Secretaria de Segurança e Medicina do Trabalho até o dia 31 de janeiro, através do órgão regional do MTb;
- j) manter os registros de que tratam as alíneas "h" e "i" na sede dos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho ou facilmente alcançáveis a partir da mesma, sendo de livre escolha da empresa o método de arquivamento e recuperação, desde que sejam asseguradas condições de acesso aos registros e entendimento de seu conteúdo, devendo ser guardados somente os mapas anuais dos dados correspondentes às alíneas "h" e "i" por um período não inferior a 5 (cinco) anos;
- l) as atividades dos profissionais integrantes dos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho são essencialmente preventivistas, embora não seja vedado o atendimento de emergência, quando se tornar necessário. Entretanto, a elaboração de planos de controle de efeitos de catástrofes, de disponibilidade de meios que visem ao combate a incêndios e ao salvamento e de imediata.

#### **ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO DO TRABALHO E PERSPECTIVAS DE MERCADO**

- ☐ Empresas Públicas X Empresas Privadas.
- ☐ Regime Jurídico Estatutário X CLT
- ☐ Autônomo
- ☐ SESMT
- ☐ Programas como: PGRSS, PPRA, PCMSO
- ☐ Implantação e a implementação da CIPA, SIPAT, PCA, educação continuada Realiza campanhas de vacinação para funcionários e estudantes e outros.

## Estudando: Enfermagem do Trabalho

### Doenças Ocupacionais



A finalidade das campanhas preventivas de segurança do trabalho é fazer com que o empregado tenha consciência da importância do uso dos equipamentos de proteção individual (EPI"s). Busca-se uma consciência prevencionista, pois, além de ser uma indicação técnica, o uso do EPI é uma exigência legal, conforme a Norma Regulamentadora (NR-6), da Portaria 3.214, de 08.06.1978, e configura obrigação tanto para o empregador quanto para o empregado. É sabido que a falta do uso do EPI é muito frequente, o que propicia a ocorrência dos acidentes de trabalho e contribui para as instalações das doenças ocupacionais.

Os casos de doenças ocupacionais vêm aumentando gradativamente na mesma proporção do crescimento industrial, e considerando a extensão do rol dessas doenças cabe destacar três delas que aparecem com maior incidência e por isso são tidas como doenças ocupacionais mais comuns de acordo com as estatísticas, sendo estas: a perda auditiva induzida por ruído (PAIR); a lesão por esforço repetitivo (LER) e as doenças da coluna.

“Entende-se como Perda Auditiva Induzida por Ruído – PAIR, uma alteração dos limiares auditivos, do tipo neurossensorial, decorrente da exposição sistemática a ruído, que tem como características a irreversibilidade e a progressão com o tempo de exposição”.

A PAIR é uma diminuição progressiva auditiva, decorrente da exposição continuada a níveis elevados de pressão sonora. O termo Perdas Auditivas Induzidas por Níveis Elevados de Pressão Sonora é o mais adequado, porém o termo PAIR é mais utilizado e, por isso, mais conhecido.

As principais características desta moléstia é: ser sempre neurossensorial, por comprometer as células de órgão de Córti; ser quase sempre bilateral, por atingir ouvidos direito e esquerdo, com perdas semelhantes e,

uma vez instalada, irreversível; por atingir a cóclea, o trabalhador pode atingir intolerância a sons mais intensos.

O diagnóstico de PAIR pretende a identificação, qualificação e a quantificação da perda auditiva, é necessário constatar que o trabalhador foi exposto a níveis elevados de pressão sonora de intensidade maior que 85dc, durante oito horas diárias, por vários anos. Cabe destacar que, os danos causados à saúde do trabalhador transcendem a função auditiva, atingindo também os sistemas circulatório, nervoso, etc.

“Apresentam-se como medidas de controle e conservação auditiva, o reposicionamento do trabalhador em relação à fonte de ruído, ou mudança de função, a redução da jornada de trabalho e o aumento do número de pausas no trabalho e/ou de duração das mesmas.”

“As Lesões por Esforços Repetitivos – LER - são enfermidades que podem acometer tendões, articulações, músculos, nervos, ligamentos, isolada ou associadamente, com ou sem degeneração dos tecidos, atingindo na maioria das vezes os membros superiores, região escapular, do pescoço, pelo uso repetido ou forçado de grupos musculares e postura inadequada”.

**Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho – DORT ou LER** são definidos como síndromes clínicas, apresentam dor crônica acompanhada ou não por modificações objetivas, e resultam do trabalho exercido. A expressão LER é genérica, o médico ao diagnosticar deve especificar qual é o tipo de lesão, pois como refere-se a várias patologias, torna-se mais difícil determinar o tempo que leva para uma lesão persistente passar a ser considerada crônica.

As LERs foram reconhecidas como doença do trabalho em 1987, por meio da Portaria n. 4.062, do Ministério da Previdência Social, e detêm o primeiro lugar das doenças ocupacionais notificadas à Previdência Social.

Estas espécies de moléstias vêm atingindo grande parte da população operária, deixando de ser exclusividade dos digitadores, como se entendia até pouco tempo, hoje há ocorrência em diversos trabalhadores de outros ramos de atividade, como por exemplo, as telefonistas, metalúrgicos, operadores de linha de montagem, entre outros.

### **Protocolos de procedimentos médicos-periciais em doenças profissionais e do trabalho**

A doença profissional ou do trabalho será caracterizada quando diagnosticada a intoxicação ou afecção, se verifica que o empregado exerce atividade que o expõe ao respectivo agente patogênico, mediante nexo de causa a ser estabelecido conforme disposto nos manuais de procedimentos médico-periciais em doenças profissionais e do trabalho, levando-se em consideração a correlação entre a doença e a atividade exercida pelo segurado.

O atual quadro cobre 188 doenças que podem estar relacionadas ao trabalho, distribuídas em 14 grandes capítulos, a saber:

1. Doenças infecciosas e parasitárias (tuberculose, carbúnculo, brucelose, leptospirose, tétano, psitacose/ornitose - doença dos tratadores de aves, dengue - dengue clássico, febre amarela, hepatite viral, doenças pelo vírus da imunodeficiência humana, dermatofitose e outras micoses, candidíase da pele e das unhas, paracoccidiodomicose - blastomicose sul americana e brasileira/doença de lutz, malária, leishmaniose cutânea e cutâneo-mucosa);

2. Neoplasias / tumores (neoplasia maligna de : estômago, pâncreas, cavidade nasal, seios da face, laringe, brônquios e pulmões, ossos - inclui sarcoma ósseo e, de bexiga; angiossarcoma do fígado; epiteliomas malignos - outras neoplasias malignas de pele; mesotelioma - da pleura, do peritônio ou do pericárdio; leucemias).

3. Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos ( síndrome mielodisplásicas; outras anemias devido a transtornos enzimáticos; anemia hemolítica adquirida; anemia aplástica : devida a outros agentes externos e,

não especificadas; anemia sideroblástica secundária a toxinas; púrpura e outras afecções hemorrágicas; agranulocitose - neutropenia tóxica; outros transtornos especificados dos glóbulos brancos - leucocitose, reação leucemóide; metemoglobinemia adquirida).

4. Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (hipotireoidismo a substâncias exógenas; outras porfirias).

5. Transtornos mentais e do comportamento (demência em outras doenças específicas classificadas em outros locais; delirium não sobreposto à demência; transtorno - cognitivo leve, orgânico de personalidade, mental orgânico ou sintomático não especificado; alcoolismo crônico; episódios depressivos; estado de "stress" pós-traumático; neurastenia - inclui a síndrome da fadiga; outros transtornos neuróticos especificados - inclui a "neurose profissional"; transtorno do ciclo vigília-sono devido a fatores não orgânicos; sensação de estar acabado - "síndrome de burn-out" e do esgotamento profissional).

6. Doenças do sistema nervoso ( ataxia cerebelar; parkinsonismo secundário devido a outros agentes externos; outras formas especificadas de tremor; transtornos : extrapiramidais do movimento não especificados, do nervo trigêmio, do nervo olfatório, do plexo braquial - síndrome : da saída do tórax, do desfiladeiro torácico; distúrbios do ciclo vigília-sono; mononeuropatias dos membros superiores - síndrome : do túnel do carpo, do pronador redondo, do canal de guyon, do túnel cubital; lesão do nervo ulnar e do nervo radial; outras mononeuropatias dos membros superiores -compressão do nervo supraescapular e, dos membros inferiores - lesão do nervo poplíteo lateral; polineuropatia : devida a outros agentes tóxicos e induzida pela radiação; encefalopatia tóxica aguda e crônica).

7. Doenças do olho e anexos (blefarite; conjuntivite; ceratite e ceratoconjuntivite; catarata; inflamação coriorretiniana; neurite óptica; distúrbios visuais subjetivos).

8. Doenças do ouvido (otite média não supurativa - barotrauma do ouvido médio; perfuração da membrana do tímpano; outras vertigens periféricas; labirintite; perda de audição induzida pelo barulho e trauma acústico; perda de audição ototóxica; otalgia e secreção auditiva; outras percepções auditivas anormais : alteração temporária do limiar auditivo, comprometimento da discriminação auditiva e hiperacusia; outros transtornos especificados; otite barotraumática - barotrauma de ouvido externo e de ouvido interno; sinusite barotraumática / barotrauma sinusal; sinusite barotraumática / barotrauma sinusal; síndrome devida ao deslocamento de ar de uma explosão).

9. Doenças do sistema circulatório (hipertensão arterial e doença renal hipertensiva ou nefrosclerose; angina pectoris; infarto agudo do miocárdio; cor pulmonal e crônico ou doença cardiopulmonar; placas epicárdicas e/ou pericárdicas; parada cardíaca; arritmias cardíacas; aterosclerose e doença aterosclerótica do coração; síndrome de raynaud; acrocianose e acroparestesia).

10. Doenças do aparelho respiratório (faringite aguda; laringotraqueíte aguda; rinite alérgica; sinusite crônica; ulceração ou necrose do septo nasal e perfuração do septo nasal; laringo traqueíte crônica; outras doenças pulmonares obstrutivas : crônicas - asma obstrutiva, bronquite crônica asmática, bronquite obstrutiva crônica; doença pulmonar obstrutiva crônica; asma ocupacional; pneumoconiose dos trabalhadores do carvão; asbestose; silicose; pneumoconiose devida a outras poeiras inorgânicas : beriliose, siderose,estanhose, pneumoconiose devida a outras poeiras inorgânicas especificadas; pneumoconiose associada a tuberculose; doenças das vias aéreas devidas a outras poeiras orgânicas específicas; pneumonite de hipersensibilidade devida a poeiras orgânicas; pulmão do: fazendeiro, criador de pássaros, malte, que trabalha com cogumelos; bagaçose; suberose; doença pulmonar devida a sistema de ar condicionado e de umidificação do ar; afecções respiratórias devidas a inalação de produtos químicos, gases, fumaças e vapores – bronquite e pneumonite, edema pulmonar, síndrome da disfunção reativa das vias aéreas, afecções respiratórias crônicas; manifestações pulmonares devidas a radiação ionizante : pneumonite por irradiação, fibrose pulmonar consequente a radiação; derrame pleural e placas pleurais; enfisema intersticial; transtornos respiratórios em outras doenças sistêmicas do tecido conjuntivo classificadas em outra parte: síndrome de caplan).

11. Doenças do aparelho digestivo (erosão dentária; alterações pós-eruptivas da cor dos tecidos dos dentes; gengivite crônica; gastroenterite e colite tóxicas; cólica do chumbo; doença hepática tóxica; hipertensão portal).

12. Doenças da pele e do tecido subcutâneo (dermatoses pápulo-pustulosas e suas complicações infecciosas; dermatites alérgicas de contato; dermatites de contato por irritantes; urticária; queimadura solar; outras alterações agudas de pele devidas a radiação ultravioleta – urticária solar, dermatite por fotocontato, outras alterações específicas e não específicas; alterações da pele devidas a exposição crônica à radiação não ionizante – ceratose actínica, dermatite solar, pele do agricultor e do marinho; radio dermatite aguda, crônica e não especificada; outras formas de : acne – cloracne, cistos foliculares da pele e do tecido subcutâneo – elainoconiose folicular ou dermatite folicular; outras formas de hiperpigmentação pela melenina – melanodermia; leucodermia não classificada em outra parte; porfiria cutânea tardia; ceratose adquirida – ceratodermia palmar e plantar; úlcera crônica da pele; geladuras – “frosbite”).

13. Doenças ósteomusculares e do tecido conjuntivo (artrite reumatóide associada a pneumoconiose dos trabalhadores do carvão; gota induzida pelo chumbo; outras artroses; dor articular; síndrome cervicobraquial; dorsalgia; sinovite e tenossinovite; transtornos dos tecidos moles; fibromatose de fáscia palmar; lesões do ombro; outras entesopatias; mialgia; osteomalácia do adulto; fluorose do esqueleto; osteonecrose; osteólise ou acro-osteólise de falanges distais de quirodáctilos; osteonecrose no “mal dos caixões”; doença de Kienböck do adulto).

14. Doenças do sistema gênito-urinário (síndrome nefrítica aguda; doença glomerular crônica; nefropatia induzida por metais pesados; insuficiência renal aguda e crônica; cistite aguda; infertilidade masculina).

## Estudando: Enfermagem do Trabalho

### Equipamentos de Proteção Individual

São dispositivos de uso pessoal, destinados a proteção da saúde e integridade física do trabalhador. O uso dos EPI no Brasil é regulamentado pela Norma Regulamentadora NR-6 da Portaria 3214 de 1978, do Ministério do Trabalho e Emprego. As instituições de saúde devem adquirir e oferecer EPI novos e em condições de uso aos trabalhadores sem nenhuma cobrança por seu uso. Igualmente, devem proporcionar capacitação para o uso correto dos mesmos e, caso o trabalhador se recuse a utilizá-los poderá exigir a assinatura de um documento no qual dará ciência e especificará detalhadamente os riscos aos quais o trabalhador estará exposto (SKRABA, 2004). Os EPI deverão ser cuidados, descontaminados e higienizados para prolongar sua vida útil, quando forem descartáveis não deverão ser reaproveitados. Os EPI não podem provocar alergias ou irritações, devem ser confortáveis e atóxicos.

### EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL/EPI UTILIZADO EM SERVIÇOS DE SAÚDE E LABORATÓRIOS

#### JALECOS



Protegem a parte superior e inferior do corpo, isto é os braços, tronco, abdômen e parte superior das pernas. Devem ser de mangas longas, usadas sempre fechados sobre as vestimentas pessoais (não usá-lo diretamente sobre o corpo), confeccionados em tecido de algodão (mistura poliéster-algodão é inflamável), impermeabilizados ou não, devem ser descontaminados antes de serem lavados. Os jalecos descartáveis devem ser resistentes e impermeáveis. Auxiliam na prevenção da contaminação de origem biológica, química



e radioativa, além da exposição direta a sangue, fluídos corpóreos, borrifos, salpicos e derramamentos de origens diversas (LIMA E SILVA, 1998).

### AVENTAIS



Os aventais podem ser usados sobre ou sob os jalecos. Quando usados nos trabalhos que envolvem produtos químicos são confeccionados em Cloreto de Polivinila (PVC), em Kevlar® quando utilizados com altos níveis de calor, de borracha onde há manipulação de grandes volumes de soluções e durante lavagem e limpeza de vidrarias, equipamentos e instalações (GUIMARÃES, 2005).

### MACACÃO E TRAJE PRESSÃO POSITIVA



O macacão em peça única, confeccionado em tecido resistente e descartável, deve ser usado em laboratórios de Nível de Biossegurança 3/NB-3 e Nível de Biossegurança Animal 3/ NB-A3. No laboratório Nível de Biossegurança 4/ NB-4 e no Nível de Biossegurança Animal 4/NB-A4 que utiliza Cabine de Segurança Biológica Classe II, deve ser usado o traje de pressão positiva em PVC constituído de macacão em peça única impermeável, com visor acoplado ao macacão, sistema de sustentação de vida, cujo ar é filtrado, por filtro absoluto (HEPA) e, inclui ainda compressores de respiração de ar, alarme e tanque de ar de emergência. (LIMA e SILVA, 2004)

Nos serviços de saúde e laboratórios também podem ser usados: uniformes de algodão composto de calça e blusa, avental cirúrgico de algodão ou descartável, macacão de algodão ou descartável e, outras vestimentas que protejam os trabalhadores e o ambiente onde estes exercem suas atividades.

### LUVAS



São utilizadas como barreira de proteção, prevenindo a contaminação das mãos do trabalhador de serviços de saúde e de laboratório ao manipular material contaminado. As luvas reduzem a possibilidade dos microorganismos presentes nas mãos do trabalhador sejam transmitidas aos pacientes durante procedimentos invasivos ou quando pele não intacta, tecidos e mucosas possam ser tocadas. Diminuem o risco de que mãos contaminadas por microorganismos de um paciente ou fomite contaminem outros pacientes, o trabalho executado, equipamentos e instalações. A utilização de luvas não exclui o ato da lavagem das mãos (LIMA e SILVA, 1998).

### LUVAS DE LÁTEX

Protegem o trabalhador dos materiais potencialmente infectantes como: sangue, secreções, excreções, culturas de microrganismos, animais de laboratório etc. são divididas em estéreis as luvas cirúrgicas e não estéreis as luvas de procedimento, descartáveis ou não.

## LUVAS PARA O MANUSEIO DE PRODUTOS QUÍMICOS

Podem ser confeccionadas em: borracha natural (Látex), Butíl, Neoprene®, Cloreto de Polivinila (PVC), Acetato de Polivinila (PVA), Viton® (MC GILL, 2005). O tipo de luva usado durante o processo de trabalho deverá corresponder à substância química a ser manipulada, por exemplo, luvas de PVC para o manuseio de drogas citostáticas (LIMA e SILVA, 1998).

## LUVAS DE PROTEÇÃO AO CALOR

Para os trabalhos com autoclaves, fornos e muflas recomendam-se o uso de luvas de lã ou tecido resistente revestida de material isolante térmico. Para trabalhos que envolvem o manuseio a altas temperaturas, por exemplo, acima de 350o C luvas Zetex®; abaixo de 350° C luvas Kevlar® ; acima de 100° C luvas de couro curtido com sais de cromo (MC GILL, 2005).

## LUVAS DE PROTEÇÃO AO FRIO

Na manipulação de artefatos e componentes em baixa temperatura utilizam-se luvas de algodão, lã, couro, náilon impermeabilizado, borracha revestida internamente com fibras naturais ou sintéticas. Deve ter cano longo para maior proteção.

## ÓCULOS DE SEGURANÇA



Protegem os olhos do trabalhador de borrifos, salpicos, gotas e impactos decorrentes da manipulação de substâncias que causam risco químico (irritantes, corrosivas etc.), risco biológico (sangue, material infectante etc.) e, risco físico (radiações UV e infravermelho etc.). Podem ter vedação lateral, hastes ajustáveis, cinta de fixação. As lentes devem ser confeccionadas em material transparente, resistente e que não provoque distorção, podem ser de policarbonato, resina orgânica, cristal de vidro, além de receber tratamento com substâncias anti-embaçantes, anti-risco e, resistentes aos produtos químicos (SKRABA, 2004).

#### MÁSCARAS FACIAIS OU PROTETORES FACIAIS

Utilizados como proteção da face e dos olhos em relação aos riscos de impacto de fragmentos sólidos, partículas quentes ou frias, poeiras, líquidos e vapores, assim como radiações não ionizantes. Resguardam a face dos respingos de substâncias de risco químico como, por exemplo, substâncias corrosivas, irritantes e tóxicas; gotículas de culturas de microorganismos ou outros materiais biológicos. Protegem contra estilhaços de metal e vidro ou outro tipo de projeteis. São confeccionadas em materiais como: propionato, acetato e policarbonato simples ou recobertos com substâncias metalizadas para absorção de radiações. (SKRABA, 2004)

#### EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO RESPIRATÓRIA (RESPIRADORES OU MÁSCARAS)

São utilizados quando se manipula substâncias de risco químico ou biológico, em emergências (derramamentos e fugas de gases). Podem ser descartáveis ou exigir manutenção. Os respiradores mais utilizados são: de adução de ar (fornecem ar ao usuário independente do ar ambiente), purificador de ar (purificam o ar ambiente antes de ser inalado pelo usuário); respiradores semifaciais (máscaras descartáveis, respiradores com ou sem válvulas para poeiras, fumos e névoas), respiradores semi faciais com manutenção (com cartucho químico ou filtro mecânico), respiradores faciais de peça inteira (protegem o sistema respiratório, os olhos e a face do usuário) (MC GILL, 2005). Em serviços de saúde e laboratórios onde se manipula microrganismos de classe de risco biológico 3 como, por exemplo, o M. tuberculosis recomenda-se o uso de respirador purificador de ar semifacial N-95 (com eficiência mínima de filtração de 95% de partículas de até 0,3  $\mu\text{m}$ ) ou respiradores purificadores de ar motorizados com filtros de alta eficiência (filtros HEPA). Na preparação de drogas citotóxicas, quando não há disponibilidade da Cabine de Segurança Biológica/CSB, deve-se utilizar respirador para proteção contra material particulado (pó ou névoa) do tipo que utiliza filtro mecânico P2 ou P3 (classificação brasileiro-européia) ou respirador purificador de ar semifacial N-95. (BOLETIM, s/d) Existem máscaras de fuga utilizadas para evasão de ambientes onde possa ocorrer fuga de contaminantes tóxicos, vapores e gases combinados ou não com aerossóis.

### PROTEÇÃO AURICULAR



Os protetores auriculares são do tipo concha ou de inserção. A sua utilização está indicada em situações onde o ruído excessivo pode causar perda da audição do trabalhador. Os controles dos níveis de ruído em laboratório são regidos pela NBR nº 10152/ABNT, que estabelece limite de 60 decibéis para uma condição de conforto durante a jornada de trabalho. As normas estabelecidas pela OSHA nos EUA, o nível de ruído é de 85 decibéis por uma jornada de trabalho de oito horas. (GUIMARÃES, 2005)

### TOUCAS OU GORROS

Nos ambientes de serviços de saúde, laboratoriais e biotérios, os cabelos, principalmente, os longos devem permanecer presos para evitar acidentes e contaminações por microorganismos, poeiras e ectoparasitos em suspensão. Os cabelos dos trabalhadores, também podem contaminar ambientes limpos ou estéreis ou contaminar pacientes e o produto do trabalho, por este motivo as toucas ou gorros devem ser usados. Devem ser confeccionados em tecido que permita a aeração dos cabelos e do couro cabeludo. Podem ser descartáveis ou reutilizáveis.

### PROTETORES PARA OS MEMBROS INFERIORES

Os membros inferiores devem estar protegidos por calçados fechados durante o trabalho em serviços de saúde e laboratórios. Evitam acidentes que envolvem derramamento e salpicos de substâncias de risco químicos e biológicos, impactos, perfuro cortantes, queimaduras, choques, calor, frio, eletricidade etc. Os trabalhadores não devem expor os artelhos, o uso de sandálias ou sapatos de tecido é proibido na área de trabalho. O calçado deverá ser ajustado ao tipo de atividade desenvolvida como: botas de segurança em couro, botas de PVC, botinas e outros calçados de cano curto ou longo, com biqueira de reforço e solado antiderrapante. Sapatilhas ou pró-pés descartáveis ou reutilizáveis são, geralmente, usadas em áreas estéreis tanto em hospitais, laboratórios, biotérios e na indústria.

#### DISPOSITIVOS DE PIPETAGEM



São dispositivos de borracha (pêra de borracha), pipetadores automáticos e elétricos, etc. Evita o risco de acidente

através da ingestão de substâncias contendo agentes de risco biológico, químico ou radioativo, visto que a ação de pipetar com a boca é um risco a integridade física e a saúde do trabalhador. (LIMA e SILVA, 1998)

#### DOSIMETRO PARA RADIAÇÃO IONIZANTE

É utilizado como proteção para os trabalhadores que manipulam substâncias com radiações ionizantes. São usados como crachá, pulseira, anel ou gargantilha dependendo do tipo e emissão da radiação. Deve ser enviado para o serviço de monitoramento da Comissão Nacional de Energia Nuclear/CNEN para avaliação (LIMA SILVA, 1998).

#### EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO COLETIVA

Os Equipamentos de Proteção Coletiva EPC auxiliam na segurança do trabalhador dos serviços de saúde e laboratórios, na proteção ambiental e também na proteção do produto ou pesquisa desenvolvida. A correta seleção, uso e manutenção do equipamento de segurança permitem ao trabalhador da área de saúde a contenção apropriada contra os inúmeros riscos aos quais está envolvido no seu dia a dia.

#### AUTOCLAVES



Gera a esterilização de equipamentos termorresistentes e insumos através de calor úmido (vapor) e pressão. Sua instalação é obrigatória no interior dos laboratórios NB-3 e NB-4, sendo que no laboratório NB-4 é obrigatório à instalação de autoclave de porta dupla.

Nos laboratórios NB-2 e NB-1 e serviços de saúde é obrigatório que a autoclave esteja no edifício onde os mesmos estão instalados. O monitoramento deve ser feito com registro de pressão e temperatura a cada ciclo de esterilização, testes biológicos com o *Bacillus stearothermophilus*, fita termorresistente em todos os materiais. (LIMA e SILVA, in press)

#### FORNO PASTEUR

Opera em superfícies que não são penetradas pelo calor úmido. É um processo demorado pode ser usado em vidraria, metal, etc. O monitoramento exige registro de temperatura nas esterilizações, testes biológicos com o *Bacillus stearothermophilus*, fita termorresistente em todos os materiais. (LIMA e SILVA, in press)

#### CHUVEIRO DE EMERGÊNCIA

Chuveiro de aproximadamente 30cm de diâmetro, acionado por alavancas de mão, cotovelo ou pé. A localização deve ser de fácil acesso e ter um programa de manutenção constante. (LIMA e SILVA, 1998)

#### LAVA OLHOS



Dispositivo formado por dois pequenos chuveiros de média pressão acoplados a uma bacia metálica. O ângulo do jato de água deve ser corretamente direcionado para a lavagem ocular. Pode ser acoplado ao chuveiro de emergência ou ser do tipo frasco de lavagem ocular (LIMA e SILVA, 1998).

### MICROINCINERADORES

Dispositivo elétrico ou a gás utilizado para flamar alças microbiológicas ou instrumento perfuro cortante no interior da Cabine de Segurança Biológica (LIMA e SILVA, 1998).

### CAIXAS OU CONTAINERS DE AÇO

Devem ter alças laterais e tampa, confeccionados em aço inoxidável, auto claváveis, à prova de vazamento, usados para acondicionar e transportar material contaminado por agentes de risco biológico para esterilização em autoclave. (LIMA e SILVA, in press)

### CAIXA DESCARTÁVEL PARA PERFUROCORTANTE

Usada para descartar os resíduos perfuro cortantes como: seringas hipodérmicas, agulhas de sutura, bisturis, dentre outros. (Recomenda-se que seja auto clavada antes do descarte final). (LIMA e SILVA, in press)

### AGITADORES E MISTURADORES

Devem possuir sistema de isolamento que contenham os aerossóis formados durante sua utilização. Utilizá-los no interior da Cabine de Segurança Biológica caso não possuam sistema de isolamento (LIMA e SILVA, 1998).

### CENTRIFUGAS

Devem possuir sistema que permita a abertura somente após o ciclo completo de centrifugação, copos de segurança e sistema de alarme quando ocorra quebra de tubos. (LIMA e SILVA, in press)

### SINALIZAÇÃO LABORATORIAL

É um conjunto de símbolos com formas e cores diferenciados que indicam sinalização de: aviso, interdição, obrigação, segurança e prevenção de incêndio.

### CABINE DE SEGURANÇA QUÍMICA





Cabine construída de forma aerodinâmica cujo fluxo de ar ambiental não causa turbulências e correntes, assim reduzindo o perigo de inalação e contaminação do operador e do ambiente quando da manipulação de substâncias químicas que liberam vapores e gases tóxicos, irritantes, corrosivos etc. O duto de exaustão deve ser projetado de maneira a conduzir os vapores para parte externa da instalação, preferencialmente, no telhado. Deve ter filtro químico acoplado a saída do duto (LIMA e SILVA, 1998).

#### CABINES DE SEGURANÇA BIOLÓGICA (CSB).

O princípio fundamental é a proteção do operador, do ambiente e do experimento através de fluxo laminar de ar, filtrado por filtro absoluto ou filtro HEPA. As Cabines de Segurança Biológica estão divididas em: Classe I, Classe II (divididas em A ou A1, B1, B2 e B3 ou A2 -) e Classe III (SANTOS, 2004).

## Estudando: Enfermagem do Trabalho

### Programas de Saúde Ocupacional

É obrigatório para todas as empresas que possuem funcionários manter os PROGRAMAS DE CONTROLE MÉDICO DE SAÚDE OCUPACIONAL (PCMSO) e PROGRAMA DE PREVENÇÃO DE RISCOS AMBIENTAIS (PPRA), seguindo alguns critérios estabelecidos, a seguir:

#### PROGRAMA CONTROLE MÉDICO SAÚDE OCUPACIONAL (PCMSO).

Conforme o estabelecido pela NR 7, ( Norma Regulamentadora redigida pelo Ministério do Trabalho), “torna-se obrigatório a elaboração e implementação, por parte dos empregadores e instituições que admitam empregados, do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO), visando à promoção e preservação da saúde do conjunto dos seus trabalhadores. É de responsabilidade da empresa garantir a elaboração e efetiva implementação, custear todos os procedimentos relacionados ao PCMSO e, quando solicitado pela inspeção do trabalho, comprovar a execução do pagamento”. Ficam desobrigadas de indicar médico coordenador as empresas de grau de risco 1 e 2 segundo a NR 4, com até 25 (vinte cinco) empregados e aquelas de grau de risco 3 e 4, com até 10 (dez) empregados. Caberá a empresa contratante de mão de obra prestadora de serviços informar a empresa contratada dos riscos existentes e auxiliar na elaboração e implementação do PCMSO nos locais de trabalho onde os serviços estão sendo prestados.

Resumidamente, este programa tem por finalidade o acompanhamento por médico especializado em medicina do trabalho sendo elaborado, os ATESTADOS de SAÚDE OCUPACIONAL (ASO), que fazem parte do programa, são eles ADMISSIONAL, PERIÓDICO, de RETORNO AO TRABALHO, de MUDANÇA DE FUNÇÃO e DEMISSIONAL .

#### PROGRAMA DE PREVENÇÃO DE RISCOS AMBIENTAIS (PPRA).

Conforme trata a Norma Regulamentadora 4 (NR 4), “é obrigatório a elaboração e implementação, por parte de todos os empregadores e instituições que admitam trabalhadores como empregados, do Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA), visando à prevenção da saúde e da integridade dos trabalhadores, por meio da antecipação, reconhecimento, avaliação e consequente controle da ocorrência de riscos ambientais existentes ou que venham a existir no ambiente de trabalho, tendo em consideração a proteção do meio ambiente e dos recursos naturais”.

Devem ser desenvolvidas no âmbito de cada estabelecimento da empresa, sob responsabilidade do empregador, com a participação dos trabalhadores, o PPRA é parte integrante do conjunto mais amplo das iniciativas da empresa no campo da preservação da saúde e da integridade dos trabalhadores, devendo estar articulado com o disposto nas demais NR, em especial com o PCMSO. O PPRA deve estar descrito num documento base contendo todos os aspectos estruturais, este documento base e suas alterações devem estar disponíveis de modo a proporcionar o imediato acesso às autoridades competentes.

## Estudando: Enfermagem do Trabalho

### Histórico de Enfermagem

O Histórico de Enfermagem é utilizado na coleta sistemática de dados para determinar o estado de saúde do paciente e identificar quaisquer problemas de saúde atuais ou potenciais, além de organizar, analisar, sintetizar e sumarizar os dados coletados.

Segue abaixo um modelo de Histórico de Enfermagem:

#### 1.DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Data de internação:

Nome:

Sexo: ( ) M ( ) F Idade: Estado civil:

Proveniente:

( ) Casa/só ( ) Casa/família

( ) Instituição de Saúde. Especificar:

Chegada:

( ) Deambulando ( ) Muleta ( ) Maca ( ) Cadeira de rodas

Motivo da internação:

Diagnóstico médico:

Doenças correlacionadas:

( ) DM ( ) Neuropatia

( ) Cardiopatia ( ) Nefropatias

( ) Pneumonia ( ) Alergias (a drogas, soluções, fitas adesivas)

( ) HAS ( ) Cirurgias anteriores:

( ) TBC ( ) Câncer

( ) Hepatopatia ( ) Outras:

Última avaliação de saúde:

Medicações em uso:

MEDICAÇÃO DOSAGEM HORÁRIO OBSERVAÇÃO

GRAU DE DEPENDÊNCIA PARA ATIVIDADES ROTINEIRAS:

0 – INDEPENDENTE

1 – APARELHO

2 – AJUDA DE PESSOAS

3 - DEPENDENTE

( ) Comer/beber ( ) Subir escadas

( ) Banho ( ) Deambular

☐ Vestir-se

☐ Mobilidade na cama GRAU DE DEPENDENCIA: \_\_\_\_

COMUNICAÇÃO: Fala: ☐ Normal ☐ Arrastada ☐ Balbuciada ☐ Afasia

CONSULTA PREVENTIVA: ☐ Sim ☐ Não. Última consulta:

Tratamento/Hospitalização: ☐ Sim ☐ Não

Aderência aos tratamentos propostos: ☐ Sim ☐ Não

☐ Fuma

☐ Bebe

☐ Drogas

Atividade Física: ☐ Sim ☐ Não

DIETA ESPECIAL:

Perda de peso: ☐ Sim ☐ Não

Preferências alimentares:

Dificuldade de engolir: ☐ Sim ☐ Não

☐ Uso de prótese

ELIMINAÇÕES

Evacuações: ☐ Constipação ☐ Diarréia ☐ Dor ☐ hemorróidas ☐ tenesmo

Apoio: ☐ Laxante ☐ Enema ☐ Supositório

Diurese: ☐ Nictúria ☐ Disúria ☐ Oligúria ☐ Anúria ☐ Hematúria ☐ Piúria ☐ Retenção ☐ Incontinência ☐ gotejamento

Apoio: ☐ Fraldas ☐ Jontex ☐ SVD ☐ SVA

SONO E REPOUSO

Descanso noturno: Acorda a noite: ☐ Sim ☐ Não

Descanso diurno: ☐ Sim ☐ não

Auxiliares:

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:

☐ Lúcido/Orientado ☐ Sonolento ☐ Torporoso ☐ Confuso

☐ Síncope ☐ Crise Convulsiva ☐ Perda de memória ☐ Paralisia

☐ Tremores ☐ Tonturas ☐ Dormência

CARDIOVASCULAR

Mucosas: ☐ Normocoradas ☐ Hipocoradas ☐ Cianóticas ☐ Ictérica

Enchimento capilar: ☐ Lento ☐ normal ☐ Dispneia ☐ Dor torácica ☐ Palpitações ☐ dormência/Frio nas extremidades ☐ Varicosidades

RESPIRATÓRIO

☐ Tosse ☐ Falta de ar ☐ Hemoptise ☐ Asma ☐ Expectoração

Ritmo: ( )Eupnêico ( )Dispneico ( )Taquipnêico

( )CN ( )MV\_\_\_% O2\_\_\_l/min

#### GASTROINTESTINAL

( )ABVO ( )APVO ( )SNE ( )SNG

( )Náuseas ( )Vômitos ( )Dispepsia ( )Disfagia ( )Constipação ( )Diarréia

Abdômen: ( )Flácido ( )globoso ( )Distendido ( )Tenso ( )Ruídos hidroaéreos

#### MUSCULAR

Amplitude de movimentos: ( )Normal ( )Parcial ( )Ausente ( )Lesões ( )Fraturas ( )Uso de equipamentos terapêuticos:

#### TEGUMENTAR

Coloração da pele: ( )Corada ( )Hipocorada ( )Hiperemiada ( )Ictérico ( )Cianótico

Umidade da pele: ( )Normal ( )Seca ( )Sudorética

Temperatura: ( )Normal ( )Quente ( )Fria

( )Lesões

( )Hematomas

( )Equimoses

( )Petéquias

( )Úlceras

( )Escoriações

Curativos: Descrição/Região/Aspecto/Tipo de Curativo a ser feito.

Enfermeira :\_\_\_\_\_Data\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Atenção:** Esse curso é de autoria da Prime Cursos do Brasil LTDA (registro número 978-85-5906-123-9 BN)

**Encontrou esse mesmo material em outro site? Denuncie: [juridico@primecursos.com.br](mailto:juridico@primecursos.com.br)**

## Estudando: Enfermagem do Trabalho

### Exame Físico Geral

Estado geral

Dados vitais

Dados antropométricos

Nível de consciência

Estado de hidratação

Estado de nutrição

Fácies

Atitude e decúbito preferido

Mucosas

Pele e anexos

Linfonodos

Edema

#### ESTADO GERAL

Estado geral bom

Estado geral regular

Estado geral mau

#### DADOS VITAIS

Pressão arterial

Pulso

Frequência cardíaca

Frequência respiratória

Temperatura

#### PRESSAO ARTERIAL

Técnica

Casos especiais:

idosos

grávidas

crianças

obesos

## TEMPERATURA

Normal:

Temperatura axilar: 35,5°C a 37°C

Temperatura bucal: 36 a 37,4°C

Temperatura retal: 36 a 37,5°C

Febre:

Febre leve ou febrícula: 37°C a 37,5°C

Febre moderada: 37,5°C a 38,5°C

Febre elevada: acima de 38,5°C

## Dados Antropométricos

Peso

Estatura

Índice de massa corporal

(IMC =  $\text{Peso} / \text{Altura}^2$ )

19 – 25 normal

25 – 30 obesidade grau I

30 – 40 obesidade grau II

> 40 obesidade grau III

Nível de Consciência

Estado de vigília

Orientação têmporo-espacial

Estado de Hidratação

Olhos

Mucosas

Pele – Turgor

Urina

Peso

Estado de Nutrição

História clínica

Índice de massa corpórea

Mucosas

Pregas cutâneas

Pele e anexos

Edemas

Trofismo muscular

## Estudando: Enfermagem do Trabalho

### Diagnóstico de Enfermagem

Um diagnóstico de enfermagem é uma frase padrão descritiva sobre o estado de saúde de um cliente (que pode ser um indivíduo, uma família, ou uma comunidade em geral). A função do diagnóstico de enfermagem é facilitar o cuidado da enfermagem. São análises feitas a partir do estado de saúde dos clientes envolvidos, sendo que o enfermeiro cria sua opinião e assim contribui para evolução do mesmo. É desvinculado do diagnóstico médico, todavia este pode auxiliar no estabelecimento de um diagnóstico de enfermagem, ou não ter correlação.

Existem diversas organizações que regulam e definem diagnósticos de enfermagem no mundo. Na América do Norte, o principal delas é a NANDA. Outras organizações incluem a ACENDIO na Europa, a AFEDI (de língua francesa) e a AENTDE (língua castelhana).

O objetivo deste tipo de diagnóstico é padronizar a terminologia utilizada por enfermeiros, tais como descrições de doenças, intervenções e resultados. Proponentes do uso de diagnósticos de Enfermagem argumentam que o uso destes diagnósticos tornam o processo de cuidado mais científico e baseado em evidência. O diagnóstico de enfermagem é uma das etapas mais complexas, causando muitas divergências na sua realização. Muitos enfermeiros deixam de fazer essa etapa e com isso passam a fragmentar os cuidados e os problemas do paciente, deixando de vê-los como um todo, prescrevendo cuidados que não tem relação com os problemas encontrados, deixando de ser possível a conclusão do levantamento de dados (NEVES; SHIMIZU, 2010). Torna-se importante que os enfermeiros utilizem o instrumento de diagnóstico de enfermagem para identificar as alterações dos clientes, possibilitando a realização da próxima etapa da SAE, ou seja, a prescrição da assistência de enfermagem, que deve estar baseada na identificação dos problemas prioritários dos indivíduos (NEVES; SHIMIZU, 2010).

Críticas ao uso de diagnósticos de enfermagem incluem o argumento que tais diagnósticos não ajudam enfermeiros a planejar o cuidado dos clientes envolvidos, não ajuda a diferenciar enfermagem de medicina, ignoram indivíduos (e diferenças tais como cultura, etc) em geral através da padronização de termos utilizados, e que é potencialmente inético.

Trabalho noturno: riscos à saúde e direitos de quem trabalha à noite . Segundo estudos da Organização Mundial da Saúde (OMS), atualmente cerca de 20% das populações dos países desenvolvidos trabalham no período da noite. Nos grandes centros urbanos, é cada vez mais comum estabelecimentos como postos de gasolina, farmácias, lojas de conveniência e redes de supermercado funcionarem 24 horas ininterruptas. Além disso, longe de ser uma opção, trabalhar no turno da noite faz parte da rotina de profissionais como médicos plantonistas, enfermeiros e vigilantes, entre tantos outros.

Que a troca do dia pela noite não traz benefícios à saúde é consenso entre médicos e cientistas. Mas recentes pesquisas têm constatado que as alterações no relógio biológico promovidas por esta troca trazem riscos reais à saúde dos trabalhadores. Um estudo da OMS realizado com enfermeiras e aeromoças mostrou que as profissionais que trabalhavam no turno da noite tinham maiores chances de desenvolver o câncer de mama. Também foram constatadas alterações nos ritmos cardíacos e propensão a queda nas defesas imunológicas destes trabalhadores.

Outro instituto, o ISMA (International Management Stress Association), realizou um estudo no Brasil no qual constatou que 40% dos trabalhadores que exercem sua atividade no turno da noite desenvolvem algum distúrbio na visão, em casos mais extremos podendo chegar à cegueira.



Já os dados obtidos pelos pesquisadores espanhóis são ainda mais alarmantes. De acordo com o estudo da Unidade do Sono de Barcelona e do Serviço de Neurofisiologia do Hospital da Paz de Madri, os profissionais que atuam no turno da noite perdem cinco anos de vida para cada quinze anos trabalhados. Além disso, eles se divorciam três vezes mais do que os profissionais com jornadas durante o dia e têm 40% mais chances de apresentar problemas cardiovasculares, neuropsicológicos e digestivos.

## Estudando: Enfermagem do Trabalho

### Trabalho Noturno

O trabalho noturno é tão nocivo à saúde do trabalhador que a legislação brasileira prevê o direito de este profissional receber uma compensação, tanto em horas como em salário, pela sua jornada noturna. Esta compensação é chamada de adicional noturno.

Nas atividades urbanas, considera-se trabalho noturno aquele realizado entre as 22h de um dia às 5h do dia seguinte. Já nas atividades rurais, é considerado noturno o trabalho executado na lavoura entre 21h de um dia às 5h do dia seguinte, e na pecuária, entre 20h às 4h do dia seguinte.

A hora noturna, nas atividades urbanas, deve ser paga com um acréscimo de no mínimo 20% (vinte por cento) sobre o valor da hora diurna. O pagamento do adicional noturno é discriminado formalmente na folha de pagamento e no recibo de pagamento de salários, servindo, assim, de comprovação de pagamento do direito. Quando o trabalhador recebe o adicional noturno, esta percentagem também será incorporada nos demais recebimentos como férias, 13º salário, FGTS etc.

A Constituição Federal, no seu artigo 7º, inciso IX, estabelece que são direitos dos trabalhadores, além de outros, remuneração do trabalho noturno superior à do diurno. Considera-se noturno, nas atividades urbanas, o trabalho realizado entre as 22:00 horas de um dia às 5:00 horas do dia seguinte.

Nas atividades rurais, é considerado noturno o trabalho executado na lavoura entre 21:00 horas de um dia às 5:00 horas do dia seguinte, e na pecuária, entre 20:00 horas às 4:00 horas do dia seguinte.

### HORA NOTURNA

A hora normal tem a duração de 60 (sessenta) minutos e a hora noturna, por disposição legal, nas atividades urbanas, é computada como sendo de 52 (cinquenta e dois) minutos e 30 (trinta) segundos. Ou seja, cada hora noturna sofre a redução de 7 minutos e 30 segundos ou ainda 12,5% sobre o valor da hora diurna.

Nas atividades rurais a hora noturna é considerada como de 60 (sessenta) minutos, não havendo, portanto, a redução como nas atividades urbanas.

### INTERVALO

No trabalho noturno também deve haver o intervalo para repouso ou alimentação, sendo:

- jornada de trabalho de até 4 horas: sem intervalo;
- jornada de trabalho superior a 4 horas e não excedente a 6 horas: intervalo de 15 minutos;
- jornada de trabalho excedente a 6 horas: intervalo de no mínimo 1 (uma) hora e no máximo 2 (duas) horas.

### TRABALHO NOTURNO DA MULHER

### TRABALHO NOTURNO DO MENOR

A hora noturna, nas atividades urbanas, deve ser paga com um acréscimo de no mínimo 20% (vinte por cento) sobre o valor da hora diurna, exceto condições mais benéficas previstas em acordo, convenção coletiva ou sentença normativa.

## **CESSAÇÃO DO DIREITO**

## **TURNOS ININTERRUPTOS DE REVEZAMENTO**

## **BANCO DE HORAS**

O empregador poderá celebrar acordo de compensação de horas por meio de contrato coletivo de trabalho, a ser cumprido em período diurno ou noturno, ou ainda em ambos, cujo excesso de horas de trabalho de um dia seja compensado pela correspondente diminuição em outro dia, de maneira a não ultrapassar o limite de 10 horas diárias.

## **TRABALHADORES AVULSOS E TEMPORÁRIOS EMPREGADOS DOMÉSTICOS**

## **ADVOGADOS**

## **ATIVIDADES PETROLÍFERAS**

## **INTEGRAÇÃO AO SALÁRIO**

O adicional noturno, bem como as horas extras noturnas, pagos com habitualidade, integram o salário para todos os efeitos legais, conforme Enunciado I da Súmula TST nº60:

Descanso Semanal Remunerado - Adicional Noturno

Descanso Semanal Remunerado - Hora Extra Noturna

Férias

13º Salário

Aviso Prévio Indenizado

## **FORMALIZAÇÃO DO PAGAMENTO**

O pagamento do adicional noturno é discriminado formalmente na folha de pagamento e no recibo de pagamento de salários, servindo, assim, de comprovação de pagamento do direito.

## **HORA EXTRA NOTURNA**

## **VIGIAS E VIGILANTES**

## **ENCARGOS SOCIAIS**

## **PENALIDADES**

## Estudando: Enfermagem do Trabalho

### Higiene Ocupacional

Segundo a NR-9, a Higiene Ocupacional visa à prevenção da doença ocupacional através do reconhecimento, avaliação, controle dos agentes ambientais, prevendo uma atuação deliberada no ambiente de trabalho como forma de prevenir a doença.

São considerados agentes ambientais os agentes físicos, químicos, biológicos e ergonômicos.

Sendo necessárias para o estudo do impacto destes agentes sobre a saúde as disciplinas de engenharia para avaliação e controle, química analítica (laboratórios), bioquímica, toxicologia e medicina.

O objetivo principal da higiene ocupacional é reduzir a exposição de médio e longo prazo, visto que, nem sempre é possível eliminar totalmente o risco do ambiente de trabalho.

O Programa de Prevenção de Risco Ambientais (PPRA), é parte integrante de um conjunto de medidas que visam a preservação da saúde e da integridade dos trabalhadores na empresa, por isso deve estar articulado ao Programa de Controle Médico Ocupacional (PCMSO) previsto na NR-7. Baseia-se através da antecipação, reconhecimento, avaliação e controle da ocorrência de riscos ambientais existentes ou que venham a existir no ambiente de trabalho, constituindo nada mais que a base da higiene ocupacional.

Do ponto de vista da higiene ocupacional, “antecipar” significa trabalhar com projetos, visando à detecção precoce de fatores de risco ligados a agentes ambientais e adotando opções de projeto que favoreçam a sua eliminação ou controle.

A próxima fase é estabelecer uma “polícia de fronteira” na empresa, rastreando e analisando todo novo produto a ser utilizado, para passar a fase de gestão de mudanças.

Na “gestão de mudanças” são ditadas normas preventivas para evitar exposições inadvertidas a agentes ambientais.

Reconhecer sob a ótica da higiene ocupacional é ter conhecimento prévio dos agentes do ambiente de trabalho, saber reconhecer os riscos presentes nos processos, materiais, operações associadas, manutenção, subprodutos, rejeitos, produto final, insumos, entre outros.

Estudar o processo, atividades e operações associadas e processos auxiliares, não apenas com os dados existentes na empresa, mas também conhecendo a literatura ocupacional são de fundamental importância para melhores resultados.

É indispensável ir a campo, não há como fazer higiene sem ir ao local de trabalho verificar incansavelmente os serviços e operações.

A avaliação compreende a emissão de um juízo de tolerabilidade sobre uma exposição a um agente ambiental. O juízo é dado pela comparação da informação da exposição ambiental com um critério denominado “limite de exposição” ou “limite de tolerância”.

O Fundacentro diz que, “Limite de Tolerância” é o parâmetro de exposição ocupacional que representa condições sob as quais se acredita que, a maioria dos trabalhadores possa estar exposta, repetidamente, sem sofrer efeitos adversos à sua saúde.

A referência é o nível de exposição para 8 horas com 100% da dose, ou seja, da energia sonora.

A NR-15 relaciona o Limite de Tolerância (LT) a concentração ou a intensidade máxima ou mínima, com a natureza e o tempo de exposição ao qual o trabalhador permanecerá com o agente sem sofrer dano à saúde durante sua vida laboral.

Os limites de exposição são baseados em informações disponíveis da experiência industrial, estudos experimentais com animais e seres humanos.

O controle ocorre por adoção de medidas de engenharia sobre as fontes e trajetórias do agente, atuação sobre o equipamento e ações específicas de controle, intervenção sobre as operações, reorientação os procedimentos para que se possa reduzir ou eliminar a exposição, definição de ações de controle sobre o indivíduo que inclui a proteção individual, mas não se limita a esta.

Pode-se dizer resumidamente que, as ferramentas da higiene ocupacional são: análise e gerência de riscos, análise dos riscos do trabalho, árvore das causas, identificação dos riscos, análise dos riscos, avaliação dos riscos e tratamento dos riscos.

Segundo a Norma de Higiene Ocupacional – NHO1, no “nível de ação” devem ser iniciadas ações preventivas de forma a minimizar a probabilidade de que exposições ao ruído causem prejuízos à audição no trabalhador e evitar que o limite de exposição seja ultrapassado.

A medida genérica de controle ambiental do ruído é, em primeiro lugar, o enclausuramento da fonte geradora, limitação da exposição, educação e treinamento dos funcionários, controle médico e uso de equipamento de proteção individual.

A redução na fonte pode ser obtida: usando equipamentos mais silenciosos e reduzindo a amplitude dos esforços envolvidos. Nesta etapa o intuito é reduzir impactos, instalar isoladores, utilizar absorventes dinâmicos, balancear as partes móveis, reduzir atritos (lubrificar), corrigir eixos tortos ou desalinhados, defeitos etc.

A atenuação da resposta dinâmica dos componentes, alteração da frequência da ressonância dos painéis, tampas e outras estruturas, assim como a redução da irradiação do som junto ao isolamento, protetores de borracha e molas já irão causar uma grande diminuição do ruído.

Alterar o procedimento da operação também pode ajudar, para isso é preciso reavaliar a produção e programá-la, além de verificar se há operações que podem ser eliminadas.

Muitas vezes a questão passa por má distribuição do maquinário ou divisórias que reproduzem ecos, a própria estrutura física pode favorecer o problema, assim como adaptações que vão sendo feitas aleatoriamente sem análise prévia.

A alteração do Lay-out com redistribuição do maquinário, posicionamento das fontes de ruído em relação à sua diretividade, uso de absorventes e materiais atenuadores, reflexores e barreiras de som, revestimento de dutos internos e externos e confinamento do equipamento são úteis.

Outra questão importante é a localização do pessoal em relação ao material, o treinamento sobre os prejuízos que o ruído pode causar na audição e na saúde, a limitação da exposição, o uso obrigatório do equipamento de proteção individual e o controle audiométrico.

Os níveis de ruído flutuam ou variam de maneira aleatória ou não dentro do ambiente de trabalho e com o tempo pode causar dano à audição. Para o nível de ruído contínuo, torna-se fácil, avaliar seu efeito, mas se ele varia com o tempo, deve-se realizar uma dosimetria, de forma que todos os dados de nível de pressão sonora e tempo possam ser analisados e calculado o nível de ruído equivalente (LEQ), que representa um nível de ruído contínuo em dB(A), que possui o mesmo potencial de lesão auditiva que o nível O ruído contínuo é aquele que permanece estável com variações máximas de 3 a 5dB(A) durante um longo período. O ruído intermitente tem variação maior ou menor de intensidade.

Segundo a NR-15 os limites de tolerância são para até 48 horas semanais para o ruído contínuo e intermitente. Devendo ser medidos em decibéis (dB) com instrumento de nível de pressão sonora operando no circuito de compensação “A” e circuito de resposta lenta “SLOW”, com leituras próximas ao ouvido do trabalhador. O nível do ruído não deve exceder o limite de tolerância do quadro do anexo 1 da NR-15.

Segundo a NHO1, o critério de referência para os limites de exposição diária adotados para ruídos contínuos e intermitentes correspondem a uma dose diária de 100% para a exposição de 8 horas ao nível de 85 dB(A). O critério de avaliação considera, além do critério de referência, o incremento de duplicação de dose (q) igual a 3 e o nível limiar de integração igual a 80dB(A).

A avaliação da exposição ocupacional ao ruído contínuo ou intermitente deverá ser feito por meio da determinação da dose diária de ruído ou do nível de exposição, usando medidores integrados de uso pessoal (dosímetro de ruído) fixados no trabalhador.

A determinação da dose de exposição ocupacional ao ruído deve ser preferencialmente feita por dosímetro de ruído, ajustado conforme suas especificações no sub-ítem 6.2.1.1 da NHO1.

Caracteriza risco grave e eminente a exposição a ruído contínuo ou intermitente acima de 115dB(A) sem proteção auditiva.

O nível de ação, segundo a NHO1 deve ser iniciado sempre que a exposição ao ruído esteja entre 82 a 85 dB(A), enquanto que acima de 85dB(A) já se deve introduzir o equipamento de proteção individual.

Na impossibilidade do uso de dosímetro de ruído, a medição da dose de exposição ocupacional ao ruído pode ser feita pelo uso dos medidores portados pelo avaliador ou pela avaliação da exposição de um trabalhador ao ruído contínuo ou intermitente por meio do nível de exposição.

O ruído de impacto é aquele que apresenta picos de energia acústica de duração inferior a 1,0 segundo com intervalos superiores a 1 segundo. Devem ser medidos em decibéis com medidor de nível de pressão sonora operando no circuito linear e circuito de resposta para o impacto. A leitura é feita próxima ao ouvido do trabalhador considerando 130dB (LINEAR) o limite de tolerância para o ruído de impacto, durante os intervalos a medida é feita como ruído contínuo.

No caso de não se dispor de medidor do nível de pressão sonora com circuito de resposta para o impacto, será válida a leitura feita no circuito de resposta rápida (FAST) e circuito de compensação “C”, neste caso o nível de tolerância será de 120db(C).

As operações ou atividades que exponham o trabalhador sem proteção adequada a níveis de ruídos de impacto superiores a 140dB (LINEAR), medidos em circuito de resposta para o impacto, ou superiores a 130dB (C), medidos no circuito de resposta rápida (FAST), oferecerão risco grave e eminente.

O limite de tolerância valor teto para o ruído de impacto é de 140dB (Lin), quando o número de ruídos de impacto exceder 10.000 deverá ser considerado como contínuo ou intermitente.

A avaliação de ruído deverá ser feita caracterizando a exposição de todos os trabalhadores, considerando os grupos homogêneos, situações típicas, condições reais e de todos os momentos da jornada de trabalho, se houver ciclos na empresa cobrir o maior número de ciclos.

Conforme a Lei 6.514 de 22/11/77 relativa ao capítulo V do Título II da CLT relativo à Segurança e Medicina do Trabalho dado pela portaria Nº 3.751 de 23/11/1990, alínea “a” do sub-ítem 17.5.2 da NR-17, os níveis de ruído devem estar de acordo com NBR 10152 registrada no INMETRO.

O sub-ítem 17.5.2.1 da NR-17, para as atividades que possuam as características definidas no sub-ítem 17.5.2, mas que não apresentam equivalência ou correlação com aquelas relacionadas na NBR 10152, o nível de ruído aceitável para efeito de conforto será de até 65 dB(A) e a curva avaliação de ruído (NC) de valor não superior a 60.

Segundo os parâmetros previstos no sub-ítem 17.5.2 da NR-17, os níveis de ruído devem ser medidos próximos a zona auditiva e as demais variáveis na altura do tórax do trabalhador.

A medição do Nível de Pressão Sonora deve contemplar o Espectro Sonoro do Ruído e um bom relatório deve abordar no mínimo as seguintes informações:

**Nível Sonoro Equivalente – LEQ por espectro de 1/3 oitava em dB(A):** que é o valor médio dos Níveis de Pressão Sonora, integrado em uma faixa de tempo específico, e que corresponde à energia do ruído. É o nível contínuo que tem o potencial acústico que o nível variável existente no recinto. Essa é a interpretação do valor físico mais significativo nas avaliações acústicas;

**L5-L10-L50-L90-L95 por espectro de 1/3 oitava em dB(A):** é a distribuição estatística no tempo, e mostra qual o percentual do tempo total de exposição em relação ao nível de pressão sonora dB(A) acima do qual os níveis permanecem. Por exemplo, L50 representa o valor acima do qual os demais níveis permanecem 50% do tempo total, isso é importante para se qualificar a variação dos níveis de pressão sonora avaliados;

**SEL:** é o nível de exposição sonora utilizados para ruídos transientes, acumulados durante o tempo computado, com tempo de integração de 1,0 segundo;

**PICO (Linear):** é o nível de pressão sonora mais alto medido instantaneamente que ocorre durante o tempo de avaliação, medido na escala linear (sem circuito de compensação) para comparação com valores limites estabelecidos na NR-15 (130dB);

**LEQ por espectro de 1/8 em dB(A):** mostrando os valores LEQ do ruído existente no local avaliado para qualificar o ruído em comparação às curvas isofônicas (curvas NC);

**CURVAS DE AVALIAÇÃO DE RUÍDO:** apresenta os mesmos valores do item anterior, porém em dB (linear), e se presta a comparar os valores medidos com as curvas isofônicas padronizadas (Curvas NC), para avaliação dos níveis de conforto acústico;

**EVOLUÇÃO DOS NÍVEIS MÁXIMOS MEDIDOS em dB (A):** indica os máximos valores medidos pelo equipamento (segundo a segundo) para os valores totais (broadband), mostrando como o ruído da área avaliada se comporta ao longo do tempo. Desta avaliação pode-se concluir, por exemplo, qual o ciclo do nível do ruído da área/máquinas;

**CÁLCULOS DA EFICÁCIA DOS PROTETORES AUDITIVOS:** utilizando os cálculos criteriosos e valendo-se das atenuações e desvios padrões fornecidos pelos CA (Certificados de Aprovação) oficiais dos protetores auditivos efetivamente utilizados;

**Nível Sonoro Equivalente – LEQ por espectro de 1/3 oitava em dB(A):** que é o valor médio dos Níveis de Pressão Sonora, integrado em uma faixa de tempo específico, e que corresponde à energia do ruído. É o nível contínuo que tem o potencial acústico que o nível variável existente no recinto. Essa é a interpretação do valor físico mais significativo nas avaliações acústicas;

A medição irá apontar se o local é ou não insalubre pelo agente físico ruído, se os protetores auditivos são eficazes na proteção auditiva dos usuários e se o local atende as determinações e os limites estabelecidos pelas normas da ABNT – NBR-10151 e NBR10152, resolução do CONAMA e legislação do Município se houver.

A medição servirá para emissão do Laudo Técnico das Condições Ambientais de Trabalho conforme as determinações do INSS, o qual servirá também de base para empresa emitir o PPP (Perfil Profissiográfico Previdenciário) e com as conclusões da avaliação.

Os recursos utilizados para a medição são o dosímetro e o analisador de nível sonoro em tempo real.

Como já abordado anteriormente, o nível de ação em higiene ocupacional se refere a redução dos níveis de ruídos e suas más consequências para a saúde do trabalhador e para a produção discute-se abaixo algumas

sugestões.

O isolamento acústico refere-se a capacidades de certos materiais formarem uma barreira que impede a propagação da onda sonora ou ruído passe de um lugar para outro, usando quando se deseja que um ruído não alcance o homem, por exemplo.

A absorção acústica trata de minimizar a reflexão sonora das ondas num mesmo ambiente, ou seja, diminuir ou eliminar o nível de reverberação (que é a variação do eco) num mesmo ambiente. Neste caso, o objetivo é reduzir os níveis de pressão sonora no local e melhorar o nível de inteligibilidade.

Um bom projeto acústico prevê isolamento e a absorção com critérios bem definidos, objetivando melhor eficácia no resultado final, para isso considerando o desempenho acústico dos materiais a serem aplicados, sua fixação, posição relativa à fonte de ruído e facilidade de manutenção sem restringir a funcionalidade do recinto. Porém, não significa a solução do problema.

A medição irá apontar se o local é ou não insalubre pelo agente físico ruído, se os protetores auditivos são eficazes na proteção auditiva dos usuários e se o local atende as determinações e os limites estabelecidos pelas normas da ABNT – NBR-10151 e NBR10152, resolução do CONAMA e legislação do Município se houver.

A medição servirá para emissão do Laudo Técnico das Condições Ambientais de Trabalho conforme as determinações do INSS, o qual servirá também de base para empresa emitir o PPP (Perfil Profissiográfico Previdenciário) e com as conclusões da avaliação.

Os recursos utilizados para a medição são o dosímetro e o analisador de nível sonoro em tempo real.

Quando as medidas de proteção coletiva e de higiene ocupacional são insuficientes para garantir a saúde auditiva do trabalhador, passa a ser indicado o equipamento de proteção individual.

Existem no mercado basicamente dois tipos de protetores auriculares, o protetor circum-auricular e o protetor de inserção.

Os protetores circum-auriculares são do tipo fone. Caracterizam-se por não requererem ajustes complexos, higiênicos, terem custo inicial elevado e interferirem com óculos e outros equipamentos de proteção individual.

Os protetores de inserção, podem ser do tipo plug ou tampão e dividem-se em dois grupos: os moldados e os moldáveis.

Os moldados são feitos de PVC ou silicone e são fabricados em tamanhos pequeno, médio e grande para se adaptar melhor ao ouvido.

Os moldáveis são feitos de espuma e apresentam proteção mais eficaz, pois se ajustam de forma perfeita ao canal auditivo, além do que não são percebidos à distância, se ajustam a cada pessoa, tem baixo custo inicial, são fáceis de carregar e podem ser usados com óculos, no entanto só podem ser usados por pessoas sadias.

O valor de atenuação de ruído é fornecido pelos fabricantes e também consta no certificado de aprovação (CA) do equipamento.

A Norma ANSI (American National Standards Institute), recomenda que se o NRR (Número de redução de ruído) fornecido pelo fabricante for resultado de métodos diferentes da ANSI S12.6-1997, o usuário deve considerar como NRR o valor da seguinte subtração, conforme o tipo protetor:

Protetor tipo fone: subtrair 25% do NRR impresso no rótulo;

Protetor plugue moldável: subtrair 50% do NRR impresso no rótulo;

Outros protetores tipo plugue: subtrair 70% do NRR impresso no rótulo;



O ideal é que este tipo de equipamento já atenda além das recomendações brasileiras, as americanas também, para evitar que sejam necessários os cálculos.

A proteção do ouvido visa prevenir a “perda auditiva induzida pelo ruído ocupacional (PAIR)”, definida como uma perda neurosensorial, bilateral, progressiva e irreversível decorrente da exposição crônica ao ruído de níveis de pressão sonora entre 80 a 129 dB(A) nos ambientes de trabalho.

## Estudando: Enfermagem do Trabalho

### Epidemiologia

Epidemiologia é uma ciência que estuda quantitativamente a distribuição dos fenômenos de saúde/doença, e seus fatores condicionantes e determinantes, nas populações humanas. Alguns autores também incluem na definição que a epidemiologia permite ainda a avaliação da eficácia das intervenções realizadas no âmbito da saúde pública.

Considerada como a principal “ciência básica” da saúde coletiva, a Epidemiologia analisa a ocorrência de doenças em massa, ou seja, em sociedades, coletividades, classes sociais, grupos específicos, dentre outros levando em consideração causas categóricas dos geradores estados ou eventos relacionados à saúde das populações características e suas aplicações no controle de problemas de saúde.

Desta maneira podemos entender a epidemiologia como a ciência que estuda o comportamento das doenças em uma determinada comunidade, levando em consideração diversas características ligadas à pessoa, espaço físico e também tempo, desta maneira é possível determinar as medidas de prevenção e controle mais indicadas para o problema em questão como também avaliar quais serão as estratégias a serem adotadas e se as mesmas causaram impactos, diminuindo e controlando a ocorrência da doença em análise.

Vale ressaltar que enquanto a clínica trata a doença individualmente, a epidemiologia aborda o processo saúde-doença em populações ou grupos de pessoas.

A análise de determinação causal das doenças em uma coletividade humana, dividida em classes sociais e/ou grupos específicos de populações (ou a distribuição desigual das doenças nas sociedades) exige da epidemiologia uma interação transdisciplinar e estabelece sua dependência a outras ciências a exemplo das: Ciências Sociais (Antropologia, Sociologia, Etnologia); Ciência Política; Estatística; Economia; Demografia; Ecologia e História.

Por outro lado sua origem, histórica e conceitual, na clínica médica e dependência de ambas à patologia (estudada inicialmente como série de casos) para identificação do objeto de análise, o processo saúde/doença, é responsável pela grande cisão da epidemiologia moderna em epidemiologia social e a epidemiologia clínica, sendo essa última, portanto a aplicação de métodos epidemiológicos à prática clínica e a primeira, a ciência que responde às demandas da medicina preventiva e promoção da saúde com a teoria da multi causalidade das doenças e as necessárias intervenções sócio-econômicas para redução da pobreza, melhoria das condições de vida e saneamento do meio - ambiente.

O inquestionável é a evolução e as muitas definições de epidemiologia. No decurso dos últimos 60 anos, a definição desta tem vindo a alargar-se desde a sua preocupação com as doenças infecto-contagiosas e outras doenças transmissíveis (o estudo das epidemias) até abarcar, presentemente, todos os fenômenos relacionados com a saúde das populações.

### Metodologia da investigação epidemiológica

Segundo Pereira, 2005, a sistemática predominante de raciocínio, em epidemiologia, é própria da lógica indutiva, mediante a qual, partindo-se de certo número de dados, estabelece-se uma proposição mais geral e, ainda segundo esse autor, os métodos utilizados na epidemiologia são encontrados em outras áreas do conhecimento, embora seja freqüente a referência a métodos epidemiológicos, eles devem ser entendidos como certo número de estratégias adaptadas para aplicação a situações próprias do estudo da saúde da população.

A identificação do padrão de ocorrência de doenças nas populações humanas e dos fatores que influenciam (determinam, condicionam) tem sido reiteradamente definida como o objeto de estudo da epidemiologia.

As Hipóteses epidemiológicas (elemento indispensável de qualquer pesquisa científica) deverão relacionar tais fatores ou variáveis, orientando a forma com que os dados referentes ao agravo e seus fatores condicionantes ou determinantes serão associados bem como o contexto (marco teórico) em que os resultados encontrados serão submetidos à comparação.

Na investigação epidemiológica a identificação da doença (definição de caso) tem uma natureza ditada pela comparabilidade potencial e uma tendência à padronização, ao contrário da clínica que reconhece a individualidade de cada paciente.

Os instrumentos de medida e/ou identificação de caso estão sujeitos a erros sistemáticos (viés) em função de sua maior ou menor sensibilidade (capacidade para identificar um maior número de casos incluindo inevitavelmente os falsos positivos) e especificidade (capacidade de só incluir casos positivos).

### **Medidas de morbimortalidade**

Apesar da prática cotidiana da administração de serviços de saúde ter consagrado o termo indicador para os valores numéricos com os quais se mensura o nível de saúde de uma população pela frequência de óbitos ou eventos mórbidos – ocorrência de doenças e agravos à saúde registrados ou medidas da oferta de procedimentos de serviços específicos de saúde, as proposições teóricas distinguem indicadores e índices.

Observe-se que apesar das tentativas ainda não existem indicadores positivos, consagrados de saúde (o mais próximo seria a ausência de sinais e sintomas) e o estado de saúde é medido por sua ausência, ou seja, frequência de doenças e óbitos.

De acordo com a OMS, 1981, indicadores de saúde são variáveis que servem para medir as mudanças na situação de saúde, uma variável, portanto, susceptível de mensuração direta que reflete o estado de saúde das pessoas numa comunidade, enquanto que índice de saúde é uma indicação numérica do estado de saúde de uma população derivada de uma fórmula composta especificada.

Tomando o exemplo dado por Pereira, 2005, o número de óbitos de pessoas de uma determinada região em um determinado momento é uma variável ou indicador e o APGAR e os Coeficientes de morbimortalidade, índices. O APGAR mede a vitalidade dos recém nascidos (RN) através de cinco sinais clínicos (batimentos cardíacos, movimentos respiratórios, reflexos, tônus muscular e coloração da pele). Além de sua utilização no diagnóstico clínico, a frequência de RN com baixos índices de APGAR traduz a deficiente oferta de serviços de pré-natal e a elevada demanda por consultas de neuropediatria e serviços de reabilitação (estimulação precoce). A mortalidade por grupos específicos de causa, por sua vez, refletem tanto características do modo de adoecer (morbidade) como do modo de morrer (mortalidade) traduzindo as necessidades e demandas de saúde de uma população.

### **Coeficiente e taxas**

Para fins de comparação de frequências os números absolutos dos indicadores precisam ser transformados em coeficientes e taxas (razão proporcional) em inglês rate. Em estudos epidemiológicos, o numerador, seja o número de pessoas que adoeceram ou morreram em um determinado momento histórico e região, é sempre expresso em relação ao total de pessoas que compõem essa população (denominador).

Os coeficiente e taxas podem ser padronizados ou não, ou seja, em função das diferenças entre populações (a exemplo da composição etária) podem ser ajustados a padrões internacionais (população mundial, população européia, etc.). É essencial distinguir índices onde os casos incluídos no numerador são também colocados no denominador, o que pode representar uma relação de possibilidade ou risco e a simples comparação entre a

frequência de dois eventos da mesma espécie – razão, (em ing. ratio) uma medida de comparação de grandezas que não estabelece uma probabilidade de ocorrência.

## **Medidas de frequência**

Os indicadores podem ainda ser diferenciados por expressarem a incidência e a prevalência, apesar da utilização indiferenciada, como ocorrência de agravos ou patologias, por parte de leigos, mas possui, para o epidemiologista, significados distintos de ocorrência de casos novos e identificação da totalidade de casos existentes em momento histórico, respectivamente.

A Incidência expressa a velocidade de ocorrência, na medida em que identifica a frequência de casos novos em um determinado período observado longitudinalmente, enquanto que a Prevalência expressa o total acumulado de casos em um determinado período observado como uma secção temporal (prevalência instantânea).

Os dados de eventos mórbidos ou agravos, com os quais se compõem os indicadores de incidência e prevalência, são obtidos em inquéritos específicos compondo os registros dos bancos de dados de pesquisas ou sistemas de vigilância epidemiológica tal como recomendam as autoridades de saúde pública de cada país ou região. Na Inglaterra a notificação obrigatória de doenças transmissíveis e nascimentos, por exemplo, teve início em 1904.

Se os dados referem-se à quantidade de doentes ou agravos à saúde de uma determinada região tem-se o registro da Morbidade, se descrevem a quantidade de óbitos das distintas faixas etárias e sexo há possibilidade de análise da Mortalidade; se os dados descreverem a natureza ou causa de óbitos estuda-se a Morbi-Mortalidade. As variações na dimensão ou quantidade de casos de uma mesma doença em uma mesma região - o nível endêmico (endemia) é o que pode caracterizar uma Epidemia, ou seja, o aumento expressivo da quantidade de pessoas acometidas pela doença em um período especificado.

Atualmente, além dos sistemas de registro oficial de eventos mórbidos que caracterizam o fenômeno saúde-doença por autoridades sanitária dos diversos países existem diversos programas de computador que permitem construir e analisar bancos de dados com registros de doenças, óbitos e outros agravos à saúde a exemplo do epiinfo desenvolvido como programa freeware pelo CDC na época do início da pandemia mundial (epidemia de grandes proporções e dispersão multinacional) de SIDA – Síndrome da Imunodeficiência Humana na década de 80 do século XX.

## **Epidemiologia aplicada**

A aplicação ao planejamento de serviços de saúde tem sido o maior uso da epidemiologia, em função dessa aplicação tem-se desenvolvida a legislação e estratégia da Vigilância epidemiológica e organização dos sistemas de informação em saúde no âmbito governamental. No Brasil o Sistema de Vigilância Epidemiológica foi instituído pela lei nº 6.259 de 1975 que articula o Ministério da Saúde à setores específicos das Secretarias Estaduais de Saúde, organizando o sistema nacional de informações de saúde que constitui, hoje, o DATASUS.

Em função da utilização institucional e particularidades do objeto de análise e/ ou compartilhamento de metodologias específicas de análise, podemos destacar ainda: as avaliações de impacto ambiental, ou seja, o aspecto da saúde ambiental e interpretação distinta que os ecologistas dão à exposição, dano ambiental etc.; a epidemiologia genética com suas distinções dos clássicos estudos da frequência de genes mutantes e genética de populações; a epidemiologia molecular com suas distinções da ecotoxicologia e análise dos fenômenos biológicos ao nível atômico ou celular, entre outros.

## Estudando: Enfermagem do Trabalho

### Toxicologia

Toxicidade é a característica de uma molécula química ou composta que produz uma doença, uma vez que alcança um ponto suscetível dentro ou na superfície do corpo.

Perigo toxicológico é a probabilidade de a doença ser causada através da maneira pela qual a substância esteja sendo utilizada.

#### Termos relacionados com a Toxicidade:

**Aguda:** este termo será empregado no senso médico para significar “de curta duração”. Quando aplicado para materiais que podem ser inalados ou absorvidos através da pele, será referido como uma simples exposição de duração medida em segundos, minutos ou horas. Quando aplicado a materiais que são ingeridos, será referido comumente como uma pequena quantidade ou dose.

**Crônica:** este termo será usado em contraste com aguda, e significa de longa duração. Quando aplicado a materiais que podem ser inalados ou absorvidos através da pele, será referido como períodos prolongados ou repetitivos de exposição de duração medida em dias, meses ou anos. Quando aplicado a materiais que são ingeridos, será referido como doses repetitivas com períodos de dias, meses ou anos. O termo “crônico” não se refere ao grau (mais severo) dos sintomas, mas se importará com a implicação de exposições ou doses que podem ser relativamente perigosas, a não ser quando estendidas ou repetidas após longos períodos de tempo (dias, meses ou anos). Neste curso, o termo “crônico” inclui exposições que podem também ser chamadas de “subagudas”, como por exemplo algum ponto entre aguda e crônica.

**Local:** este termo se refere ao ponto de ação de um agente e significa que a ação ocorre no ponto ou área de contato. O ponto pode ser pele, membranas mucosas, membranas dos olhos, nariz, boca, traquéia, ou qualquer parte ao longo dos sistemas respiratório ou gastrointestinal. A absorção não ocorre necessariamente.

**Sistêmico:** este termo se refere a um ponto de ação diferente do ponto de contato e pressupõe que ocorreu absorção. É possível, entretanto, que agentes tóxicos possam ser absorvidos através de canal (pele, pulmões ou canal gastrointestinal) e produzirem manifestações posteriores em um daqueles canais que não são um resultado do contato direto original. Desta maneira é possível para alguns agentes produzir efeitos perigosos em um simples órgão ou tecido como o resultado de ambas as ações “local e sistêmica”.

**Absorção:** diz-se que um material foi absorvido somente quando tenha alcançado entrada no fluxo sanguíneo e conseqüentemente poder ser carregado para todas as partes do corpo. A absorção necessita que a substância passe através da pele, membrana mucosa, ou através dos alvéolos pulmonares (sáculos de ar dos pulmões). Também pode ser se dar através de uma agulha (subcutânea, intravenosa, etc...), mas esta via não é de muita importância em Higiene Industrial.

Uma explanação das classificações de toxicidade é dada nos seguintes parágrafos:

**U (Unknown - Desconhecida):** esta designação se refere a substâncias que se enquadram numa das seguintes categorias:

1. Informações toxicológicas não puderam ser encontradas na literatura e em outras fontes.
2. Informações limitadas baseadas em experimentos com animais estavam disponíveis, mas, na opinião de peritos, estas informações não podem ser aplicadas para exposição humana. Em alguns casos, estas

informações são mencionadas com tal frequência que o leitor poderá saber que algum trabalho experimental foi desenvolvido.

**0 Não tóxico:** esta designação se refere a materiais que se enquadram numa das seguintes categorias:

1. Materiais que não causam risco algum sob qualquer condição de uso.
2. Materiais que produzem efeitos tóxicos em humanos somente sob condições muito fora do comum ou através de dosagem excessivamente alta.

### **1 Levemente tóxico:**

Aguda local. Materiais que, numa única exposição durante segundos, minutos ou horas causam apenas efeitos brandos na pele ou membranas mucosas indiferente da extensão da exposição.

Aguda sistêmica. Materiais que podem ser absorvidos pelo corpo por inalação, ingestão ou através da pele e que produzem somente efeitos brandos seguidos de uma única exposição durante segundos, minutos ou horas; ou seguidos de ingestão de uma única dose, indiferente da quantidade absorvida ou da extensão de exposição.

Crônica local. Materiais que, em exposições contínuas ou repetitivas, estendendo-se durante períodos de dias, meses ou anos, causam apenas danos leves para a pele ou membrana mucosa. A extensão de exposição pode ser grande ou pequena.

Crônica sistêmica. Materiais que podem ser absorvidos pelo corpo por inalação, ingestão ou através da pele e que produzem somente efeitos brandos seguidos de exposições contínuas ou repetitivas durante dias, meses ou anos. A extensão da exposição pode ser grande ou pequena.

Em geral aquelas substâncias classificadas como sendo levemente tóxicas, produzem mudanças no corpo humano que são prontamente reversíveis e que desaparecerão ao término da exposição, com ou sem tratamento médico.

### **2 Moderadamente tóxico:**

Aguda local. Materiais que podem em simples exposição durante segundos, minutos ou horas, causar efeitos moderados na pele ou membranas mucosas. Estes efeitos podem ser o resultado de segundos de exposição intensa ou exposição moderada durante horas.

Aguda sistêmica. Materiais que podem ser absorvidos pelo corpo por inalação, ingestão ou através da pele e que produzem efeitos moderados seguidos de simples exposição durante segundos, minutos ou horas, ou seguidos de ingestão de uma única dose.

Crônica local. Materiais que, em exposições repetitivas ou contínuas, estendendo-se a períodos de dias, meses ou anos, causam danos moderados para a pele ou membranas mucosas.

Crônica sistêmica. Materiais que podem ser absorvidos pelo corpo por inalação, ingestão ou através da pele e que produzem efeitos moderados seguidos de exposição contínua ou repetitiva, estendendo-se por períodos de dias, meses ou anos.

Aquelas substâncias classificadas como sendo moderadamente tóxicas, podem produzir mudanças irreversíveis, bem como reversíveis no corpo humano. Estas mudanças não são tão severas para ameaçarem a vida ou produzirem sérias incapacidades físicas permanentes.

### **3 Severamente tóxico:**

Aguda local. Materiais que, em uma simples exposição durante segundos ou minutos, causam danos à pele ou membranas mucosas de severidade suficiente para ameaçarem a vida ou para causarem danos físicos permanentes ou até desfiguração.

Aguda sistêmica. Materiais que podem ser absorvidos pelo corpo por inalação, ingestão ou através da pele e que podem causar danos de severidade suficiente para ameaçarem a vida, seguido de uma simples exposição durante segundos, minutos ou horas, ou seguido de ingestão de uma simples dose.

Crônica local. Materiais que, em exposições contínuas ou repetitivas, estendendo-se por períodos de dias, meses ou anos, podem causar danos à pele ou membranas mucosas de severidade suficiente para ameaçarem a vida ou para causarem danos físicos permanentes ou até desfiguração (mudanças irreversíveis).

Crônica sistêmica. Materiais que podem ser absorvidos pelo corpo através de inalação, ingestão ou através da pele e que podem causar morte ou sérios danos físicos, seguido de exposições contínuas ou repetitivas a pequenas quantidades durante períodos de dias, meses ou anos.

## Estudando: Enfermagem do Trabalho

### Exames Médicos Admissional e Demissional



O Exame Admissional é um exame médico simples e obrigatório, solicitado pelas empresas antes de firmar a contratação de um funcionário com carteira assinada. O exame médico admissional está previsto no artigo 168 da CLT, o qual diz:

“Será obrigatório exame médico, por conta do empregador, nas condições estabelecidas neste artigo e nas instruções complementares a serem expedidas pelo Ministério do Trabalho: I - na admissão; II - na demissão; III – periodicamente”.

O Exame Admissional é necessário para comprovar o bom estado de saúde físico e mental do novo funcionário para exercer a função a que será destinado. É realizado por um médico com especialização em medicina do trabalho, pois é ele quem identifica doenças ocupacionais.

O exame inicia com uma entrevista sobre doenças ou licenças de empregos anteriores, dando ênfase aos empregos anteriores, bem como possíveis agentes nocivos a que este trabalhador esteve exposto. O médico questiona se o trabalhador sofre alguma doença ou mal estar, mede pressão arterial, batimentos cardíacos etc. Após o exame e a entrevista, o médico emite o Atestado Médico de Capacidade Funcional.

A prática é uma garantia para o empregador e para o empregado porque, se ao longo do tempo de trabalho o empregado adquirir alguma doença em decorrência de suas funções, ele poderá ser indenizado por isso. Para o empregador, o exame admissional é necessário para saber se o candidato ao emprego está apto para exercer as funções que dele serão exigidas, dando maior garantia de que o trabalho será realizado.

É importante lembrar que no exame admissional não são permitidos testes de gravidez, de esterilização e exame de HIV (AIDS), por serem considerados práticas discriminatórias.

#### Exame Demissional

Diferentemente do admissional, o exame demissional é realizado quando do desligamento do trabalhador de suas atividades, visando documentar as condições de saúde do funcionário naquele momento. Ele é necessário para que, futuramente, o trabalhador não alegue que foi demitido com problemas de saúde causados pelo seu trabalho.

O mesmo artigo 168, da CL T, e a Norma Regulamentadora nº 7 (NR-7), item 7.4.1, da Portaria nº 3.214/78, obrigam o empregador a submeter o empregado, por ocasião da demissão, a um exame médico demissional,



desde que o último exame médico periódico tenha sido realizado há mais de:

- 135 dias para as empresas de graus de risco 1 e 2, segundo o quadro I da NR-4;
- 90 dias para as empresas de graus de risco 3 e 4, segundo o quadro I da NR-4.

Esses prazos poderão ser ampliados em mais 135 ou 90 dias, dependendo do grau de risco, em decorrência de negociação coletiva, assistida por profissional indicado de comum acordo entre as partes ou por profissional do órgão regional competente em segurança e saúde no trabalho.

O Atestado de Saúde Ocupacional (ASO) referente ao exame médico demissional é um documento obrigatório para a homologação da rescisão do contrato de trabalho. Sendo assim, a não realização do exame médico demissional pode trazer consequências ao empregador.

É importante que o exame demissional seja feito para deixar claro que na data do desligamento o trabalhador estava apto ao trabalho, gozando de sua plena saúde.

## Estudando: Enfermagem do Trabalho

### Tonometria



A tonometria é um exame realizado aos olhos, com o objetivo de medir a pressão dentro do olho (intra-ocular), com o auxílio de um tonómetro. O aparelho pode ser de não contacto (sopro) ou de aplanação acoplado ao aparelho (lâmpada de fenda).

O aparelho de sopro tem uma zona onde a pessoa apóia o queixo e de seguida o médico alinha o feixe de luz. É enviado um sopro de ar para o olho que permite medir a alteração da luz na córnea durante o sopro.

O de aplanação mede a força que é preciso para achatar determinada zona da córnea. O tonómetro tem uma zona onde a pessoa encaixa a testa e o queixo, e depois o médico ajustada a luz do aparelho até ao olho. O olho é previamente anestesiado com gotas de colírio, de seguida é regulada a tensão do aparelho e executa-se as medições.

Também existe um aparelho de contacto, onde a zona que toca o exterior do olho é parecido a um lápis. Também é colocado anestesia.

## Estudando: Enfermagem do Trabalho

### Bibliografia/Links Recomendados

- BULHOES, I. Enfermagem do trabalho. Rio de Janeiro, 1976. 262p
- CARVALHO, G. M. Enfermagem do trabalho. São Paulo: EPU, 2001.
- HAAG, G.S.; LOPES, M.J.M.; SCHUCK, J.S. (colab). Enfermagem e a saúde dos trabalhadores. 2.ed. Goiânia: AB, 2001.
- ROGERS,B. Enfermagem do trabalho. Rio de Janeiro: Lusociência, 1997.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica de Saúde do Trabalhador. Saúde do trabalhador. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)
- MTE Segurança e Saúde do trabalho. Legislação. Disponível em ([www.mte.gov.br](http://www.mte.gov.br))
- LUCAS, A.J. Processo de enfermagem do trabalho . São Paulo: pátria, 2004.
- MENDES. R. (org.) Patologia do trabalho. Rio de Janeiro: Atheneu. 1999.
- OPPERMANN, C. M.; Pires, L. C. Manual de biossegurança para serviços de saúde. Porto Alegre: PMPA/SMS/CGVS, 2003.
- PESANTES, L. I. M. Atuação do auxiliar de enfermagem do trabalho nas empresas. s.l: Mc Will, s.d. 124p.
- PONJETTO, G. Mapa de riscos ambientais: manual prático. São Paulo: LTR, 2002.

[http://pt.wikipedia.org/wiki/Enfermeiro\\_do\\_trabalho](http://pt.wikipedia.org/wiki/Enfermeiro_do_trabalho)

<http://www.anent.org.br/>

## Estudando: Enfermagem do Trabalho

### Doenças Ocupacionais



A finalidade das campanhas preventivas de segurança do trabalho é fazer com que o empregado tenha consciência da importância do uso dos equipamentos de proteção individual (EPI"s). Busca-se uma consciência prevencionista, pois, além de ser uma indicação técnica, o uso do EPI é uma exigência legal, conforme a Norma Regulamentadora (NR-6), da Portaria 3.214, de 08.06.1978, e configura obrigação tanto para o empregador quanto para o empregado. É sabido que a falta do uso do EPI é muito frequente, o que propicia a ocorrência dos acidentes de trabalho e contribui para as instalações das doenças ocupacionais.

Os casos de doenças ocupacionais vêm aumentando gradativamente na mesma proporção do crescimento industrial, e considerando a extensão do rol dessas doenças cabe destacar três delas que aparecem com maior incidência e por isso são tidas como doenças ocupacionais mais comuns de acordo com as estatísticas, sendo estas: a perda auditiva induzida por ruído (PAIR); a lesão por esforço repetitivo (LER) e as doenças da coluna.

“Entende-se como Perda Auditiva Induzida por Ruído – PAIR, uma alteração dos limiares auditivos, do tipo neurossensorial, decorrente da exposição sistemática a ruído, que tem como características a irreversibilidade e a progressão com o tempo de exposição”.

A PAIR é uma diminuição progressiva auditiva, decorrente da exposição continuada a níveis elevados de pressão sonora. O termo Perdas Auditivas Induzidas por Níveis Elevados de Pressão Sonora é o mais adequado, porém o termo PAIR é mais utilizado e, por isso, mais conhecido.

As principais características desta moléstia é: ser sempre neurossensorial, por comprometer as células de órgão de Córti; ser quase sempre bilateral, por atingir ouvidos direito e esquerdo, com perdas semelhantes e,

uma vez instalada, irreversível; por atingir a cóclea, o trabalhador pode atingir intolerância a sons mais intensos.

O diagnóstico de PAIR pretende a identificação, qualificação e a quantificação da perda auditiva, é necessário constatar que o trabalhador foi exposto a níveis elevados de pressão sonora de intensidade maior que 85dc, durante oito horas diárias, por vários anos. Cabe destacar que, os danos causados à saúde do trabalhador transcendem a função auditiva, atingindo também os sistemas circulatório, nervoso, etc.

“Apresentam-se como medidas de controle e conservação auditiva, o reposicionamento do trabalhador em relação à fonte de ruído, ou mudança de função, a redução da jornada de trabalho e o aumento do número de pausas no trabalho e/ou de duração das mesmas.”

“As Lesões por Esforços Repetitivos – LER - são enfermidades que podem acometer tendões, articulações, músculos, nervos, ligamentos, isolada ou associadamente, com ou sem degeneração dos tecidos, atingindo na maioria das vezes os membros superiores, região escapular, do pescoço, pelo uso repetido ou forçado de grupos musculares e postura inadequada”.

**Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho – DORT ou LER** são definidos como síndromes clínicas, apresentam dor crônica acompanhada ou não por modificações objetivas, e resultam do trabalho exercido. A expressão LER é genérica, o médico ao diagnosticar deve especificar qual é o tipo de lesão, pois como refere-se a várias patologias, torna-se mais difícil determinar o tempo que leva para uma lesão persistente passar a ser considerada crônica.

As LERs foram reconhecidas como doença do trabalho em 1987, por meio da Portaria n. 4.062, do Ministério da Previdência Social, e detêm o primeiro lugar das doenças ocupacionais notificadas à Previdência Social.

Estas espécies de moléstias vêm atingindo grande parte da população operária, deixando de ser exclusividade dos digitadores, como se entendia até pouco tempo, hoje há ocorrência em diversos trabalhadores de outros ramos de atividade, como por exemplo, as telefonistas, metalúrgicos, operadores de linha de montagem, entre outros.

### **Protocolos de procedimentos médicos-periciais em doenças profissionais e do trabalho**

A doença profissional ou do trabalho será caracterizada quando diagnosticada a intoxicação ou afecção, se verifica que o empregado exerce atividade que o expõe ao respectivo agente patogênico, mediante nexo de causa a ser estabelecido conforme disposto nos manuais de procedimentos médico-periciais em doenças profissionais e do trabalho, levando-se em consideração a correlação entre a doença e a atividade exercida pelo segurado.

O atual quadro cobre 188 doenças que podem estar relacionadas ao trabalho, distribuídas em 14 grandes capítulos, a saber:

1. Doenças infecciosas e parasitárias (tuberculose, carbúnculo, brucelose, leptospirose, tétano, psitacose/ornitose - doença dos tratadores de aves, dengue - dengue clássico, febre amarela, hepatite viral, doenças pelo vírus da imunodeficiência humana, dermatofitose e outras micoses, candidíase da pele e das unhas, paracoccidiodomicose - blastomicose sul americana e brasileira/doença de lutz, malária, leishmaniose cutânea e cutâneo-mucosa);

2. Neoplasias / tumores (neoplasia maligna de : estômago, pâncreas, cavidade nasal, seios da face, laringe, brônquios e pulmões, ossos - inclui sarcoma ósseo e, de bexiga; angiossarcoma do fígado; epiteliomas malignos - outras neoplasias malignas de pele; mesotelioma - da pleura, do peritônio ou do pericárdio; leucemias).

3. Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos ( síndrome mielodisplásicas; outras anemias devido a transtornos enzimáticos; anemia hemolítica adquirida; anemia aplástica : devida a outros agentes externos e,

não especificadas; anemia sideroblástica secundária a toxinas; púrpura e outras afecções hemorrágicas; agranulocitose - neutropenia tóxica; outros transtornos especificados dos glóbulos brancos - leucocitose, reação leucemóide; metemoglobinemia adquirida).

4. Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (hipotireoidismo a substâncias exógenas; outras porfirias).

5. Transtornos mentais e do comportamento (demência em outras doenças específicas classificadas em outros locais; delirium não sobreposto à demência; transtorno - cognitivo leve, orgânico de personalidade, mental orgânico ou sintomático não especificado; alcoolismo crônico; episódios depressivos; estado de "stress" pós-traumático; neurastenia - inclui a síndrome da fadiga; outros transtornos neuróticos especificados - inclui a "neurose profissional"; transtorno do ciclo vigília-sono devido a fatores não orgânicos; sensação de estar acabado - "síndrome de burn-out" e do esgotamento profissional).

6. Doenças do sistema nervoso ( ataxia cerebelar; parkinsonismo secundário devido a outros agentes externos; outras formas especificadas de tremor; transtornos : extrapiramidais do movimento não especificados, do nervo trigêmio, do nervo olfatório, do plexo braquial - síndrome : da saída do tórax, do desfiladeiro torácico; distúrbios do ciclo vigília-sono; mononeuropatias dos membros superiores - síndrome : do túnel do carpo, do pronador redondo, do canal de guyon, do túnel cubital; lesão do nervo ulnar e do nervo radial; outras mononeuropatias dos membros superiores -compressão do nervo supraescapular e, dos membros inferiores - lesão do nervo poplíteo lateral; polineuropatia : devida a outros agentes tóxicos e induzida pela radiação; encefalopatia tóxica aguda e crônica).

7. Doenças do olho e anexos (blefarite; conjuntivite; ceratite e ceratoconjuntivite; catarata; inflamação coriorretiniana; neurite óptica; distúrbios visuais subjetivos).

8. Doenças do ouvido (otite média não supurativa - barotrauma do ouvido médio; perfuração da membrana do tímpano; outras vertigens periféricas; labirintite; perda de audição induzida pelo barulho e trauma acústico; perda de audição ototóxica; otalgia e secreção auditiva; outras percepções auditivas anormais : alteração temporária do limiar auditivo, comprometimento da discriminação auditiva e hiperacusia; outros transtornos especificados; otite barotraumática - barotrauma de ouvido externo e de ouvido interno; sinusite barotraumática / barotrauma sinusal; sinusite barotraumática / barotrauma sinusal; síndrome devida ao deslocamento de ar de uma explosão).

9. Doenças do sistema circulatório (hipertensão arterial e doença renal hipertensiva ou nefrosclerose; angina pectoris; infarto agudo do miocárdio; cor pulmonal e crônico ou doença cardiopulmonar; placas epicárdicas e/ou pericárdicas; parada cardíaca; arritmias cardíacas; aterosclerose e doença aterosclerótica do coração; síndrome de raynaud; acrocianose e acroparestesia).

10. Doenças do aparelho respiratório (faringite aguda; laringotraqueíte aguda; rinite alérgica; sinusite crônica; ulceração ou necrose do septo nasal e perfuração do septo nasal; laringo traqueíte crônica; outras doenças pulmonares obstrutivas : crônicas - asma obstrutiva, bronquite crônica asmática, bronquite obstrutiva crônica; doença pulmonar obstrutiva crônica; asma ocupacional; pneumoconiose dos trabalhadores do carvão; asbestose; silicose; pneumoconiose devida a outras poeiras inorgânicas : beriliose, siderose,estanhose, pneumoconiose devida a outras poeiras inorgânicas especificadas; pneumoconiose associada a tuberculose; doenças das vias aéreas devidas a outras poeiras orgânicas específicas; pneumonite de hipersensibilidade devida a poeiras orgânicas; pulmão do: fazendeiro, criador de pássaros, malte, que trabalha com cogumelos; bagaçose; suberose; doença pulmonar devida a sistema de ar condicionado e de umidificação do ar; afecções respiratórias devidas a inalação de produtos químicos, gases, fumaças e vapores – bronquite e pneumonite, edema pulmonar, síndrome da disfunção reativa das vias aéreas, afecções respiratórias crônicas; manifestações pulmonares devidas a radiação ionizante : pneumonite por irradiação, fibrose pulmonar consequente a radiação; derrame pleural e placas pleurais; enfisema intersticial; transtornos respiratórios em outras doenças sistêmicas do tecido conjuntivo classificadas em outra parte: síndrome de caplan).

11. Doenças do aparelho digestivo (erosão dentária; alterações pós-eruptivas da cor dos tecidos dos dentes; gengivite crônica; gastroenterite e colite tóxicas; cólica do chumbo; doença hepática tóxica; hipertensão portal).

12. Doenças da pele e do tecido subcutâneo (dermatoses pápulo-pustulosas e suas complicações infecciosas; dermatites alérgicas de contato; dermatites de contato por irritantes; urticária; queimadura solar; outras alterações agudas de pele devidas a radiação ultravioleta – urticária solar, dermatite por fotocontato, outras alterações específicas e não específicas; alterações da pele devidas a exposição crônica à radiação não ionizante – ceratose actínica, dermatite solar, pele do agricultor e do marinhaio; radio dermatite aguda, crônica e não especificada; outras formas de : acne – cloracne, cistos foliculares da pele e do tecido subcutâneo – elainoconiose folicular ou dermatite folicular; outras formas de hiperpigmentação pela melenina – melanodermia; leucodermia não classificada em outra parte; porfiria cutânea tardia; ceratose adquirida – ceratodermia palmar e plantar; úlcera crônica da pele; geladuras – “frosbite”).

13. Doenças ósteomusculares e do tecido conjuntivo (artrite reumatóide associada a pneumoconiose dos trabalhadores do carvão; gota induzida pelo chumbo; outras artroses; dor articular; síndrome cervicobraquial; dorsalgia; sinovite e tenossinovite; transtornos dos tecidos moles; fibromatose de fáscia palmar; lesões do ombro; outras entesopatias; mialgia; osteomalácia do adulto; fluorose do esqueleto; osteonecrose; osteólise ou acro-osteólise de falanges distais de quirodáctilos; osteonecrose no “mal dos caixões”; doença de kienböck do adulto).

14. Doenças do sistema gênito-urinário (síndrome nefrítica aguda; doença glomerular crônica; nefropatia induzida por metais pesados; insuficiência renal aguda e crônica; cistite aguda; infertilidade masculina).

## Estudando: Enfermagem do Trabalho

### História da Enfermagem no Brasil

A organização da Enfermagem na Sociedade Brasileira começa no período colonial e vai até o final do século XIX. A profissão surge como uma simples prestação de cuidados aos doentes, realizada por um grupo formado, na sua maioria, por escravos, que nesta época trabalhavam nos domicílios. Desde o princípio da colonização foi incluída a abertura das Casas de Misericórdia, que tiveram origem em Portugal.

A primeira Casa de Misericórdia foi fundada na Vila de Santos, em 1543. Em seguida, ainda no século XVI, surgiram as do Rio de Janeiro, Vitória, Olinda e Ilhéus. Mais tarde Porto Alegre e Curitiba, esta inaugurada em 1880, com a presença de D. Pedro II e Dona Tereza Cristina.

No que diz respeito à saúde do povo brasileiro, merece destaque o trabalho do Padre José de Anchieta. Ele não se limitou ao ensino de ciências e catequeses. Foi além.

Atendia aos necessitados, exercendo atividades de médico e enfermeiro. Em seus escritos encontramos estudos de valor sobre o Brasil, seus primitivos habitantes, clima e as doenças mais comuns. A terapêutica empregada era à base de ervas medicinais minuciosamente descritas. Supõe-se que os Jesuítas faziam a supervisão do serviço que era prestado por pessoas treinadas por eles. Não há registro a respeito.

Outra figura de destaque é Frei Fabiano Cristo, que durante 40 anos exerceu atividades de enfermeiro no Convento de Santo Antônio do Rio de Janeiro (Séc. XVIII). Os escravos tiveram papel relevante, pois auxiliavam os religiosos no cuidado aos doentes.

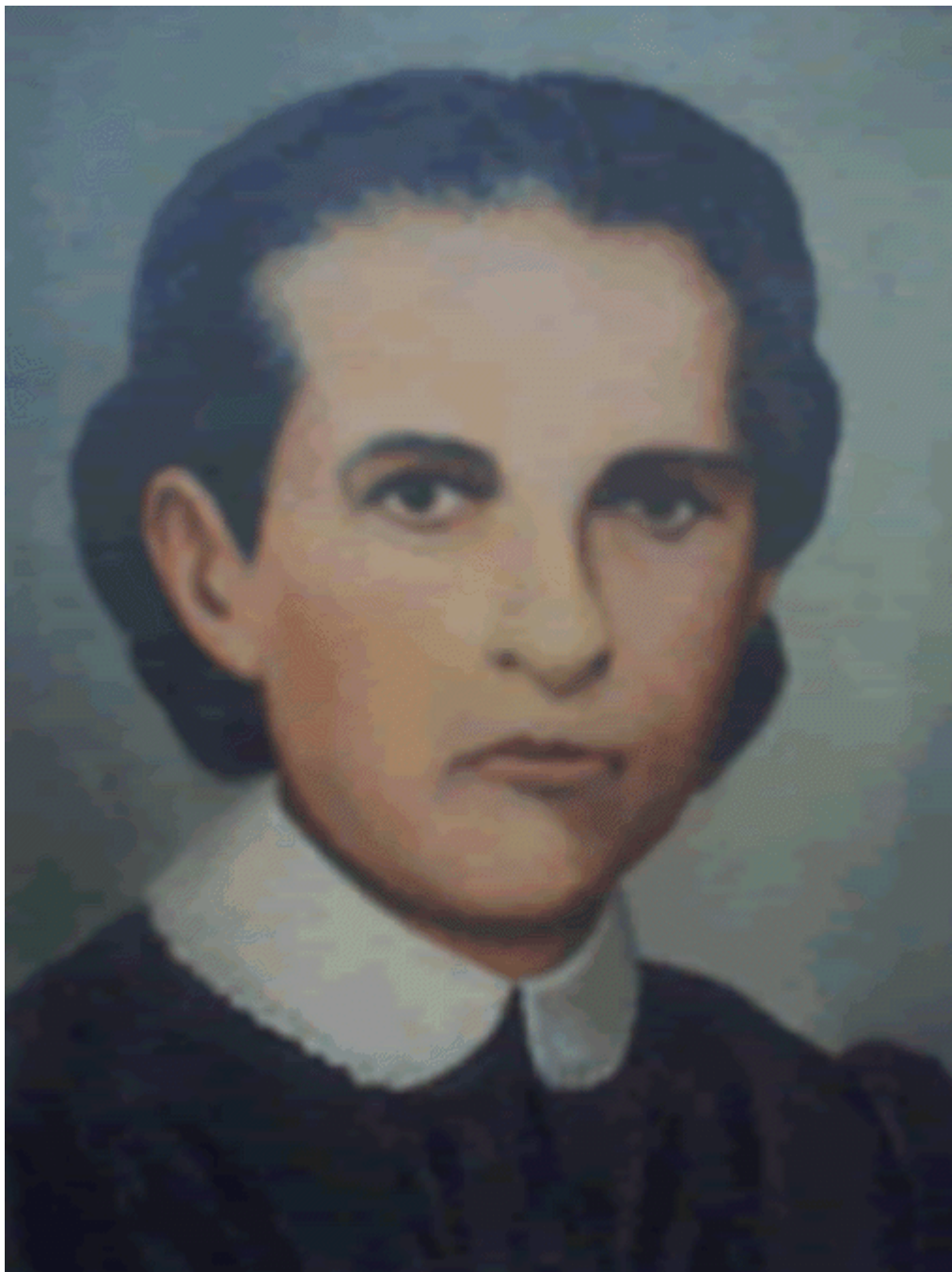
Em 1738, Romão de Matos Duarte consegue fundar no Rio de Janeiro a Casa dos Expostos. Somente em 1822, o Brasil tomou as primeiras medidas de proteção à maternidade que se conhecem na legislação mundial, graças a atuação de José Bonifácio Andrade e Silva. A primeira sala de partos funcionava na Casa dos Expostos em 1822.

Em 1832 organizou-se o ensino médico e foi criada a Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. A escola de parteiras da Faculdade de Medicina diplomou no ano seguinte a célebre Madame Durocher, a primeira parteira formada no Brasil.

No começo do século XX, grande número de teses médicas foram apresentadas sobre Higiene Infantil e Escolar, demonstrando os resultados obtidos e abrindo horizontes e novas realizações. Esse progresso da medicina, entretanto, não teve influência imediata sobre a Enfermagem. Assim sendo, na enfermagem brasileira do tempo do Império, raros nomes de destacaram e, entre eles, merece especial menção o de Anna Nery.

**Anna Nery**





Aos 13 de dezembro de 1814, nasceu Ana Justina Ferreira, na Cidade de Cachoeira, na Província da Bahia. Casou-se com Isidoro Antonio Nery, enviuvando aos 30 anos. Seus dois filhos, um médico militar e um oficial do exército, são convocados a servir a Pátria durante a Guerra do Paraguai (1864-1870), sob a presidência de Solano Lopes. O mais jovem, aluno do 6º ano de Medicina, oferece seus serviços médicos em prol dos brasileiros.

Anna Nery não resiste à separação da família e escreve ao Presidente da Província, colocando-se à disposição de sua Pátria. Em 15 de agosto parte para os campos de batalha, onde dois de seus irmãos também lutavam. Improvisa hospitais e não mede esforços no atendimento aos feridos.

Após cinco anos, retorna ao Brasil, é acolhida com carinho e louvor, recebe uma coroa de louros e Victor Meireles pinta sua imagem, que é colocada no edifício do Paço Municipal.

O governo imperial lhe concede uma pensão, além de medalhas humanitárias e de campanha.

Faleceu no Rio de Janeiro a 20 de maio de 1880.

A primeira Escola de Enfermagem fundada no Brasil recebeu o seu nome. Anna Nery que, como Florence Nightingale, rompeu com os preconceitos da época que faziam da mulher prisioneira do lar.

"A enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, como a obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus. É uma das artes; poder-se-ia dizer, a mais bela das artes."

## Estudando: Enfermagem do Trabalho

### Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem

#### RESOLUÇÃO COFEN Nº 564/2017

*Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.*

O Conselho Federal de Enfermagem – Cofen, no uso das atribuições que lhe são conferidas pela Lei nº 5.905, de 12 de julho de 1973, e pelo Regimento da Autarquia, aprovado pela Resolução Cofen nº 421, de 15 de fevereiro de 2012, e

**CONSIDERANDO** que nos termos do inciso III do artigo 8º da Lei 5.905, de 12 de julho de 1973, compete ao Cofen elaborar o Código de Deontologia de Enfermagem e alterá-lo, quando necessário, ouvidos os Conselhos Regionais;

**CONSIDERANDO** que o Código de Deontologia de Enfermagem deve submeter-se aos dispositivos constitucionais vigentes;

**CONSIDERANDO** a Declaração Universal dos Direitos Humanos, promulgada pela Assembleia Geral das Nações Unidas (1948) e adotada pela Convenção de Genebra (1949), cujos postulados estão contidos no Código de Ética do Conselho Internacional de Enfermeiras (1953, revisado em 2012);

**CONSIDERANDO** a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (2005);

**CONSIDERANDO** o Código de Deontologia de Enfermagem do Conselho Federal de Enfermagem (1976), o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (1993, reformulado em 2000 e 2007), as normas nacionais de pesquisa (Resolução do Conselho Nacional de Saúde – CNS nº 196/1996), revisadas pela Resolução nº 466/2012, e as normas internacionais sobre pesquisa envolvendo seres humanos;

**CONSIDERANDO** a proposta de Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, consolidada na 1ª Conferência Nacional de Ética na Enfermagem – 1ª CONEENF, ocorrida no período de 07 a 09 de junho de 2017, em Brasília – DF, realizada pelo Conselho Federal de Enfermagem e Coordenada pela Comissão Nacional de Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, instituída pela Portaria Cofen nº 1.351/2016;

**CONSIDERANDO** a Lei nº 11.340, de 07 de agosto de 2006 (Lei Maria da Penha) que cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal e a Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003, que estabelece a notificação compulsória, no território nacional, nos casos de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos e privados;

**CONSIDERANDO** a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente;

**CONSIDERANDO** a Lei nº. 10.741, de 01 de outubro de 2003, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso;

**CONSIDERANDO** a Lei nº. 10.216, de 06 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental;

**CONSIDERANDO** a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes;

**CONSIDERANDO** as sugestões apresentadas na Assembleia Extraordinária de Presidentes dos Conselhos Regionais de Enfermagem, ocorrida na sede do Cofen, em Brasília, Distrito Federal, no dia 18 de julho de 2017, e

**CONSIDERANDO** a deliberação do Plenário do Conselho Federal de Enfermagem em sua 491ª Reunião Ordinária,

**RESOLVE:**

**Art. 1º** Aprovar o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, conforme o anexo desta Resolução, para observância e respeito dos profissionais de Enfermagem, que poderá ser consultado através do sítio de internet do Cofen ([www.cofen.gov.br](http://www.cofen.gov.br)).

**Art. 2º** Este Código aplica-se aos Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem, Auxiliares de Enfermagem, Obstetrizes e Parteiras, bem como aos atendentes de Enfermagem.

**Art. 3º** Os casos omissos serão resolvidos pelo Conselho Federal de Enfermagem.

**Art. 4º** Este Código poderá ser alterado pelo Conselho Federal de Enfermagem, por proposta de 2/3 dos Conselheiros Efetivos do Conselho Federal ou mediante proposta de 2/3 dos Conselhos Regionais.

**Parágrafo Único.** A alteração referida deve ser precedida de ampla discussão com a categoria, coordenada pelos Conselhos Regionais, sob a coordenação geral do Conselho Federal de Enfermagem, em formato de Conferência Nacional, precedida de Conferências Regionais.

**Art. 5º** A presente Resolução entrará em vigor 120 (cento e vinte) dias a partir da data de sua publicação no Diário Oficial da União, revogando-se as disposições em contrário, em especial a Resolução Cofen nº 311/2007, de 08 de fevereiro de 2007.

Brasília, 6 de novembro de 2017.

**MANOEL CARLOS N. DA SILVA**

COREN-RO Nº 63592

Presidente

**MARIA R. F. B. SAMPAIO**

COREN-PI Nº 19084

Primeira-Secretária

**ANEXO DA RESOLUÇÃO COFEN Nº 0564/2017**

**PREÂMBULO**

O Conselho Federal de Enfermagem, ao revisar o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem – CEPE, norteou-se por princípios fundamentais, que representam imperativos para a conduta profissional e consideram que a Enfermagem é uma ciência, arte e uma prática social, indispensável à organização e ao funcionamento dos serviços de saúde; tem como responsabilidades a promoção e a restauração da saúde, a prevenção de agravos e doenças e o alívio do sofrimento; proporciona cuidados à pessoa, à família e à coletividade; organiza suas ações e intervenções de modo autônomo, ou em colaboração com outros profissionais da área; tem direito a remuneração justa e a condições adequadas de trabalho, que possibilitem um cuidado profissional seguro e livre de danos. Sobretudo, esses princípios fundamentais reafirmam que o respeito aos direitos humanos é inerente ao exercício da profissão, o que inclui os direitos da pessoa à vida, à saúde, à liberdade, à igualdade, à segurança pessoal, à livre escolha, à dignidade e a ser tratada sem distinção de classe social, geração, etnia, cor, crença religiosa, cultura, incapacidade, deficiência, doença, identidade de gênero, orientação sexual, nacionalidade, convicção política, raça ou condição social.

Inspirado nesse conjunto de princípios é que o Conselho Federal de Enfermagem, no uso das atribuições que lhe são conferidas pelo Art. 8º, inciso III, da Lei nº 5.905, de 12 de julho de 1973, aprova e edita esta nova revisão do CEPE, exortando os profissionais de Enfermagem à sua fiel observância e cumprimento.

## **PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS**

A Enfermagem é comprometida com a produção e gestão do cuidado prestado nos diferentes contextos socioambientais e culturais em resposta às necessidades da pessoa, família e coletividade.

O profissional de Enfermagem atua com autonomia e em consonância com os preceitos éticos e legais, técnico-científico e teórico-filosófico; exerce suas atividades com competência para promoção do ser humano na sua integralidade, de acordo com os Princípios da Ética e da Bioética, e participa como integrante da equipe de Enfermagem e de saúde na defesa das Políticas Públicas, com ênfase nas políticas de saúde que garantam a universalidade de acesso, integralidade da assistência, resolutividade, preservação da autonomia das pessoas, participação da comunidade, hierarquização e descentralização político-administrativa dos serviços de saúde.

O cuidado da Enfermagem se fundamenta no conhecimento próprio da profissão e nas ciências humanas, sociais e aplicadas e é executado pelos profissionais na prática social e cotidiana de assistir, gerenciar, ensinar, educar e pesquisar.

## **CAPÍTULO I – DOS DIREITOS**

**Art. 1º** Exercer a Enfermagem com liberdade, segurança técnica, científica e ambiental, autonomia, e ser tratado sem discriminação de qualquer natureza, segundo os princípios e pressupostos legais, éticos e dos direitos humanos.

**Art. 2º** Exercer atividades em locais de trabalho livre de riscos e danos e violências física e psicológica à saúde do trabalhador, em respeito à dignidade humana e à proteção dos direitos dos profissionais de enfermagem.

**Art. 3º** Apoiar e/ou participar de movimentos de defesa da dignidade profissional, do exercício da cidadania e das reivindicações por melhores condições de assistência, trabalho e remuneração, observados os parâmetros e limites da legislação vigente.

**Art. 4º** Participar da prática multiprofissional, interdisciplinar e transdisciplinar com responsabilidade, autonomia e liberdade, observando os preceitos éticos e legais da profissão.

**Art. 5º** Associar-se, exercer cargos e participar de Organizações da Categoria e Órgãos de Fiscalização do Exercício Profissional, atendidos os requisitos legais.

**Art. 6º** Aprimorar seus conhecimentos técnico-científicos, ético-políticos, socioeducativos, históricos e culturais que dão sustentação à prática profissional.

**Art. 7º** Ter acesso às informações relacionadas à pessoa, família e coletividade, necessárias ao exercício profissional.

**Art. 8º** Requerer ao Conselho Regional de Enfermagem, de forma fundamentada, medidas cabíveis para obtenção de desagravo público em decorrência de ofensa sofrida no exercício profissional ou que atinja a profissão.

**Art. 9º** Recorrer ao Conselho Regional de Enfermagem, de forma fundamentada, quando impedido de cumprir o presente Código, a Legislação do Exercício Profissional e as Resoluções, Decisões e Pareceres Normativos emanados pelo Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem.

**Art. 10º** Ter acesso, pelos meios de informação disponíveis, às diretrizes políticas, normativas e protocolos institucionais, bem como participar de sua elaboração.

**Art. 11** Formar e participar da Comissão de Ética de Enfermagem, bem como de comissões interdisciplinares da instituição em que trabalha.

**Art. 12** Abster-se de revelar informações confidenciais de que tenha conhecimento em razão de seu exercício profissional.

**Art. 13** Suspender as atividades, individuais ou coletivas, quando o local de trabalho não oferecer condições seguras para o exercício profissional e/ou desrespeitar a legislação vigente, ressalvadas as situações de urgência e emergência, devendo formalizar imediatamente sua decisão por escrito e/ou por meio de correio eletrônico à instituição e ao Conselho Regional de Enfermagem.

**Art. 14** Aplicar o processo de Enfermagem como instrumento metodológico para planejar, implementar, avaliar e documentar o cuidado à pessoa, família e coletividade.

**Art. 15** Exercer cargos de direção, gestão e coordenação, no âmbito da saúde ou de qualquer área direta ou indiretamente relacionada ao exercício profissional da Enfermagem.

**Art. 16** Conhecer as atividades de ensino, pesquisa e extensão que envolvam pessoas e/ou local de trabalho sob sua responsabilidade profissional.

**Art. 17** Realizar e participar de atividades de ensino, pesquisa e extensão, respeitando a legislação vigente.

**Art. 18** Ter reconhecida sua autoria ou participação em pesquisa, extensão e produção técnico-científica.

**Art. 19** Utilizar-se de veículos de comunicação, mídias sociais e meios eletrônicos para conceder entrevistas, ministrar cursos, palestras, conferências, sobre assuntos de sua competência e/ou divulgar eventos com finalidade educativa e de interesse social.

**Art. 20** Anunciar a prestação de serviços para os quais detenha habilidades e competências técnico-científicas e legais.

**Art. 21** Negar-se a ser filmado, fotografado e exposto em mídias sociais durante o desempenho de suas atividades profissionais.

**Art. 22** Recusar-se a executar atividades que não sejam de sua competência técnica, científica, ética e legal ou que não ofereçam segurança ao profissional, à pessoa, à família e à coletividade.

**Art. 23** Requerer junto ao gestor a quebra de vínculo da relação profissional/usuários quando houver risco à sua integridade física e moral, comunicando ao Coren e assegurando a continuidade da assistência de Enfermagem.

## **CAPÍTULO II – DOS DEVERES**

**Art. 24** Exercer a profissão com justiça, compromisso, equidade, resolutividade, dignidade, competência, responsabilidade, honestidade e lealdade.

**Art. 25** Fundamentar suas relações no direito, na prudência, no respeito, na solidariedade e na diversidade de opinião e posição ideológica.

**Art. 26** Conhecer, cumprir e fazer cumprir o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e demais normativos do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem.

**Art. 27** Incentivar e apoiar a participação dos profissionais de Enfermagem no desempenho de atividades em organizações da categoria.

**Art. 28** Comunicar formalmente ao Conselho Regional de Enfermagem e aos órgãos competentes fatos que infrinjam dispositivos éticos-legais e que possam prejudicar o exercício profissional e a segurança à saúde da pessoa, família e coletividade.

**Art. 29** Comunicar formalmente, ao Conselho Regional de Enfermagem, fatos que envolvam recusa e/ou demissão de cargo, função ou emprego, motivado pela necessidade do profissional em cumprir o presente Código e a legislação do exercício profissional.

**Art. 30** Cumprir, no prazo estabelecido, determinações, notificações, citações, convocações e intimações do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem.

**Art. 31** Colaborar com o processo de fiscalização do exercício profissional e prestar informações fidedignas, permitindo o acesso a documentos e a área física institucional.

**Art. 32** Manter inscrição no Conselho Regional de Enfermagem, com jurisdição na área onde ocorrer o exercício profissional.

**Art. 33** Manter os dados cadastrais atualizados junto ao Conselho Regional de Enfermagem de sua jurisdição.

**Art. 34** Manter regularizadas as obrigações financeiras junto ao Conselho Regional de Enfermagem de sua jurisdição.

**Art. 35** Apor nome completo e/ou nome social, ambos legíveis, número e categoria de inscrição no Conselho Regional de Enfermagem, assinatura ou rubrica nos documentos, quando no exercício profissional.

**§ 1º** É facultado o uso do carimbo, com nome completo, número e categoria de inscrição no Coren, devendo constar a assinatura ou rubrica do profissional.

**§ 2º** Quando se tratar de prontuário eletrônico, a assinatura deverá ser certificada, conforme legislação vigente.

**Art. 36** Registrar no prontuário e em outros documentos as informações inerentes e indispensáveis ao processo de cuidar de forma clara, objetiva, cronológica, legível, completa e sem rasuras.

**Art. 37** Documentar formalmente as etapas do processo de Enfermagem, em consonância com sua competência legal.

**Art. 38** Prestar informações escritas e/ou verbais, completas e fidedignas, necessárias à continuidade da assistência e segurança do paciente.

**Art. 39** Esclarecer à pessoa, família e coletividade, a respeito dos direitos, riscos, benefícios e intercorrências acerca da assistência de Enfermagem.

**Art. 40** Orientar à pessoa e família sobre preparo, benefícios, riscos e consequências decorrentes de exames e de outros procedimentos, respeitando o direito de recusa da pessoa ou de seu representante legal.

**Art. 41** Prestar assistência de Enfermagem sem discriminação de qualquer natureza.

**Art. 42** Respeitar o direito do exercício da autonomia da pessoa ou de seu representante legal na tomada de decisão, livre e esclarecida, sobre sua saúde, segurança, tratamento, conforto, bem-estar, realizando ações necessárias, de acordo com os princípios éticos e legais.

**Parágrafo único.** Respeitar as diretivas antecipadas da pessoa no que concerne às decisões sobre cuidados e tratamentos que deseja ou não receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, suas vontades.

**Art. 43** Respeitar o pudor, a privacidade e a intimidade da pessoa, em todo seu ciclo vital e nas situações de morte e pós-morte.

**Art. 44** Prestar assistência de Enfermagem em condições que ofereçam segurança, mesmo em caso de suspensão das atividades profissionais decorrentes de movimentos reivindicatórios da categoria.

**Parágrafo único.** Será respeitado o direito de greve e, nos casos de movimentos reivindicatórios da categoria, deverão ser prestados os cuidados mínimos que garantam uma assistência segura, conforme a complexidade do paciente.

**Art. 45** Prestar assistência de Enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência.

**Art. 46** Recusar-se a executar prescrição de Enfermagem e Médica na qual não constem assinatura e número de registro do profissional prescritor, exceto em situação de urgência e emergência.

**§ 1º** O profissional de Enfermagem deverá recusar-se a executar prescrição de Enfermagem e Médica em caso de identificação de erro e/ou ilegitimidade da mesma, devendo esclarecer com o prescritor ou outro profissional, registrando no prontuário.

**§ 2º** É vedado ao profissional de Enfermagem o cumprimento de prescrição à distância, exceto em casos de urgência e emergência e regulação, conforme Resolução vigente.

**Art. 47** Posicionar-se contra, e denunciar aos órgãos competentes, ações e procedimentos de membros da equipe de saúde, quando houver risco de danos decorrentes de imperícia, negligência e imprudência ao paciente, visando a proteção da pessoa, família e coletividade.

**Art. 48** Prestar assistência de Enfermagem promovendo a qualidade de vida à pessoa e família no processo do nascer, viver, morrer e luto.

**Parágrafo único.** Nos casos de doenças graves incuráveis e terminais com risco iminente de morte, em consonância com a equipe multiprofissional, oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis para assegurar o conforto físico, psíquico, social e espiritual, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal.

**Art. 49** Disponibilizar assistência de Enfermagem à coletividade em casos de emergência, epidemia, catástrofe e desastre, sem pleitear vantagens pessoais, quando convocado.

**Art. 50** Assegurar a prática profissional mediante consentimento prévio do paciente, representante ou responsável legal, ou decisão judicial.

**Parágrafo único.** Ficam resguardados os casos em que não haja capacidade de decisão por parte da pessoa, ou na ausência do representante ou responsável legal.

**Art. 51** Responsabilizar-se por falta cometida em suas atividades profissionais, independentemente de ter sido praticada individual ou em equipe, por imperícia, imprudência ou negligência, desde que tenha participação e/ou conhecimento prévio do fato.

**Parágrafo único.** Quando a falta for praticada em equipe, a responsabilidade será atribuída na medida do(s) ato(s) praticado(s) individualmente.

**Art. 52** Manter sigilo sobre fato de que tenha conhecimento em razão da atividade profissional, exceto nos casos previstos na legislação ou por determinação judicial, ou com o consentimento escrito da pessoa envolvida ou de seu representante ou responsável legal.

**§ 1º** Permanece o dever mesmo quando o fato seja de conhecimento público e em caso de falecimento da pessoa envolvida.

**§ 2º** O fato sigiloso deverá ser revelado em situações de ameaça à vida e à dignidade, na defesa própria ou em atividade multiprofissional, quando necessário à prestação da assistência.

**§ 3º** O profissional de Enfermagem intimado como testemunha deverá comparecer perante a autoridade e, se for o caso, declarar suas razões éticas para manutenção do sigilo profissional.



**§ 4º** É obrigatória a comunicação externa, para os órgãos de responsabilização criminal, independentemente de autorização, de casos de violência contra: crianças e adolescentes; idosos; e pessoas incapacitadas ou sem condições de firmar consentimento.

**§ 5º** A comunicação externa para os órgãos de responsabilização criminal em casos de violência doméstica e familiar contra mulher adulta e capaz será devida, independentemente de autorização, em caso de risco à comunidade ou à vítima, a juízo do profissional e com conhecimento prévio da vítima ou do seu responsável.

**Art. 53** Resguardar os preceitos éticos e legais da profissão quanto ao conteúdo e imagem veiculados nos diferentes meios de comunicação e publicidade.

**Art. 54** Estimular e apoiar a qualificação e o aperfeiçoamento técnico-científico, ético-político, socioeducativo e cultural dos profissionais de Enfermagem sob sua supervisão e coordenação.

**Art. 55** Aprimorar os conhecimentos técnico-científicos, ético-políticos, socioeducativos e culturais, em benefício da pessoa, família e coletividade e do desenvolvimento da profissão.

**Art. 56** Estimular, apoiar, colaborar e promover o desenvolvimento de atividades de ensino, pesquisa e extensão, devidamente aprovados nas instâncias deliberativas.

**Art. 57** Cumprir a legislação vigente para a pesquisa envolvendo seres humanos.

**Art. 58** Respeitar os princípios éticos e os direitos autorais no processo de pesquisa, em todas as etapas.

**Art. 59** Somente aceitar encargos ou atribuições quando se julgar técnica, científica e legalmente apto para o desempenho seguro para si e para outrem.

**Art. 60** Respeitar, no exercício da profissão, a legislação vigente relativa à preservação do meio ambiente no gerenciamento de resíduos de serviços de saúde.

### **CAPÍTULO III – DAS PROIBIÇÕES**

**Art. 61** Executar e/ou determinar atos contrários ao Código de Ética e à legislação que disciplina o exercício da Enfermagem.

**Art. 62** Executar atividades que não sejam de sua competência técnica, científica, ética e legal ou que não ofereçam segurança ao profissional, à pessoa, à família e à coletividade.

**Art. 63** Colaborar ou acumpliciar-se com pessoas físicas ou jurídicas que desrespeitem a legislação e princípios que disciplinam o exercício profissional de Enfermagem.

**Art. 64** Provocar, cooperar, ser conivente ou omissa diante de qualquer forma ou tipo de violência contra a pessoa, família e coletividade, quando no exercício da profissão.

**Art. 65** Aceitar cargo, função ou emprego vago em decorrência de fatos que envolvam recusa ou demissão motivada pela necessidade do profissional em cumprir o presente código e a legislação do exercício profissional; bem como pleitear cargo, função ou emprego ocupado por colega, utilizando-se de concorrência desleal.

**Art. 66** Permitir que seu nome conste no quadro de pessoal de qualquer instituição ou estabelecimento congênere, quando, nestas, não exercer funções de enfermagem estabelecidas na legislação.

**Art. 67** Receber vantagens de instituição, empresa, pessoa, família e coletividade, além do que lhe é devido, como forma de garantir assistência de Enfermagem diferenciada ou benefícios de qualquer natureza para si ou para outrem.

**Art. 68** Valer-se, quando no exercício da profissão, de mecanismos de coação, omissão ou suborno, com pessoas físicas ou jurídicas, para conseguir qualquer tipo de vantagem.

**Art. 69** Utilizar o poder que lhe confere a posição ou cargo, para impor ou induzir ordens, opiniões, ideologias políticas ou qualquer tipo de conceito ou preconceito que atentem contra a dignidade da pessoa humana, bem como dificultar o exercício profissional.

**Art. 70** Utilizar dos conhecimentos de enfermagem para praticar atos tipificados como crime ou contravenção penal, tanto em ambientes onde exerça a profissão, quanto naqueles em que não a exerça, ou qualquer ato que infrinja os postulados éticos e legais.

**Art. 71** Promover ou ser conivente com injúria, calúnia e difamação de pessoa e família, membros das equipes de Enfermagem e de saúde, organizações da Enfermagem, trabalhadores de outras áreas e instituições em que exerce sua atividade profissional.

**Art. 72** Praticar ou ser conivente com crime, contravenção penal ou qualquer outro ato que infrinja postulados éticos e legais, no exercício profissional.

**Art. 73** Provocar aborto, ou cooperar em prática destinada a interromper a gestação, exceto nos casos permitidos pela legislação vigente.

**Parágrafo único.** Nos casos permitidos pela legislação, o profissional deverá decidir de acordo com a sua consciência sobre sua participação, desde que seja garantida a continuidade da assistência.

**Art. 74** Promover ou participar de prática destinada a antecipar a morte da pessoa.

**Art. 75** Praticar ato cirúrgico, exceto nas situações de emergência ou naquelas expressamente autorizadas na legislação, desde que possua competência técnica-científica necessária.

**Art. 76** Negar assistência de enfermagem em situações de urgência, emergência, epidemia, desastre e catástrofe, desde que não ofereça risco a integridade física do profissional.

**Art. 77** Executar procedimentos ou participar da assistência à saúde sem o consentimento formal da pessoa ou de seu representante ou responsável legal, exceto em iminente risco de morte.

**Art. 78** Administrar medicamentos sem conhecer indicação, ação da droga, via de administração e potenciais riscos, respeitados os graus de formação do profissional.

**Art. 79** Prescrever medicamentos que não estejam estabelecidos em programas de saúde pública e/ou em rotina aprovada em instituição de saúde, exceto em situações de emergência.

**Art. 80** Executar prescrições e procedimentos de qualquer natureza que comprometam a segurança da pessoa.

**Art. 81** Prestar serviços que, por sua natureza, competem a outro profissional, exceto em caso de emergência, ou que estiverem expressamente autorizados na legislação vigente.

**Art. 82** Colaborar, direta ou indiretamente, com outros profissionais de saúde ou áreas vinculadas, no descumprimento da legislação referente aos transplantes de órgãos, tecidos, esterilização humana, reprodução assistida ou manipulação genética.

**Art. 83** Praticar, individual ou coletivamente, quando no exercício profissional, assédio moral, sexual ou de qualquer natureza, contra pessoa, família, coletividade ou qualquer membro da equipe de saúde, seja por meio de atos ou expressões que tenham por consequência atingir a dignidade ou criar condições humilhantes e constrangedoras.

**Art. 84** Anunciar formação profissional, qualificação e título que não possa comprovar.

**Art. 85** Realizar ou facilitar ações que causem prejuízo ao patrimônio das organizações da categoria.

**Art. 86** Produzir, inserir ou divulgar informação inverídica ou de conteúdo duvidoso sobre assunto de sua área profissional.

**Parágrafo único.**Fazer referência a casos, situações ou fatos, e inserir imagens que possam identificar pessoas ou instituições sem prévia autorização, em qualquer meio de comunicação.

**Art. 87**Registrar informações incompletas, imprecisas ou inverídicas sobre a assistência de Enfermagem prestada à pessoa, família ou coletividade.

**Art. 88**Registrar e assinar as ações de Enfermagem que não executou, bem como permitir que suas ações sejam assinadas por outro profissional.

**Art. 89**Disponibilizar o acesso a informações e documentos a terceiros que não estão diretamente envolvidos na prestação da assistência de saúde ao paciente, exceto quando autorizado pelo paciente, representante legal ou responsável legal, por determinação judicial.

**Art. 90**Negar, omitir informações ou emitir falsas declarações sobre o exercício profissional quando solicitado pelo Conselho Regional de Enfermagem e/ou Comissão de Ética de Enfermagem.

**Art. 91**Delegar atividades privativas do(a) Enfermeiro(a) a outro membro da equipe de Enfermagem, exceto nos casos de emergência.

**Parágrafo único.**Fica proibido delegar atividades privativas a outros membros da equipe de saúde.

**Art. 92**Delegar atribuições dos(as) profissionais de enfermagem, previstas na legislação, para acompanhantes e/ou responsáveis pelo paciente.

**Parágrafo único.**O dispositivo *nocaput* não se aplica nos casos da atenção domiciliar para o autocuidado apoiado.

**Art. 93**Eximir-se da responsabilidade legal da assistência prestada aos pacientes sob seus cuidados realizados por alunos e/ou estagiários sob sua supervisão e/ou orientação.

**Art. 94**Apropriar-se de dinheiro, valor, bem móvel ou imóvel, público ou particular, que esteja sob sua responsabilidade em razão do cargo ou do exercício profissional, bem como desviá-lo em proveito próprio ou de outrem.

**Art. 95**Realizar ou participar de atividades de ensino, pesquisa e extensão, em que os direitos inalienáveis da pessoa, família e coletividade sejam desrespeitados ou ofereçam quaisquer tipos de riscos ou danos previsíveis aos envolvidos.

**Art. 96**Sobrepor o interesse da ciência ao interesse e segurança da pessoa, família e coletividade.

**Art. 97**Falsificar ou manipular resultados de pesquisa, bem como usá-los para fins diferentes dos objetivos previamente estabelecidos.

**Art. 98**Publicar resultados de pesquisas que identifiquem o participante do estudo e/ou instituição envolvida, sem a autorização prévia.

**Art. 99**Divulgar ou publicar, em seu nome, produção técnico-científica ou instrumento de organização formal do qual não tenha participado ou omitir nomes de coautores e colaboradores.

**Art. 100**Utilizar dados, informações, ou opiniões ainda não publicadas, sem referência do autor ou sem a sua autorização.

**Art. 101**Apropriar-se ou utilizar produções técnico-científicas, das quais tenha ou não participado como autor, sem concordância ou concessão dos demais partícipes.

**Art. 102**Aproveitar-se de posição hierárquica para fazer constar seu nome como autor ou coautor em obra técnico-científica.

## CAPÍTULO IV – DAS INFRAÇÕES E PENALIDADES

**Art. 103**A caracterização das infrações éticas e disciplinares, bem como a aplicação das respectivas penalidades regem-se por este Código, sem prejuízo das sanções previstas em outros dispositivos legais.

**Art. 104**Considera-se infração ética e disciplinar a ação, omissão ou conivência que implique em desobediência e/ou inobservância às disposições do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, bem como a inobservância das normas do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem.

**Art. 105**O(a) Profissional de Enfermagem responde pela infração ética e/ou disciplinar, que cometer ou contribuir para sua prática, e, quando cometida(s) por outrem, dela(s) obtiver benefício.

**Art. 106**A gravidade da infração é caracterizada por meio da análise do(s) fato(s), do(s) ato(s) praticado(s) ou ato(s) omissivo(s), e do(s) resultado(s).

**Art. 107**A infração é apurada em processo instaurado e conduzido nos termos do Código de Processo Ético-Disciplinar vigente, aprovado pelo Conselho Federal de Enfermagem.

**Art. 108**As penalidades a serem impostas pelo Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, conforme o que determina o art. 18, da Lei nº 5.905, de 12 de julho de 1973, são as seguintes:

I – Advertência verbal;

II – Multa;

III – Censura;

IV – Suspensão do Exercício Profissional;

V – Cassação do direito ao Exercício Profissional.

**§ 1º**A advertência verbal consiste na admoestação ao infrator, de forma reservada, que será registrada no prontuário do mesmo, na presença de duas testemunhas.

**§ 2º**A multa consiste na obrigatoriedade de pagamento de 01 (um) a 10 (dez) vezes o valor da anuidade da categoria profissional à qual pertence o infrator, em vigor no ato do pagamento.

**§ 3º**A censura consiste em repreensão que será divulgada nas publicações oficiais do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem e em jornais de grande circulação.

**§ 4º**A suspensão consiste na proibição do exercício profissional da Enfermagem por um período de até 90 (noventa) dias e será divulgada nas publicações oficiais do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, jornais de grande circulação e comunicada aos órgãos empregadores.

**§ 5º**A cassação consiste na perda do direito ao exercício da Enfermagem por um período de até 30 anos e será divulgada nas publicações do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem e em jornais de grande circulação.

**§ 6º**As penalidades aplicadas deverão ser registradas no prontuário do infrator.

**§ 7º**Nas penalidades de suspensão e cassação, o profissional terá sua carteira retida no ato da notificação, em todas as categorias em que for inscrito, sendo devolvida após o cumprimento da pena e, no caso da cassação, após o processo de reabilitação.

**Art. 109**As penalidades, referentes à advertência verbal, multa, censura e suspensão do exercício profissional, são da responsabilidade do Conselho Regional de Enfermagem, serão registradas no prontuário do profissional de Enfermagem; a pena de cassação do direito ao exercício profissional é de competência do Conselho Federal de Enfermagem, conforme o disposto no art. 18, parágrafo primeiro, da Lei nº 5.905/73.

**Parágrafo único.** Na situação em que o processo tiver origem no Conselho Federal de Enfermagem e nos casos de cassação do exercício profissional, terá como instância superior a Assembleia de Presidentes dos Conselhos de Enfermagem.

**Art. 110** Para a graduação da penalidade e respectiva imposição consideram-se:

- I – A gravidade da infração;
- II – As circunstâncias agravantes e atenuantes da infração;
- III – O dano causado e o resultado;
- IV – Os antecedentes do infrator.

**Art. 111** As infrações serão consideradas leves, moderadas, graves ou gravíssimas, segundo a natureza do ato e a circunstância de cada caso.

§ 1º São consideradas infrações leves as que ofendam a integridade física, mental ou moral de qualquer pessoa, sem causar debilidade ou aquelas que venham a difamar organizações da categoria ou instituições ou ainda que causem danos patrimoniais ou financeiros.

§ 2º São consideradas infrações moderadas as que provoquem debilidade temporária de membro, sentido ou função na pessoa ou ainda as que causem danos mentais, morais, patrimoniais ou financeiros.

§ 3º São consideradas infrações graves as que provoquem perigo de morte, debilidade permanente de membro, sentido ou função, dano moral irremediável na pessoa ou ainda as que causem danos mentais, morais, patrimoniais ou financeiros.

§ 4º São consideradas infrações gravíssimas as que provoquem a morte, debilidade permanente de membro, sentido ou função, dano moral irremediável na pessoa.

**Art. 112** São consideradas circunstâncias atenuantes:

- I – Ter o infrator procurado, logo após a infração, por sua espontânea vontade e com eficiência, evitar ou minorar as consequências do seu ato;
- II – Ter bons antecedentes profissionais;
- III – Realizar atos sob coação e/ou intimidação ou grave ameaça;
- IV – Realizar atos sob emprego real de força física;
- V – Ter confessado espontaneamente a autoria da infração;
- VI – Ter colaborado espontaneamente com a elucidação dos fatos.

**Art. 113** São consideradas circunstâncias agravantes:

- I – Ser reincidente;
- II – Causar danos irreparáveis;
- III – Cometer infração dolosamente;
- IV – Cometer a infração por motivo fútil ou torpe;
- V – Facilitar ou assegurar a execução, a ocultação, a impunidade ou a vantagem de outra infração;
- VI – Aproveitar-se da fragilidade da vítima;

VII – Cometer a infração com abuso de autoridade ou violação do dever inerente ao cargo ou função ou exercício profissional;

VIII – Ter maus antecedentes profissionais;

IX – Alterar ou falsificar prova, ou concorrer para a desconstrução de fato que se relacione com o apurado na denúncia durante a condução do processo ético.

## **CAPÍTULO V – DA APLICAÇÃO DAS PENALIDADES**

**Art. 114**As penalidades previstas neste Código somente poderão ser aplicadas, cumulativamente, quando houver infração a mais de um artigo.

**Art. 115**A pena de Advertência verbal é aplicável nos casos de infrações ao que está estabelecido nos artigos: 26, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 46, 48, 47, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 65, 66, 67, 69, 76, 77, 78, 79, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 98, 99, 100, 101 e 102.

**Art. 116**A pena de Multa é aplicável nos casos de infrações ao que está estabelecido nos artigos: 28, 29, 30, 31, 32, 35, 36, 38, 39, 41, 42, 43, 44, 45, 50, 51, 52, 57, 58, 59, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101 e 102.

**Art. 117**A pena de Censura é aplicável nos casos de infrações ao que está estabelecido nos artigos: 31, 41, 42, 43, 44, 45, 50, 51, 52, 57, 58, 59, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 88, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 97, 99, 100, 101 e 102.

**Art. 118**A pena de Suspensão do Exercício Profissional é aplicável nos casos de infrações ao que está estabelecido nos artigos: 32, 41, 42, 43, 44, 45, 50, 51, 52, 59, 61, 62, 63, 64, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 85, 87, 89, 90, 91, 92, 93, 94 e 95.

**Art. 119**A pena de Cassação do Direito ao Exercício Profissional é aplicável nos casos de infrações ao que está estabelecido nos artigos: 45, 64, 70, 72, 73, 74, 80, 82, 83, 94, 96 e 97.

Em vigor desde 05 de abril de 2018.

## Estudando: Enfermagem do Trabalho

### Diagnóstico de Enfermagem

Um diagnóstico de enfermagem é uma frase padrão descritiva sobre o estado de saúde de um cliente (que pode ser um indivíduo, uma família, ou uma comunidade em geral). A função do diagnóstico de enfermagem é facilitar o cuidado da enfermagem. São análises feitas a partir do estado de saúde dos clientes envolvidos, sendo que o enfermeiro cria sua opinião e assim contribui para evolução do mesmo. É desvinculado do diagnóstico médico, todavia este pode auxiliar no estabelecimento de um diagnóstico de enfermagem, ou não ter correlação.

Existem diversas organizações que regulam e definem diagnósticos de enfermagem no mundo. Na América do Norte, o principal delas é a NANDA. Outras organizações incluem a ACENDIO na Europa, a AFEDI (de língua francesa) e a AENTDE (língua castelhana).

O objetivo deste tipo de diagnóstico é padronizar a terminologia utilizada por enfermeiros, tais como descrições de doenças, intervenções e resultados. Proponentes do uso de diagnósticos de Enfermagem argumentam que o uso destes diagnósticos tornam o processo de cuidado mais científico e baseado em evidência. O diagnóstico de enfermagem é uma das etapas mais complexas, causando muitas divergências na sua realização. Muitos enfermeiros deixam de fazer essa etapa e com isso passam a fragmentar os cuidados e os problemas do paciente, deixando de vê-los como um todo, prescrevendo cuidados que não tem relação com os problemas encontrados, deixando de ser possível a conclusão do levantamento de dados (NEVES; SHIMIZU, 2010). Torna-se importante que os enfermeiros utilizem o instrumento de diagnóstico de enfermagem para identificar as alterações dos clientes, possibilitando a realização da próxima etapa da SAE, ou seja, a prescrição da assistência de enfermagem, que deve estar baseada na identificação dos problemas prioritários dos indivíduos (NEVES; SHIMIZU, 2010).

Críticas ao uso de diagnósticos de enfermagem incluem o argumento que tais diagnósticos não ajudam enfermeiros a planejar o cuidado dos clientes envolvidos, não ajuda a diferenciar enfermagem de medicina, ignoram indivíduos (e diferenças tais como cultura, etc) em geral através da padronização de termos utilizados, e que é potencialmente inético.

Trabalho noturno: riscos à saúde e direitos de quem trabalha à noite . Segundo estudos da Organização Mundial da Saúde (OMS), atualmente cerca de 20% das populações dos países desenvolvidos trabalham no período da noite. Nos grandes centros urbanos, é cada vez mais comum estabelecimentos como postos de gasolina, farmácias, lojas de conveniência e redes de supermercado funcionarem 24 horas ininterruptas. Além disso, longe de ser uma opção, trabalhar no turno da noite faz parte da rotina de profissionais como médicos plantonistas, enfermeiros e vigilantes, entre tantos outros.

Que a troca do dia pela noite não traz benefícios à saúde é consenso entre médicos e cientistas. Mas recentes pesquisas têm constatado que as alterações no relógio biológico promovidas por esta troca trazem riscos reais à saúde dos trabalhadores. Um estudo da OMS realizado com enfermeiras e aeromoças mostrou que as profissionais que trabalhavam no turno da noite tinham maiores chances de desenvolver o câncer de mama. Também foram constatadas alterações nos ritmos cardíacos e propensão a queda nas defesas imunológicas destes trabalhadores.

Outro instituto, o ISMA (International Management Stress Association), realizou um estudo no Brasil no qual constatou que 40% dos trabalhadores que exercem sua atividade no turno da noite desenvolvem algum distúrbio na visão, em casos mais extremos podendo chegar à cegueira.

Já os dados obtidos pelos pesquisadores espanhóis são ainda mais alarmantes. De acordo com o estudo da Unidade do Sono de Barcelona e do Serviço de Neurofisiologia do Hospital da Paz de Madri, os profissionais que atuam no turno da noite perdem cinco anos de vida para cada quinze anos trabalhados. Além disso, eles se divorciam três vezes mais do que os profissionais com jornadas durante o dia e têm 40% mais chances de apresentar problemas cardiovasculares, neuropsicológicos e digestivos.



## Estudando: Enfermagem do Trabalho

### Histórico da Enfermagem do Trabalho e Principais Rotinas

A Enfermagem do Trabalho é um ramo da enfermagem de Saúde Pública e, como tal, utiliza os mesmos métodos e técnicas empregados na Saúde Pública visando a promoção da saúde do trabalhador; proteção contra riscos decorrentes de suas atividades laborais; proteção contra agentes químicos, físicos biológicos e psicossociais.

- Manutenção de sua saúde no mais alto grau do bem estar físico e mental e recuperação de lesões, doenças ocupacionais ou não ocupacionais e sua reabilitação para o trabalho.
- A enfermagem profissional surgiu na Inglaterra no século XIX.
- No Brasil a primeira escola de enfermagem foi criada em 1880 no Hospício de Pedro II atualmente a UNIRIO.
- O exercício de enfermagem no Brasil foi regulamentado em 1931.
- Em 1955 foi aprovada a Lei do exercício profissional de Enfermagem no Brasil.
- Em 1959 aconteceu uma Conferência Internacional do trabalho que conceituou a medicina do trabalho, mas limitando-se a intervenções médicas.
- Em 1963 foi incluído nos cursos médicos o ensino de Medicina do Trabalho.
- Em 1964, a Escola de Enfermagem da UERJ inclui a disciplina de Saúde Ocupacional no curso de graduação.
- O Auxiliar de Enfermagem do Trabalho foi incluído na equipe de Saúde Ocupacional em 1972 pela portaria n. 3.237 do Ministério do Trabalho.
- Em 1973 criou-se o COFEN e COREN.
- O primeiro curso de Especialização para Enfermeiros do Trabalho aconteceu em 1974 no Rio de Janeiro.
- A inclusão do Enfermeiro do Trabalho na equipe de Saúde Ocupacional aconteceu por meio da portaria n.3.460 do MTE, em 1975.
- Neste mesmo ano criou o código de Deontologia de Enfermagem e no ano seguinte, criou-se no Rio Grande do Sul o primeiro Sindicato de Enfermagem.

### A equipe de Enfermagem do Trabalho

A equipe de Enfermagem do Trabalho é composta por Técnico de Enfermagem do Trabalho e Enfermeiro do Trabalho.

Enfermeiro do Trabalho é o profissional portador de certificado de conclusão de curso de Especialização em Enfermagem do Trabalho, em nível de Pós-Graduação. Ele assiste trabalhadores promovendo e zelando pela saúde, fazendo prevenção das doenças ocupacional e dos acidentes do trabalho ou prestando cuidados aos doentes e acidentados, visando o bem estar físico e mental dos clientes.

Técnico de Enfermagem do Trabalho é o Técnico de Enfermagem que após realizar o curso nos termos da lei 7.498, de 25 de junho de 1986 e decreto n. 94.406 de 8 de junho de 1987, e legalmente registrado no COREN, faz o curso de Enfermagem do Trabalho conforme NR-4 da portaria n.3.214 do MTE.

O Enfermeiro do Trabalho, presta assistência e cuidados de Enfermagem a empregados, promovendo e zelando pela sua saúde contra os riscos ocupacionais, atendendo os doentes e acidentados, visando o seu bem estar físico e mental, como também planeja, organiza, dirige, coordena, controla e avalia a atividade de assistência de enfermagem, nos termos da legislação reguladora do exercício profissional.

As atividades do Enfermeiro do Trabalho se constituem das atribuições relacionadas:

- ☐ Atividades Assistenciais
- ☐ Atividades Administrativas
- ☐ Atividades Educativas
- ☐ Atividades de Integração
- ☐ Atividades de Pesquisa,

Atribuições da equipe de saúde Médica do Trabalho:

- ☐ Prover assistência médica ao trabalhador com suspeita de agravo à saúde causado pelo trabalho, encaminhando-o a especialistas ou para a rede assistencial de referência (distrito/município/ referência regional ou estadual), quando necessário.
- ☐ Realizar entrevista laboral e análise clínica (análise clínico-ocupacional) para estabelecer relação entre o trabalho e o agravo que está sendo investigado.
- ☐ Programar e realizar ações de assistência básica e de vigilância à Saúde do Trabalhador.
- ☐ Realizar inquéritos epidemiológicos em ambientes de trabalho. Realizar vigilância nos ambientes de trabalho com outros membros da equipe ou com a equipe municipal e de órgãos que atuam no campo da Saúde do Trabalhador (DRT/MTE, INSS etc.).
- ☐ Notificar acidentes e doenças do trabalho, mediante instrumentos de notificação utilizados pelo setor saúde. Para os trabalhadores do setor formal, preencher a Ficha para Registro de Atividades, Procedimentos e Notificações do SIAB
- ☐ Colaborar e participar de atividades educativas com trabalhadores, entidades sindicais e empresas

**Atividades de Enfermagem nos diferentes níveis de atuação**

- ☐ Prevenção Primária
- ☐ Prevenção Secundária
- ☐ Prevenção Terciária

Prevenção Primária

- ☐ Promoção do ajustamento do trabalhador ao trabalho.
- ☐ Aquisição de hábitos saudáveis. A intervenção se desenvolve de forma mais eficaz e evidente, através da identificação e classificação dos estressores e da proposição de medidas de educação, controle dos fatores de risco, como por exemplo, impedindo ou reduzindo a penetração deles até a linha de resistência, fortalecendo a linha de defesa do trabalhador.

Prevenção Secundária

☐ Adequação das condições sanitárias do ambiente de trabalho.

☐ Assistência imediata às doenças e agravos produzidos pelas condições prejudiciais do trabalho.

☐ Assistência contínua as conseqüências dos agravos e às doenças produzidas pelas condições

prejudiciais de trabalho. A intervenção enfoca as ações corretivas de enfermagem em relação à

sintomatologia/tratamento, no sentido de reduzir os efeitos nocivos identificados.

#### Prevenção Terciária

☐ Assistência aos portadores de sequelas produzidas pelas condições de trabalho. A intervenção acontece com a readaptação das capacidades funcionais do trabalhador, desvio de função, entre outros utilizando-se recursos do sistema e do ambiente e fortalecendo linha de resistência.

#### **Área Física e equipamentos necessários**

A área física de um SESMT dependerá do tipo e tamanho da organização, assim como número de profissionais que farão parte do serviço.

O serviço deve contar com local de arquivos, ambulatório, local para procedimento de urgência e procedimentos de enfermagem, sala para provas funcionais e consultórios.

Os equipamentos básicos para funcionamento do Setor de Saúde Ocupacional são:

Balança antropométrica;  
Aparelho de esterilização;  
Nebulizador;  
Esfigmomanômetro;  
Estetoscópio;  
Otoscópio;  
Termômetro.

#### **Elaboração de manuais de ocupação**

Os manuais são instrumentos que reúnem, de forma sistematizada, normas rotinas, procedimentos e outras informações necessárias para a execução das ações do serviço.

Estas informações podem ser agrupadas em um único manual ou ser divididas de acordo com sua finalidade: coletânea de normas (rotinas, procedimentos, fluxo de atendimentos), manual de educação em serviço, manual do funcionário.

O manual deve esclarecer dúvidas e orientar a execução de ações, constituindo-se em um instrumento de consulta. Deve ser constantemente submetido à análise crítica e ser atualizado, sempre que necessário. Deve permanecer em local de fácil acesso e de conhecimento de todos os usuários.

O manual deve espelhar as diretrizes e normas da organização e não determiná-las, pois neste caso há limitação do crescimento dos usuários e maior resistência à mudança.

Portanto, deve ser elemento facilitador e não bloqueador das iniciativas e crítica.

Os manuais podem ser elaborados na fase de organização de um serviço, ou quando ele já está em funcionamento e requer atualização de normas e procedimentos.

O fluxo de atendimento deverá fazer parte do manual do serviço, pois as particularidades de cada serviço variam de empresa para empresa.

Conforme a Portaria n. 24 de 19/12/1994, que altera a redação da NR7 – Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional – PCMSO, os serviços de saúde do trabalhador devem ter um prontuário pessoal e confidencial de cada trabalhador.

### **Organização de arquivos e prontuários**

Este prontuário é aberto por ocasião do exame admissional, no qual deverão ser feitos registros sistemáticos de todas as ocorrências referentes a saúde do trabalhador.

Os prontuários devem conter:

- ☐ Exames de saúde ocupacional
- ☐ Acidente de trabalho e adoecimento no trabalho
- ☐ Consultas clínicas
- ☐ Absenteísmo
- ☐ Tratamento e procedimentos executados

Os prontuários devem ser organizados por ordem numérica ou alfabética, a fim de facilitar sua localização e manuseio, e devem estar dispostos em arquivo fechado, por possuírem informações confidenciais. Esses registros deverão ser mantidos pelo período mínimo de 20 anos, após desligamento do trabalhador.

## Estudando: Enfermagem do Trabalho

### Introdução

#### O que é Enfermagem?

Pode-se considerar que a enfermagem sempre esteve voltada para atender as necessidades de assistência de saúde da sociedade. Ela originou-se do desejo de manter as pessoas saudáveis, assim como propiciar conforto, cuidado e confiança ao enfermo .

" A enfermagem como profissão, é a única na medida, em que se dedica humanista, às reações dos pacientes e de suas famílias, frente aos problemas reais e potenciais ".

2 - SAÚDE : é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, não meramente a ausência de doença ou enfermidade .

3 - DOENÇA : é um processo anormal no qual o funcionamento do organismo de uma pessoa está diminuído ou prejudicado em uma ou mais dimensões .

#### 4 - NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS

##### 4.1 Necessidades fisiológicas

Estas são as necessidades mais básicas (oxigênio, hidratação, nutrição, temperatura, excreção, repouso, sexo). Uma vez satisfeitas estas necessidades passamos a nos preocupar com outras coisas.

##### 4.2 Necessidades de segurança

No mundo conturbado em que vivemos procuramos fugir dos perigos, buscamos por abrigo, segurança, proteção, estabilidade e continuidade. A busca da religião, de uma crença deve ser colocada neste nível da hierarquia.

##### 4.3 Necessidades sociais

O ser humano precisa amar e pertencer. O ser humano tem a necessidade de ser amado, querido por outros, de ser aceito por outros. Nós queremos nos sentir necessários a outras pessoas ou grupos de pessoas. Esse agrupamento de pessoas pode ser, no seu local de trabalho, na sua igreja, na sua família, no seu clube ou na sua torcida. Todos estes agrupamentos fazem com que tenhamos a sensação de pertencer a um grupo.

##### 4.4 Necessidades de "status" ou de estima

O ser humano busca ser competente, alcançar objetivos, obter aprovação e ganhar reconhecimento.

##### 4.5 Necessidade de auto-realização

O ser humano busca a sua realização como pessoa, a demonstração prática da realização permitida e alavancada pelo seu potencial único. O ser humano pode buscar conhecimento, experiências estéticas e metafísicas, ou mesmo a busca de Deus.

Os profissionais de saúde preocupam-se que estas necessidades básicas sejam proporcionadas aos pacientes que buscam assistência.

## **Estudando: Enfermagem do Trabalho**

### **Equipamentos de Proteção Individual**

São dispositivos de uso pessoal, destinados a proteção da saúde e integridade física do trabalhador. O uso dos EPI no Brasil é regulamentado pela Norma Regulamentadora NR-6 da Portaria 3214 de 1978, do Ministério do Trabalho e Emprego. As instituições de saúde devem adquirir e oferecer EPI novos e em condições de uso aos trabalhadores sem nenhuma cobrança por seu uso. Igualmente, devem proporcionar capacitação para o uso correto dos mesmos e, caso o trabalhador se recuse a utilizá-los poderá exigir a assinatura de um documento no qual dará ciência e especificará detalhadamente os riscos aos quais o trabalhador estará exposto (SKRABA, 2004). Os EPI deverão ser cuidados, descontaminados e higienizados para prolongar sua vida útil, quando forem descartáveis não deverão ser reaproveitados. Os EPI não podem provocar alergias ou irritações, devem ser confortáveis e atóxicos.

### **EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL/EPI UTILIZADO EM SERVIÇOS DE SAÚDE E LABORATÓRIOS**

#### **JALECOS**



Protegem a parte superior e inferior do corpo, isto é os braços, tronco, abdômen e parte superior das pernas. Devem ser de mangas longas, usadas sempre fechados sobre as vestimentas pessoais (não usá-lo diretamente sobre o corpo), confeccionados em tecido de algodão (mistura poliéster-algodão é inflamável), impermeabilizados ou não, devem ser descontaminados antes de serem lavados. Os jalecos descartáveis devem ser resistentes e impermeáveis. Auxiliam na prevenção da contaminação de origem biológica, química



e radioativa, além da exposição direta a sangue, fluídos corpóreos, borrifos, salpicos e derramamentos de origens diversas (LIMA E SILVA, 1998).

### AVENTAIS



Os aventais podem ser usados sobre ou sob os jalecos. Quando usados nos trabalhos que envolvem produtos químicos são confeccionados em Cloreto de Polivinila (PVC), em Kevlar® quando utilizados com altos níveis de calor, de borracha onde há manipulação de grandes volumes de soluções e durante lavagem e limpeza de vidrarias, equipamentos e instalações (GUIMARÃES, 2005).

### MACACÃO E TRAJE PRESSÃO POSITIVA



O macacão em peça única, confeccionado em tecido resistente e descartável, deve ser usado em laboratórios de Nível de Biossegurança 3/NB-3 e Nível de Biossegurança Animal 3/ NB-A3. No laboratório Nível de Biossegurança 4/ NB-4 e no Nível de Biossegurança Animal 4/NB-A4 que utiliza Cabine de Segurança Biológica Classe II, deve ser usado o traje de pressão positiva em PVC constituído de macacão em peça única impermeável, com visor acoplado ao macacão, sistema de sustentação de vida, cujo ar é filtrado, por filtro absoluto (HEPA) e, inclui ainda compressores de respiração de ar, alarme e tanque de ar de emergência. (LIMA e SILVA, 2004)

Nos serviços de saúde e laboratórios também podem ser usados: uniformes de algodão composto de calça e blusa, avental cirúrgico de algodão ou descartável, macacão de algodão ou descartável e, outras vestimentas que protejam os trabalhadores e o ambiente onde estes exercem suas atividades.

### LUVAS



São utilizadas como barreira de proteção, prevenindo a contaminação das mãos do trabalhador de serviços de saúde e de laboratório ao manipular material contaminado. As luvas reduzem a possibilidade dos microorganismos presentes nas mãos do trabalhador sejam transmitidas aos pacientes durante procedimentos invasivos ou quando pele não intacta, tecidos e mucosas possam ser tocadas. Diminuem o risco de que mãos contaminadas por microorganismos de um paciente ou fomite contaminem outros pacientes, o trabalho executado, equipamentos e instalações. A utilização de luvas não exclui o ato da lavagem das mãos (LIMA e SILVA, 1998).

### LUVAS DE LÁTEX

Protegem o trabalhador dos materiais potencialmente infectantes como: sangue, secreções, excreções, culturas de microrganismos, animais de laboratório etc. são divididas em estéreis as luvas cirúrgicas e não estéreis as luvas de procedimento, descartáveis ou não.

## LUVAS PARA O MANUSEIO DE PRODUTOS QUÍMICOS

Podem ser confeccionadas em: borracha natural (Látex), Butíl, Neoprene®, Cloreto de Polivinila (PVC), Acetato de Polivinila (PVA), Viton® (MC GILL, 2005). O tipo de luva usado durante o processo de trabalho deverá corresponder à substância química a ser manipulada, por exemplo, luvas de PVC para o manuseio de drogas citostáticas (LIMA e SILVA, 1998).

## LUVAS DE PROTEÇÃO AO CALOR

Para os trabalhos com autoclaves, fornos e muflas recomendam-se o uso de luvas de lã ou tecido resistente revestida de material isolante térmico. Para trabalhos que envolvem o manuseio a altas temperaturas, por exemplo, acima de 350o C luvas Zetex®; abaixo de 350° C luvas Kevlar® ; acima de 100° C luvas de couro curtido com sais de cromo (MC GILL, 2005).

## LUVAS DE PROTEÇÃO AO FRIO

Na manipulação de artefatos e componentes em baixa temperatura utilizam-se luvas de algodão, lã, couro, náilon impermeabilizado, borracha revestida internamente com fibras naturais ou sintéticas. Deve ter cano longo para maior proteção.

## ÓCULOS DE SEGURANÇA



Protegem os olhos do trabalhador de borrifos, salpicos, gotas e impactos decorrentes da manipulação de substâncias que causam risco químico (irritantes, corrosivas etc.), risco biológico (sangue, material infectante etc.) e, risco físico (radiações UV e infravermelho etc.). Podem ter vedação lateral, hastes ajustáveis, cinta de fixação. As lentes devem ser confeccionadas em material transparente, resistente e que não provoque distorção, podem ser de policarbonato, resina orgânica, cristal de vidro, além de receber tratamento com substâncias anti-embaçantes, anti-risco e, resistentes aos produtos químicos (SKRABA, 2004).

#### MÁSCARAS FACIAIS OU PROTETORES FACIAIS

Utilizados como proteção da face e dos olhos em relação aos riscos de impacto de fragmentos sólidos, partículas quentes ou frias, poeiras, líquidos e vapores, assim como radiações não ionizantes. Resguardam a face dos respingos de substâncias de risco químico como, por exemplo, substâncias corrosivas, irritantes e tóxicas; gotículas de culturas de microorganismos ou outros materiais biológicos. Protegem contra estilhaços de metal e vidro ou outro tipo de projeteis. São confeccionadas em materiais como: propionato, acetato e policarbonato simples ou recobertos com substâncias metalizadas para absorção de radiações. (SKRABA, 2004)

#### EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO RESPIRATÓRIA (RESPIRADORES OU MÁSCARAS)

São utilizados quando se manipula substâncias de risco químico ou biológico, em emergências (derramamentos e fugas de gases). Podem ser descartáveis ou exigir manutenção. Os respiradores mais utilizados são: de adução de ar (fornecem ar ao usuário independente do ar ambiente), purificador de ar (purificam o ar ambiente antes de ser inalado pelo usuário); respiradores semifaciais (máscaras descartáveis, respiradores com ou sem válvulas para poeiras, fumos e névoas), respiradores semi faciais com manutenção (com cartucho químico ou filtro mecânico), respiradores faciais de peça inteira (protegem o sistema respiratório, os olhos e a face do usuário) (MC GILL, 2005). Em serviços de saúde e laboratórios onde se manipula microrganismos de classe de risco biológico 3 como, por exemplo, o M. tuberculosis recomenda-se o uso de respirador purificador de ar semifacial N-95 (com eficiência mínima de filtração de 95% de partículas de até 0,3  $\mu\text{m}$ ) ou respiradores purificadores de ar motorizados com filtros de alta eficiência (filtros HEPA). Na preparação de drogas citotóxicas, quando não há disponibilidade da Cabine de Segurança Biológica/CSB, deve-se utilizar respirador para proteção contra material particulado (pó ou névoa) do tipo que utiliza filtro mecânico P2 ou P3 (classificação brasileiro-européia) ou respirador purificador de ar semifacial N-95. (BOLETIM, s/d) Existem máscaras de fuga utilizadas para evasão de ambientes onde possa ocorrer fuga de contaminantes tóxicos, vapores e gases combinados ou não com aerossóis.

### PROTEÇÃO AURICULAR



Os protetores auriculares são do tipo concha ou de inserção. A sua utilização está indicada em situações onde o ruído excessivo pode causar perda da audição do trabalhador. Os controles dos níveis de ruído em laboratório são regidos pela NBR nº 10152/ABNT, que estabelece limite de 60 decibéis para uma condição de conforto durante a jornada de trabalho. As normas estabelecidas pela OSHA nos EUA, o nível de ruído é de 85 decibéis por uma jornada de trabalho de oito horas. (GUIMARÃES, 2005)

### TOUCAS OU GORROS

Nos ambientes de serviços de saúde, laboratoriais e biotérios, os cabelos, principalmente, os longos devem permanecer presos para evitar acidentes e contaminações por microorganismos, poeiras e ectoparasitos em suspensão. Os cabelos dos trabalhadores, também podem contaminar ambientes limpos ou estéreis ou contaminar pacientes e o produto do trabalho, por este motivo as toucas ou gorros devem ser usados. Devem ser confeccionados em tecido que permita a aeração dos cabelos e do couro cabeludo. Podem ser descartáveis ou reutilizáveis.

### PROTETORES PARA OS MEMBROS INFERIORES

Os membros inferiores devem estar protegidos por calçados fechados durante o trabalho em serviços de saúde e laboratórios. Evitam acidentes que envolvem derramamento e salpicos de substâncias de risco químicos e biológicos, impactos, perfuro cortantes, queimaduras, choques, calor, frio, eletricidade etc. Os trabalhadores não devem expor os artelhos, o uso de sandálias ou sapatos de tecido é proibido na área de trabalho. O calçado deverá ser ajustado ao tipo de atividade desenvolvida como: botas de segurança em couro, botas de PVC, botinas e outros calçados de cano curto ou longo, com biqueira de reforço e solado antiderrapante. Sapatilhas ou pró-pés descartáveis ou reutilizáveis são, geralmente, usadas em áreas estéreis tanto em hospitais, laboratórios, biotérios e na indústria.

#### DISPOSITIVOS DE PIPETAGEM



São dispositivos de borracha (pêra de borracha), pipetadores automáticos e elétricos, etc. Evita o risco de acidente

através da ingestão de substâncias contendo agentes de risco biológico, químico ou radioativo, visto que a ação de pipetar com a boca é um risco a integridade física e a saúde do trabalhador. (LIMA e SILVA, 1998)

#### DOSIMETRO PARA RADIAÇÃO IONIZANTE

É utilizado como proteção para os trabalhadores que manipulam substâncias com radiações ionizantes. São usados como crachá, pulseira, anel ou gargantilha dependendo do tipo e emissão da radiação. Deve ser enviado para o serviço de monitoramento da Comissão Nacional de Energia Nuclear/CNEN para avaliação (LIMA SILVA, 1998).

#### EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO COLETIVA

Os Equipamentos de Proteção Coletiva EPC auxiliam na segurança do trabalhador dos serviços de saúde e laboratórios, na proteção ambiental e também na proteção do produto ou pesquisa desenvolvida. A correta seleção, uso e manutenção do equipamento de segurança permitem ao trabalhador da área de saúde a contenção apropriada contra os inúmeros riscos aos quais está envolvido no seu dia a dia.

#### AUTOCLAVES



Gera a esterilização de equipamentos termorresistentes e insumos através de calor úmido (vapor) e pressão. Sua instalação é obrigatória no interior dos laboratórios NB-3 e NB-4, sendo que no laboratório NB-4 é obrigatório à instalação de autoclave de porta dupla.

Nos laboratórios NB-2 e NB-1 e serviços de saúde é obrigatório que a autoclave esteja no edifício onde os mesmos estão instalados. O monitoramento deve ser feito com registro de pressão e temperatura a cada ciclo de esterilização, testes biológicos com o *Bacillus stearothermophilus*, fita termorresistente em todos os materiais. (LIMA e SILVA, in press)

#### FORNO PASTEUR

Opera em superfícies que não são penetradas pelo calor úmido. É um processo demorado pode ser usado em vidraria, metal, etc. O monitoramento exige registro de temperatura nas esterilizações, testes biológicos com o *Bacillus stearothermophilus*, fita termorresistente em todos os materiais. (LIMA e SILVA, in press)

#### CHUVEIRO DE EMERGÊNCIA

Chuveiro de aproximadamente 30cm de diâmetro, acionado por alavancas de mão, cotovelo ou pé. A localização deve ser de fácil acesso e ter um programa de manutenção constante. (LIMA e SILVA, 1998)

#### LAVA OLHOS



Dispositivo formado por dois pequenos chuveiros de média pressão acoplados a uma bacia metálica. O ângulo do jato de água deve ser corretamente direcionado para a lavagem ocular. Pode ser acoplado ao chuveiro de emergência ou ser do tipo frasco de lavagem ocular (LIMA e SILVA, 1998).

### MICROINCINERADORES

Dispositivo elétrico ou a gás utilizado para flamar alças microbiológicas ou instrumento perfuro cortante no interior da Cabine de Segurança Biológica (LIMA e SILVA, 1998).

### CAIXAS OU CONTAINERS DE AÇO

Devem ter alças laterais e tampa, confeccionados em aço inoxidável, auto claváveis, à prova de vazamento, usados para acondicionar e transportar material contaminado por agentes de risco biológico para esterilização em autoclave. (LIMA e SILVA, in press)

### CAIXA DESCARTÁVEL PARA PERFUROCORTANTE

Usada para descartar os resíduos perfuro cortantes como: seringas hipodérmicas, agulhas de sutura, bisturis, dentre outros. (Recomenda-se que seja auto clavada antes do descarte final). (LIMA e SILVA, in press)

### AGITADORES E MISTURADORES

Devem possuir sistema de isolamento que contenham os aerossóis formados durante sua utilização. Utilizá-los no interior da Cabine de Segurança Biológica caso não possuam sistema de isolamento (LIMA e SILVA, 1998).

### CENTRIFUGAS

Devem possuir sistema que permita a abertura somente após o ciclo completo de centrifugação, copos de segurança e sistema de alarme quando ocorra quebra de tubos. (LIMA e SILVA, in press)

### SINALIZAÇÃO LABORATORIAL

É um conjunto de símbolos com formas e cores diferenciados que indicam sinalização de: aviso, interdição, obrigação, segurança e prevenção de incêndio.

### CABINE DE SEGURANÇA QUÍMICA





Cabine construída de forma aerodinâmica cujo fluxo de ar ambiental não causa turbulências e correntes, assim reduzindo o perigo de inalação e contaminação do operador e do ambiente quando da manipulação de substâncias químicas que liberam vapores e gases tóxicos, irritantes, corrosivos etc. O duto de exaustão deve ser projetado de maneira a conduzir os vapores para parte externa da instalação, preferencialmente, no telhado. Deve ter filtro químico acoplado a saída do duto (LIMA e SILVA, 1998).

#### CABINES DE SEGURANÇA BIOLÓGICA (CSB).

O princípio fundamental é a proteção do operador, do ambiente e do experimento através de fluxo laminar de ar, filtrado por filtro absoluto ou filtro HEPA. As Cabines de Segurança Biológica estão divididas em: Classe I, Classe II (divididas em A ou A1, B1, B2 e B3 ou A2 -) e Classe III (SANTOS, 2004).

## Estudando: Enfermagem do Trabalho

### Histórico de Enfermagem

O Histórico de Enfermagem é utilizado na coleta sistemática de dados para determinar o estado de saúde do paciente e identificar quaisquer problemas de saúde atuais ou potenciais, além de organizar, analisar, sintetizar e sumarizar os dados coletados.

Segue abaixo um modelo de Histórico de Enfermagem:

#### 1.DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Data de internação:

Nome:

Sexo: ( ) M ( ) F Idade: Estado civil:

Proveniente:

( ) Casa/só ( ) Casa/família

( ) Instituição de Saúde. Especificar:

Chegada:

( ) Deambulando ( ) Muleta ( ) Maca ( ) Cadeira de rodas

Motivo da internação:

Diagnóstico médico:

Doenças correlacionadas:

( ) DM ( ) Neuropatia

( ) Cardiopatia ( ) Nefropatias

( ) Pneumonia ( ) Alergias (a drogas, soluções, fitas adesivas)

( ) HAS ( ) Cirurgias anteriores:

( ) TBC ( ) Câncer

( ) Hepatopatia ( ) Outras:

Última avaliação de saúde:

Medicações em uso:

MEDICAÇÃO DOSAGEM HORÁRIO OBSERVAÇÃO

GRAU DE DEPENDÊNCIA PARA ATIVIDADES ROTINEIRAS:

0 – INDEPENDENTE

1 – APARELHO

2 – AJUDA DE PESSOAS

3 - DEPENDENTE

( ) Comer/beber ( ) Subir escadas

( ) Banho ( ) Deambular

☐ Vestir-se

☐ Mobilidade na cama GRAU DE DEPENDENCIA: \_\_\_\_

COMUNICAÇÃO: Fala: ☐ Normal ☐ Arrastada ☐ Balbuciada ☐ Afasia

CONSULTA PREVENTIVA: ☐ Sim ☐ Não. Última consulta:

Tratamento/Hospitalização: ☐ Sim ☐ Não

Aderência aos tratamentos propostos: ☐ Sim ☐ Não

☐ Fuma

☐ Bebe

☐ Drogas

Atividade Física: ☐ Sim ☐ Não

DIETA ESPECIAL:

Perda de peso: ☐ Sim ☐ Não

Preferências alimentares:

Dificuldade de engolir: ☐ Sim ☐ Não

☐ Uso de prótese

ELIMINAÇÕES

Evacuações: ☐ Constipação ☐ Diarréia ☐ Dor ☐ hemorróidas ☐ tenesmo

Apoio: ☐ Laxante ☐ Enema ☐ Supositório

Diurese: ☐ Nictúria ☐ Disúria ☐ Oligúria ☐ Anúria ☐ Hematúria ☐ Piúria ☐ Retenção ☐ Incontinência ☐ gotejamento

Apoio: ☐ Fraldas ☐ Jontex ☐ SVD ☐ SVA

SONO E REPOUSO

Descanso noturno: Acorda a noite: ☐ Sim ☐ Não

Descanso diurno: ☐ Sim ☐ não

Auxiliares:

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:

☐ Lúcido/Orientado ☐ Sonolento ☐ Torporoso ☐ Confuso

☐ Síncope ☐ Crise Convulsiva ☐ Perda de memória ☐ Paralisia

☐ Tremores ☐ Tonturas ☐ Dormência

CARDIOVASCULAR

Mucosas: ☐ Normocoradas ☐ Hipocoradas ☐ Cianóticas ☐ Ictérica

Enchimento capilar: ☐ Lento ☐ normal ☐ Dispneia ☐ Dor torácica ☐ Palpitações ☐ dormência/Frio nas extremidades ☐ Varicosidades

RESPIRATÓRIO

☐ Tosse ☐ Falta de ar ☐ Hemoptise ☐ Asma ☐ Expectoração

Ritmo: ( )Eupnêico ( )Dispneico ( )Taquipnêico

( )CN ( )MV\_\_\_% O2\_\_\_l/min

#### GASTROINTESTINAL

( )ABVO ( )APVO ( )SNE ( )SNG

( )Náuseas ( )Vômitos ( )Dispepsia ( )Disfagia ( )Constipação ( )Diarréia

Abdômen: ( )Flácido ( )globoso ( )Distendido ( )Tenso ( )Ruídos hidroaéreos

#### MUSCULAR

Amplitude de movimentos: ( )Normal ( )Parcial ( )Ausente ( )Lesões ( )Fraturas ( )Uso de equipamentos terapêuticos:

#### TEGUMENTAR

Coloração da pele: ( )Corada ( )Hipocorada ( )Hiperemiada ( )Ictérico ( )Cianótico

Umidade da pele: ( )Normal ( )Seca ( )Sudorética

Temperatura: ( )Normal ( )Quente ( )Fria

( )Lesões

( )Hematomas

( )Equimoses

( )Petéquias

( )Úlceras

( )Escoriações

Curativos: Descrição/Região/Aspecto/Tipo de Curativo a ser feito.

Enfermeira :\_\_\_\_\_Data\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## Estudando: Enfermagem do Trabalho

### COFEN e COREN

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e os seus respectivos Conselhos Regionais (CORENs) foram criados em 12 de julho de 1973, por meio da Lei 5.905. Juntos, eles formam o Sistema COFEN/CORENs. Estão subordinados ao Conselho Federal todos os 27 conselhos regionais localizados em cada estado brasileiro.

Filiado ao Conselho Internacional de Enfermeiros em Genebra, o COFEN existe para normatizar e fiscalizar o exercício da profissão de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, zelando pela qualidade dos serviços prestados pelos participantes da classe e pelo cumprimento da Lei do Exercício Profissional.

Atualmente, o órgão é presidido pelo Dr. Osvaldo Albuquerque Sousa Filho. A sede do COFEN está situada na SCLN Quadra 304, lote 09, bloco E, Asa Norte, em Brasília, Distrito Federal.

Principais atividades do COFEN:

- normatizar e expedir instruções para uniformidade de procedimentos e bom funcionamento dos Conselhos Regionais;
- apreciar em grau de recurso as decisões dos CORENs;
- aprovar anualmente as contas e a proposta orçamentária da autarquia, remetendo-as aos órgãos competentes;
- promover estudos e campanhas para aperfeiçoamento profissional.

Principais atividades dos CORENs:

- deliberar sobre inscrição no Conselho, bem como o seu cancelamento;
- disciplinar e fiscalizar o exercício profissional, observadas as diretrizes gerais do COFEN;
- executar as resoluções do COFEN;
- expedir a carteira de identidade profissional, indispensável ao exercício da profissão e válida em todo o território nacional;
- fiscalizar o exercício profissional e decidir os assuntos atinentes à Ética Profissional, impondo as penalidades cabíveis
- elaborar a sua proposta orçamentária anual e o projeto de seu regimento interno, submetendo-os à aprovação do COFEN;
- zelar pelo bom conceito da profissão e dos que a exerçam; propor ao COFEN medidas visando a melhoria do exercício profissional;
- eleger sua Diretoria e seus Delegados eleitores ao Conselho Federal;
- exercer as demais atribuições que lhe forem conferidas pela Lei 5.905/73 e pelo COFEN.

## Estudando: Enfermagem do Trabalho

### Ética Profissional

Ética Profissional é o conjunto de normas pelas quais o indivíduo deve orientar o seu comportamento na profissão em que exerce. A Ética Profissional do Profissional de Enfermagem o orienta no cumprimento dos deveres em relação aos pacientes, às enfermeiras, aos médicos e demais pessoas com quem trabalha. O Profissional de Enfermagem é um profissional que trabalha em colaboração: executa as ordens e prescrições do médico e da enfermeira, mas tem a responsabilidade própria de seus atos no exercício da profissão. O estudo da Ética Profissional é de grande importância para a formação do estudante de enfermagem, pois o prepara para trabalhar e comportar-se desde o tempo de estudo. A atitude profissional ideal que o Profissional de Enfermagem compreende vários aspectos da conduta individual, tais como atitude física, psicológica e moral.

### Atitude Física: Postura Corporal



Compreende um conjunto de boas maneiras, tais como:

- Ficar de pé, distribuindo de forma elegante a sua posição corpórea.
- Caminhar , com desenvoltura, passos lentos e gradativos.
- Subir e descer escadas; mantendo uma posição certa, evitando inclinar-se para frente ao subir.

- Modos e gestos apropriados; os gestos são também uma forma de comunicação e expressão da pessoa.
- Apresentação pessoal; higiene corporal, uniforme limpo, discreto, em ordem e que facilite o movimento para o trabalho.
- Quanto ao modo de falar e o tom de voz; falar com delicadeza, moderação, um tom de voz suave e uma linguagem correta.
- Quanto ao modo de tratar as pessoas; o profissional de saúde trabalha em colaboração, executa as recomendações do médico e da enfermeira, devendo se integrar a eles e a todos os colegas com que trabalha para alcançar o propósito (o paciente, sua saúde), tratando com respeito e consideração.
- Silêncio; não se compreende a atenção, a reflexão e a observação sem silêncio. O silêncio não é exigido para impedir a conversa e sim para garantir mais vantagens positivas:

- 1) O silêncio torna o ambiente de trabalho seguro e tranquilo, inspirando mais confiança ao doente.
- 2) O silêncio ensina a falar. Quando se fala pouco, pensa-se mais no que vai falar.
- 3) O silêncio favorece a discrição e a guarda do segredo profissional e com isso o doente sente-se mais à vontade.

• Discrição; é reserva de prudência em palavras e atos. O profissional de saúde tem necessidade de discrição mais que os outros profissionais, porque trabalha com seres doentes, sujeitos a muitas fraquezas e que cedem facilmente à necessidade de desabafar.

O que fazer:

- Cumpra suas promessas, mantenha seus planos.
  - Fale com as pessoas, e não delas.
  - Admita seus erros. Não tente racionalizá-los, nem culpe outras pessoas pelos seus erros.
  - Não espalhe boatos, nem participe de intrigas.
  - Não faça observações depreciativas a respeito de pessoas ausentes.
  - Não fale negativamente dos concorrentes.
  - Não critique uma pessoa na frente de outras.
  - Assuma sua parte de responsabilidade pelos erros cometidos por colegas, amigos e sua família.
  - Não fale em público sobre os desacordos com sua família, seu chefe, seus amigos e colegas.
  - Defenda os outros contra ataque injustos.
  - Diga aquilo em que acredita e está disposto a repetir e defender.
  - Não finja que as idéias dos outros são suas. Nem aceite crédito pela realização de outra pessoa, baseie seu progresso em seu próprio desempenho.
  - Explique as coisas de forma aberta e honesta, não mantenha nada "secreto".
  - Não adie decisões desagradáveis, reprimendas ou más notícias. Seja afável, breve e direto. Se você estiver em dúvida quanto ao que fazer em determinada situação, faça-se as seguintes perguntas :
- Quais são os efeitos que estou causando a essa pessoa?
  - Quais são os efeitos que esta pessoa está causando em mim?
  - Eu contaria isso a minha família e aos meus amigos?

## **Segredo Profissional**

Em contatos diários com os clientes, familiares e funcionários, o pessoal da enfermagem, como ser humano e profissional defronta-se com problemas que não podem revelar e outros que pode ou deve revelar. Segredo é

sigilo. Segredo é tudo aquilo que deve ser conservado oculto. O segredo fundamenta-se na confiança e na justiça.

Ao guardar um segredo indevidamente, respeitamos ou desrespeitamos a justiça, pois o segredo pertence ao dono.

### **Formas de Possível Revelação do Segredo**

O segredo profissional pode ser revelado de forma direta ou indireta.

Revelação direta de um segredo dá-se quando são suplicados o conteúdo e o nome da pessoa a quem pertence o segredo.

O segredo é revelado indiretamente a partir do instante em que são oferecidas pistas para o conhecimento da coisa secreta e do dono. Tanto na revelação direta como indireta, a injustiça é praticada da mesma forma e a responsabilidade jurídica e ética estão presentes. Há situações em que o segredo pode ser revelado e outras em que deve ser manifestado a quem de direito. Podemos ser processados ou ferir a ética revelando ou guardando um segredo.

### **Pode-se Revelar um Segredo**

- a) Quando o dono permite;
- b) Quando o bem comum exige
- c) Quando o bem de terceira pessoa exige;
- d) Quando o bem do depositário exige.

### **Deve-se Revelar um Segredo**

- a) Ao se tratar de uma declaração de nascimento;
- b) Para evitar um casamento, em caso de enfermidade que possa por em risco um dos cônjuges ou a prole;
- c) Na declaração de doenças infecto-contagiosas de notificação compulsória;
- d) Em caso de sevícias de menores;
- e) Ao se tratar de fato delitioso previsto em lei;
- f) Ao se ter conhecimento de abordadores profissionais;
- g) Não perícias médico-legais;
- h) Nos registros dos livros hospitalares.

### **Aspectos Jurídicos**

Para que haja quebra de segredo, é necessário:

- a) Existência de um segredo;
- b) Se conhecido em razão de um ofício, função, ministério ou profissão;
- c) Existir a possibilidade de dano a outrem;
- d) Ausência de justa causa;
- e) Estar presente o dolo. Os códigos Penal e Civil Brasileiro referem-se ao segredo profissional. O código de deontologia, no artigo 8º, inciso II, trata do dever de guardar o segredo profissional.

• Deontologia: Estudo dos princípios, fundamentos e sistemas da moral. Tratado dos deveres.



## **Atitude Psicológica**

Compreende algumas habilidades interpessoais, por parte do profissional de saúde em relação aos pacientes:

- Disponibilidade
- Interesse
- Sensibilidade
- Respeito
- Aceitação
- Compreensão
- Afetividade
- Flexibilidade

O que fazer:

- Mantendo o ambiente o mais confortável possível para o paciente;
- Acolhendo-o a cada encontro com palavras e gestos carinhosos, inclusive tocando-o;
- Colocando-se uma postura física de receptividade, permitindo que aflorem os sentimentos do paciente que ele os expresse.
- Observando o paciente para captar os sinais de suas necessidades e de seus desejos;
- Escutando o paciente sem ficar ofendido com sua raiva, nem tentando mudar seus sentimentos;
- Captando os incômodos do paciente a cada encontro e comunicando-lhe que compreende o conteúdo de sua fala. Existem formas mais fáceis e mais difíceis de viver, como existem formas mais fáceis e difíceis de morrer.

O profissional de saúde deverá usar de habilidades interpessoais, para ajudar o paciente a suportar a sua doença ou seu sofrimento. O profissional de saúde deve ser pessoa calma, equilibrada emocionalmente, para inspirar confiança e ajudar seus pacientes.

Muitas habilidades devem ser desenvolvidas para inspirar confiança e ajudar seus pacientes. Muitas habilidades devem ser desenvolvidas para permitirem uma atitude psicológica boa no trato com o paciente. O profissional deve desenvolver algumas aptidões emocionais, cognitivas e comportamentais.

## **Aptidões Emocionais**

Identificar e rotular sentimentos, expressar sentimentos, avaliar a intensidade dos sentimentos, lidar com os sentimentos, adiar a satisfação, controlar impulsos, reduzir tensão, saber a diferenciação entre sentimentos e ações.

## **Aptidões Cognitivas**

- Falar consigo mesmo (ter um diálogo interno, como uma forma de enfrentar um assunto ou reforçar o próprio comportamento).
- Ler e interpretar indícios sociais (reconhecer influências sociais sobre o comportamento e ver-se na perspectiva da comunidade maior).
- Usar etapas para resolver problemas e tomar decisões (controlar impulsos, prever consequências).
- Compreender a perspectiva dos outros.
- Compreender normas de comportamento (qual comportamento é adequado ou não).
- Autoconsciência (criar expectativas realistas para si mesmo).

## **Aptidões Comportamentais**



- Não Verbais: Comunicar-se por contato ocular, expressão facial, tom de voz, gestos e assim por diante.
- Verbais: Fazer pedidos claros, responder eficientemente à crítica, resistir às influências negativas, ouvir os outros, participar de grupos positivos de colegas.

### **Atitude Moral**

É aplicação dos princípios éticos na vida profissional, implica o uso de liberdade, vontade, senso de responsabilidade que supõem boa formação de consciência, o que é indispensável para o profissional de saúde.

O que fazer:

Comprometa-se em dar o melhor de si em qualquer situação, “dedicando amor a tudo que fizer”.

### **Mudar não é Fácil**

“A fórmula do progresso é a mudança”.

A essa altura, pode-se estabelecer um saudável encontro verbal. Se, por um lado, existem as argumentações que afirmam:

“Em time que está ganhando não se mexe” ou “Se melhorar estraga”, por outro lado, a contra-argumentação defende que “não existe nada tão bom quanto possa ser melhorado”.

Mudar não é fácil e a mudança é um jogo tão dinâmico, atualmente, que mal ela acontece já é preciso reiniciá-la para que o crescimento e o aperfeiçoamento não parem.

O ato de mudar para melhor é infinito. Quem estaciona retrocede e em curto espaço de tempo estará desempregado ou fechando as portas

Há muitas pessoas que querem mudar. Fazem planos, projetos e promessas, mas na primeira dificuldade param pelo caminho. Se mudar fosse fácil, todas as pessoas estariam bem.

A mudança exige não apenas esforço pessoal e coletivo, mas, acima de tudo, o objetivo e a meta de melhorar sempre, rumo ao limite da perfeição. É perda de tempo mudar por modismo ou por achar que a mudança trará riquezas. Ela precisa caminhar sempre para a otimização do trabalho e para não ser enfadonha nem se tornar um peso.

É claro que toda mudança tem um preço. É o preço da coragem de quem acredita no futuro e não recua diante do primeiro obstáculo.

São três os motivos que provocam esse recuo: “o medo do desconhecido”, “a piora inicial que uma mudança causa” e “o sacrifício que toda mudança exige”.

### **O Medo do Desconhecido**

É preciso coragem para mudar. Há pessoas que se arrepiam quando ouvem pronunciar a palavra mudança.

É impossível, a qualquer ser humano, progredir sem enfrentar os desafios de uma jornada sem rumo ao progresso.

A todo o momento o homem é colocado à prova pela vida e o sucesso ou o fracasso de uma pessoa está intimamente ligado à forma como ela encara esses desafios. Existem pessoas que estão sempre fugindo dos problemas, achando que são capazes de se esconder e ao mesmo tempo safar-se do medo, da insegurança e do desconhecido. Não há como descobrir coisas novas e mais eficientes sem viver situações de descobertas e desafios.

**Atenção:** Esse curso é de autoria da Prime Cursos do Brasil LTDA (registro número 978-85-5906-123-9 BN)

**Encontrou esse mesmo material em outro site? Denuncie: [juridico@primecursos.com.br](mailto:juridico@primecursos.com.br)**

## Estudando: Enfermagem do Trabalho

### Exame Físico Geral

Estado geral

Dados vitais

Dados antropométricos

Nível de consciência

Estado de hidratação

Estado de nutrição

Fácies

Atitude e decúbito preferido

Mucosas

Pele e anexos

Linfonodos

Edema

#### ESTADO GERAL

Estado geral bom

Estado geral regular

Estado geral mau

#### DADOS VITAIS

Pressão arterial

Pulso

Frequência cardíaca

Frequência respiratória

Temperatura

#### PRESSAO ARTERIAL

Técnica

Casos especiais:

idosos

grávidas

crianças

obesos

## TEMPERATURA

Normal:

Temperatura axilar: 35,5°C a 37°C

Temperatura bucal: 36 a 37,4°C

Temperatura retal: 36 a 37,5°C

Febre:

Febre leve ou febrícula: 37°C a 37,5°C

Febre moderada: 37,5°C a 38,5°C

Febre elevada: acima de 38,5°C

## Dados Antropométricos

Peso

Estatura

Índice de massa corporal

(IMC =  $\text{Peso} / \text{Altura}^2$ )

19 – 25 normal

25 – 30 obesidade grau I

30 – 40 obesidade grau II

> 40 obesidade grau III

Nível de Consciência

Estado de vigília

Orientação têmporo-espacial

Estado de Hidratação

Olhos

Mucosas

Pele – Turgor

Urina

Peso

Estado de Nutrição

História clínica

Índice de massa corpórea

Mucosas

Pregas cutâneas

Pele e anexos

Edemas

Trofismo muscular

## Estudando: Enfermagem do Trabalho

### Trabalho Noturno

O trabalho noturno é tão nocivo à saúde do trabalhador que a legislação brasileira prevê o direito de este profissional receber uma compensação, tanto em horas como em salário, pela sua jornada noturna. Esta compensação é chamada de adicional noturno.

Nas atividades urbanas, considera-se trabalho noturno aquele realizado entre as 22h de um dia às 5h do dia seguinte. Já nas atividades rurais, é considerado noturno o trabalho executado na lavoura entre 21h de um dia às 5h do dia seguinte, e na pecuária, entre 20h às 4h do dia seguinte.

A hora noturna, nas atividades urbanas, deve ser paga com um acréscimo de no mínimo 20% (vinte por cento) sobre o valor da hora diurna. O pagamento do adicional noturno é discriminado formalmente na folha de pagamento e no recibo de pagamento de salários, servindo, assim, de comprovação de pagamento do direito. Quando o trabalhador recebe o adicional noturno, esta percentagem também será incorporada nos demais recebimentos como férias, 13º salário, FGTS etc.

A Constituição Federal, no seu artigo 7º, inciso IX, estabelece que são direitos dos trabalhadores, além de outros, remuneração do trabalho noturno superior à do diurno. Considera-se noturno, nas atividades urbanas, o trabalho realizado entre as 22:00 horas de um dia às 5:00 horas do dia seguinte.

Nas atividades rurais, é considerado noturno o trabalho executado na lavoura entre 21:00 horas de um dia às 5:00 horas do dia seguinte, e na pecuária, entre 20:00 horas às 4:00 horas do dia seguinte.

### HORA NOTURNA

A hora normal tem a duração de 60 (sessenta) minutos e a hora noturna, por disposição legal, nas atividades urbanas, é computada como sendo de 52 (cinquenta e dois) minutos e 30 (trinta) segundos. Ou seja, cada hora noturna sofre a redução de 7 minutos e 30 segundos ou ainda 12,5% sobre o valor da hora diurna.

Nas atividades rurais a hora noturna é considerada como de 60 (sessenta) minutos, não havendo, portanto, a redução como nas atividades urbanas.

### INTERVALO

No trabalho noturno também deve haver o intervalo para repouso ou alimentação, sendo:

- jornada de trabalho de até 4 horas: sem intervalo;
- jornada de trabalho superior a 4 horas e não excedente a 6 horas: intervalo de 15 minutos;
- jornada de trabalho excedente a 6 horas: intervalo de no mínimo 1 (uma) hora e no máximo 2 (duas) horas.

### TRABALHO NOTURNO DA MULHER

### TRABALHO NOTURNO DO MENOR

A hora noturna, nas atividades urbanas, deve ser paga com um acréscimo de no mínimo 20% (vinte por cento) sobre o valor da hora diurna, exceto condições mais benéficas previstas em acordo, convenção coletiva ou sentença normativa.

## **CESSAÇÃO DO DIREITO**

## **TURNOS ININTERRUPTOS DE REVEZAMENTO**

## **BANCO DE HORAS**

O empregador poderá celebrar acordo de compensação de horas por meio de contrato coletivo de trabalho, a ser cumprido em período diurno ou noturno, ou ainda em ambos, cujo excesso de horas de trabalho de um dia seja compensado pela correspondente diminuição em outro dia, de maneira a não ultrapassar o limite de 10 horas diárias.

## **TRABALHADORES AVULSOS E TEMPORÁRIOS EMPREGADOS DOMÉSTICOS**

## **ADVOGADOS**

## **ATIVIDADES PETROLÍFERAS**

## **INTEGRAÇÃO AO SALÁRIO**

O adicional noturno, bem como as horas extras noturnas, pagos com habitualidade, integram o salário para todos os efeitos legais, conforme Enunciado I da Súmula TST nº60:

Descanso Semanal Remunerado - Adicional Noturno

Descanso Semanal Remunerado - Hora Extra Noturna

Férias

13º Salário

Aviso Prévio Indenizado

## **FORMALIZAÇÃO DO PAGAMENTO**

O pagamento do adicional noturno é discriminado formalmente na folha de pagamento e no recibo de pagamento de salários, servindo, assim, de comprovação de pagamento do direito.

## **HORA EXTRA NOTURNA**

## **VIGIAS E VIGILANTES**

## **ENCARGOS SOCIAIS**

## **PENALIDADES**

## Estudando: Enfermagem do Trabalho

### NR4 - Serviços especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho

O dimensionamento dos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho vincula-se à gradação do risco da atividade principal e ao número total de empregados do estabelecimento, constante do Quadro anexo:

DIMENSIONAMENTO DOS SESMT									
Grau de Risco	N.º de Empregados no estabelecimento	50 a 100	101 a 250	251 a 500	501 a 1.000	1.001 a 2.000	2.001 a 3.500	3.501 a 5.000	Acima de 5000 Para cada grupo De 4000 ou fração acima 2000**
	Técnicos								
1	Técnico Seg. Trabalho Engenheiro Seg. Trabalho Aux. Enferm. do Trabalho Enfermeiro do Trabalho Médico do Trabalho				1	1	1 1* 1	2 1 1 1*	1 1* 1 1*
2	Técnico Seg. Trabalho Engenheiro Seg. Trabalho Aux. Enferm. do Trabalho Enfermeiro do Trabalho Médico do Trabalho				1	1 1* 1	2 1 1 1	5 1 1 1	1 1* 1 1
3	Técnico Seg. Trabalho Engenheiro Seg. Trabalho Aux. Enferm. do Trabalho Enfermeiro do Trabalho Médico do Trabalho		1	2	3 1* 1*	4 1 1 1	6 1 2 1	8 2 1 1	3 1 1 1
4	Técnico Seg. Trabalho Engenheiro Seg. Trabalho Aux. Enferm. do Trabalho Enfermeiro do Trabalho Médico do Trabalho	1	2 1*	3 1*	4 1 1 1	5 1 1 1	8 2 2 2	10 3 1 1 3	3 1 1 1 1

(\*) Tempo parcial (mínimo de três horas)

(\*\*) O dimensionamento total deverá ser feito levando-se em consideração o dimensionamento de faixas de 3501 a 5000 mais o dimensionamento do(s) grupo(s) de 4000 ou fração acima de 2000.

OBS: Hospitais, Ambulatórios, Maternidade, Casas de Saúde e Repouso, Clínicas e estabelecimentos similares com mais de 500 (quinhentos) empregados deverão contratar um Enfermeiro em tempo integral.

observadas as exceções previstas nesta NR.

Compete aos profissionais integrantes dos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho:

- aplicar os conhecimentos de engenharia de segurança e de medicina do trabalho ao ambiente de trabalho e a todos os seus componentes, inclusive máquinas e equipamentos, de modo a reduzir até eliminar os riscos ali existentes à saúde do trabalhador;
- determinar, quando esgotados todos os meios conhecidos para a eliminação do risco e este persistir, mesmo reduzido, a utilização, pelo trabalhador, de Equipamentos de Proteção Individual -EPI, de acordo com o que determina a NR 6, desde que a concentração, a intensidade ou característica do agente assim o exija;
- colaborar, quando solicitado, nos projetos e na implantação de novas instalações físicas e tecnológicas da empresa, exercendo a competência disposta na alínea "a";



- d) responsabilizar-se tecnicamente, pela orientação quanto ao cumprimento do disposto nas NR aplicáveis às atividades executadas pela empresa e/ou seus estabelecimentos;
- e) manter permanente relacionamento com a CIPA, valendo-se ao máximo de suas observações, além de apoiá-la, treiná-la e atendê-la, conforme dispõe a NR 5;
- f) promover a realização de atividades de conscientização, educação e orientação dos trabalhadores para a prevenção de acidentes do trabalho e doenças ocupacionais, tanto através de campanhas quanto de programas de duração permanente;
- g) esclarecer e conscientizar os empregadores sobre acidentes do trabalho e doenças ocupacionais, estimulando-os em favor da prevenção;
- h) analisar e registrar em documento(s) específico(s) todos os acidentes ocorridos na empresa ou estabelecimento, com ou sem vítima, e todos os casos de doença ocupacional, descrevendo a história e as características do acidente e/ou da doença ocupacional, os fatores ambientais, as características do agente e as condições do(s) indivíduo(s) portador(es) de doença ocupacional ou acidentado(s);
- i) registrar mensalmente os dados atualizados de acidentes do trabalho, doenças ocupacionais e agentes de insalubridade, preenchendo, no mínimo, os quesitos descritos nos modelos de mapas constantes nos Quadros III, IV, V e VI, devendo a empresa encaminhar um mapa contendo avaliação anual dos mesmos dados à Secretaria de Segurança e Medicina do Trabalho até o dia 31 de janeiro, através do órgão regional do MTb;
- j) manter os registros de que tratam as alíneas "h" e "i" na sede dos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho ou facilmente alcançáveis a partir da mesma, sendo de livre escolha da empresa o método de arquivamento e recuperação, desde que sejam asseguradas condições de acesso aos registros e entendimento de seu conteúdo, devendo ser guardados somente os mapas anuais dos dados correspondentes às alíneas "h" e "i" por um período não inferior a 5 (cinco) anos;
- l) as atividades dos profissionais integrantes dos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho são essencialmente preventivistas, embora não seja vedado o atendimento de emergência, quando se tornar necessário. Entretanto, a elaboração de planos de controle de efeitos de catástrofes, de disponibilidade de meios que visem ao combate a incêndios e ao salvamento e de imediata.

#### **ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO DO TRABALHO E PERSPECTIVAS DE MERCADO**

- ☐ Empresas Públicas X Empresas Privadas.
- ☐ Regime Jurídico Estatutário X CLT
- ☐ Autônomo
- ☐ SESMT
- ☐ Programas como: PGRSS, PPRA, PCMSO
- ☐ Implantação e a implementação da CIPA, SIPAT, PCA, educação continuada Realiza campanhas de vacinação para funcionários e estudantes e outros.

## Estudando: Enfermagem do Trabalho

### Assistência à Saúde na História

#### - Período Pré-Cristão

Neste período as doenças eram tidas como um castigo de Deus ou resultavam do poder do demônio. Por isso os sacerdotes ou feiticeiras acumulavam funções de médicos e enfermeiros. O tratamento consistia em aplacar as divindades, afastando os maus espíritos por meio de sacrifícios.

Usavam-se: massagens, banho de água fria ou quente. Mais tarde os sacerdotes adquiriam conhecimentos sobre plantas medicinais e passaram a ensinar pessoas, delegando-lhes funções de enfermeiros e farmacêuticos. Alguns papiros, inscrições, monumentos, livros de orientações política e religiosa, ruínas de aquedutos e outras descobertas nos permitem formar uma idéia do tratamento dos doentes.

#### - Egito

Os egípcios deixaram alguns documentos sobre a medicina conhecida em sua época. As receitas médicas deviam ser tomadas acompanhadas da recitação de fórmulas religiosas. Praticava-se o hipnotismo, a interpretação de sonhos; acreditava-se na influência de algumas pessoas sobre a saúde de outras. Havia ambulatórios gratuitos, onde era recomendada a hospitalidade e o auxílio aos desamparados.

#### - Índia

Documentos do século VI a.C. nos dizem que os hindus conheciam: ligamentos, músculos, nervos, plexos, vasos linfáticos, antídotos para alguns tipos de envenenamento e o processo digestivo. Realizavam alguns tipos de procedimentos, tais como: suturas, amputações e corrigiam fraturas. Neste aspecto o budismo contribui para o desenvolvimento da enfermagem e da medicina. Os hindus tornaram-se conhecidos pela construção de hospitais. Foram os únicos, na época, que citaram enfermeiros e exigiam deles qualidades morais e conhecimentos científicos. Nos hospitais eram usados músicos e narradores de histórias para distrair os pacientes. O bramanismo fez decair a medicina e a enfermagem, pelo exagerado respeito ao corpo humano - proibia a dissecação de cadáveres e o derramamento de sangue. As doenças eram consideradas castigo.

#### - Assíria e Babilônia

Entre os assírios e babilônios existiam penalidades para médicos incompetentes, tais como: amputação das mãos, indenização, etc. A medicina era baseada na magia - acreditava-se que sete demônios eram os causadores das doenças. Os sacerdotes - médicos vendiam talismãs com orações usadas contra ataques dos demônios. Nos documentos assírios e babilônicos não há menção de hospitais, nem de enfermeiros. Conheciam a lepra e sua cura dependia de milagres de Deus, como no episódio bíblico do banho no rio Jordão. "Vai, lava-te sete vezes no Rio Jordão e tua carne ficará limpa".

#### - China

Os doentes chineses eram cuidados por sacerdotes. As doenças eram classificadas da seguinte maneira: benignas, médias e graves. Os sacerdotes eram divididos em três categorias que correspondiam ao grau da

doença da qual se ocupava. Os templos eram rodeados de plantas medicinais. Os chineses conheciam algumas doenças: varíola e sífilis. Tratamento: anemias, indicavam ferro e fígado; doenças da pele, aplicavam o arsênico. Anestesia: ópio. Construíram alguns hospitais de isolamento e casas de repouso. A cirurgia não evoluiu devido a proibição da dissecação de cadáveres.

### **- Japão**

Os japoneses aprovaram e estimularam a eutanásia. A medicina era fetichista e a única terapêutica era o uso de águas termais.

### **- Grécia**

As primeiras teorias gregas se prendiam à mitologia. Apolo, o deus sol, era o deus da saúde e da medicina. Usavam sedativos, fortificantes e hemostáticos, faziam ataduras e retiravam corpos estranhos, também tinham casas para tratamento dos doentes. A medicina era exercida pelos sacerdotes - médicos, que interpretavam os sonhos das pessoas. Tratamento: banhos, massagens, sangrias, dietas, sol, ar puro, água pura mineral. Dava-se valor à beleza física, cultural e a hospitalidade. O excesso de respeito pelo corpo atrasou os estudos anatômicos. O nascimento e a morte eram considerados impuros, causando desprezo pela obstetrícia e abandono dos doentes graves. A medicina tornou-se científica, graças a Hipócrates, que deixou de lado a crença de que as doenças eram causadas por maus espíritos. Hipócrates é considerado o Pai da Medicina.

Observava o doente, fazia diagnóstico, prognóstico e a terapêutica. Reconheceu doenças como: tuberculose, malária, histeria, neurose, luxações e fraturas. Seu princípio fundamental na terapêutica consistia em "não contrariar a natureza, porém auxiliá-la a reagir". Tratamentos usados: massagens, banhos, ginásticas, dietas, sangrias, e calmantes, ervas medicinais e medicamentos minerais.

### **- Roma**

A medicina não teve prestígio em Roma. Durante muito tempo era exercida por escravos ou estrangeiros. Os romanos eram um povo, essencialmente guerreiro. O indivíduo recebia cuidados do Estado como cidadão destinado a tornar-se bom guerreiro, audaz e vigoroso. Roma distinguiu-se pela limpeza das ruas, ventilação das casas, água pura e abundante e redes de esgoto. Os mortos eram sepultados fora da cidade, na via Ápia. O desenvolvimento da medicina dos romanos sofreu influência do povo grego.

O cristianismo foi a maior revolução social de todos os tempos. Influiu positivamente através da reforma dos indivíduos e da família. Os cristãos praticavam uma tal caridade, que movia os pagãos: "Vede como eles se amam". Desde o início do cristianismo os pobres e enfermos foram objeto de cuidados especiais por parte da Igreja.

### **Período Florence Nightingale**



Nascida a 12 de maio de 1820, em Florença, Itália, era filha de ingleses. Possuía inteligência incomum, tenacidade de propósitos, determinação e perseverança - o que lhe permitia dialogar com políticos e oficiais do Exército, fazendo prevalecer suas idéias. Dominava com facilidade o inglês, o francês, o alemão, o italiano, além do grego e latim. No desejo de realizar-se como enfermeira, passa o inverno de 1844 em Roma, estudando as atividades das Irmandades Católicas. Em 1849 faz uma viagem ao Egito e decide-se a servir a Deus, trabalhando em Kaiserswert, Alemanha, entre as diaconisas.

Decidida a seguir sua vocação, procura completar seus conhecimentos que julga ainda insuficiente. Visita o Hospital de Dublin dirigido pelas Irmãs de Misericórdia, Ordem Católica de Enfermeiras, fundada 20 anos antes. Conhece as Irmãs de Caridade de São Vicente de Paulo, na Maison de la Providence em Paris. Aos poucos vai se preparando para a sua grande missão.

Em 1854, a Inglaterra, a França e a Turquia declaram guerra à Rússia: " Guerra da Criméia." Os soldados acham-se no maior abandono. A mortalidade entre os hospitalizados é de 40%. Florence partiu para Scutari com 38 voluntárias entre religiosas e leigas vindas de diferentes hospitais. Algumas enfermeiras foram despedidas por incapacidade de adaptação e principalmente por indisciplina. A mortalidade decresce de 40% para 2%. Os soldados fazem dela o seu anjo da guarda e ela foi imortalizada como a "Dama da Lâmpada" porque, de lanterna na mão, percorre as enfermarias, atendendo os doentes. Durante a guerra contrai tifo e ao retornar da Criméia, em 1856, leva uma vida de inválida.

Dedica-se porém, com ardor, a trabalhos intelectuais. Pelos trabalhos na Criméia, recebe um prêmio do Governo Inglês e, graças a este prêmio, consegue iniciar o que para ela é a única maneira de mudar os destinos da Enfermagem - uma Escola de Enfermagem em 1859. Após a guerra, Florence fundou uma escola de Enfermagem no Hospital Saint Thomas, que passou a servir de modelo para as demais escolas que foram fundadas posteriormente. A disciplina rigorosa, do tipo militar, era uma das características da escola nightingaleana, bem como a exigência de qualidades morais das candidatas. O curso, de um ano de duração, consistia em aulas diárias ministradas por médicos.

Nas primeiras escolas de Enfermagem, o médico foi de fato a única pessoa qualificada para ensinar. A ele cabia então decidir quais das suas funções poderiam colocar nas mãos das enfermeiras. Florence morre em 13 de agosto de 1910, deixando florescente o ensino de Enfermagem. Assim, a Enfermagem surge não mais

como uma atividade

empírica, desvinculada do saber especializado, mas como uma ocupação assalariada que vem atender a necessidade de mão-de-obra nos hospitais, constituindo-se como uma prática social institucionalizada e específica.

## Estudando: Enfermagem do Trabalho

### Programas de Saúde Ocupacional

É obrigatório para todas as empresas que possuem funcionários manter os PROGRAMAS DE CONTROLE MÉDICO DE SAÚDE OCUPACIONAL (PCMSO) e PROGRAMA DE PREVENÇÃO DE RISCOS AMBIENTAIS (PPRA), seguindo alguns critérios estabelecidos, a seguir:

#### PROGRAMA CONTROLE MÉDICO SAÚDE OCUPACIONAL (PCMSO).

Conforme o estabelecido pela NR 7, ( Norma Regulamentadora redigida pelo Ministério do Trabalho), “torna-se obrigatório a elaboração e implementação, por parte dos empregadores e instituições que admitam empregados, do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO), visando à promoção e preservação da saúde do conjunto dos seus trabalhadores. É de responsabilidade da empresa garantir a elaboração e efetiva implementação, custear todos os procedimentos relacionados ao PCMSO e, quando solicitado pela inspeção do trabalho, comprovar a execução do pagamento”. Ficam desobrigadas de indicar médico coordenador as empresas de grau de risco 1 e 2 segundo a NR 4, com até 25 (vinte cinco) empregados e aquelas de grau de risco 3 e 4, com até 10 (dez) empregados. Caberá a empresa contratante de mão de obra prestadora de serviços informar a empresa contratada dos riscos existentes e auxiliar na elaboração e implementação do PCMSO nos locais de trabalho onde os serviços estão sendo prestados.

Resumidamente, este programa tem por finalidade o acompanhamento por médico especializado em medicina do trabalho sendo elaborado, os ATESTADOS de SAÚDE OCUPACIONAL (ASO), que fazem parte do programa, são eles ADMISSIONAL, PERIÓDICO, de RETORNO AO TRABALHO, de MUDANÇA DE FUNÇÃO e DEMISSIONAL .

#### PROGRAMA DE PREVENÇÃO DE RISCOS AMBIENTAIS (PPRA).

Conforme trata a Norma Regulamentadora 4 (NR 4), “é obrigatório a elaboração e implementação, por parte de todos os empregadores e instituições que admitam trabalhadores como empregados, do Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA), visando à prevenção da saúde e da integridade dos trabalhadores, por meio da antecipação, reconhecimento, avaliação e consequente controle da ocorrência de riscos ambientais existentes ou que venham a existir no ambiente de trabalho, tendo em consideração a proteção do meio ambiente e dos recursos naturais”.

Devem ser desenvolvidas no âmbito de cada estabelecimento da empresa, sob responsabilidade do empregador, com a participação dos trabalhadores, o PPRA é parte integrante do conjunto mais amplo das iniciativas da empresa no campo da preservação da saúde e da integridade dos trabalhadores, devendo estar articulado com o disposto nas demais NR, em especial com o PCMSO. O PPRA deve estar descrito num documento base contendo todos os aspectos estruturais, este documento base e suas alterações devem estar disponíveis de modo a proporcionar o imediato acesso às autoridades competentes.

## Estudando: Enfermagem do Trabalho

### Higiene Ocupacional

Segundo a NR-9, a Higiene Ocupacional visa à prevenção da doença ocupacional através do reconhecimento, avaliação, controle dos agentes ambientais, prevendo uma atuação deliberada no ambiente de trabalho como forma de prevenir a doença.

São considerados agentes ambientais os agentes físicos, químicos, biológicos e ergonômicos.

Sendo necessárias para o estudo do impacto destes agentes sobre a saúde as disciplinas de engenharia para avaliação e controle, química analítica (laboratórios), bioquímica, toxicologia e medicina.

O objetivo principal da higiene ocupacional é reduzir a exposição de médio e longo prazo, visto que, nem sempre é possível eliminar totalmente o risco do ambiente de trabalho.

O Programa de Prevenção de Risco Ambientais (PPRA), é parte integrante de um conjunto de medidas que visam a preservação da saúde e da integridade dos trabalhadores na empresa, por isso deve estar articulado ao Programa de Controle Médico Ocupacional (PCMSO) previsto na NR-7. Baseia-se através da antecipação, reconhecimento, avaliação e controle da ocorrência de riscos ambientais existentes ou que venham a existir no ambiente de trabalho, constituindo nada mais que a base da higiene ocupacional.

Do ponto de vista da higiene ocupacional, “antecipar” significa trabalhar com projetos, visando à detecção precoce de fatores de risco ligados a agentes ambientais e adotando opções de projeto que favoreçam a sua eliminação ou controle.

A próxima fase é estabelecer uma “polícia de fronteira” na empresa, rastreando e analisando todo novo produto a ser utilizado, para passar a fase de gestão de mudanças.

Na “gestão de mudanças” são ditadas normas preventivas para evitar exposições inadvertidas a agentes ambientais.

Reconhecer sob a ótica da higiene ocupacional é ter conhecimento prévio dos agentes do ambiente de trabalho, saber reconhecer os riscos presentes nos processos, materiais, operações associadas, manutenção, subprodutos, rejeitos, produto final, insumos, entre outros.

Estudar o processo, atividades e operações associadas e processos auxiliares, não apenas com os dados existentes na empresa, mas também conhecendo a literatura ocupacional são de fundamental importância para melhores resultados.

É indispensável ir a campo, não há como fazer higiene sem ir ao local de trabalho verificar incansavelmente os serviços e operações.

A avaliação compreende a emissão de um juízo de tolerabilidade sobre uma exposição a um agente ambiental. O juízo é dado pela comparação da informação da exposição ambiental com um critério denominado “limite de exposição” ou “limite de tolerância”.

O Fundacentro diz que, “Limite de Tolerância” é o parâmetro de exposição ocupacional que representa condições sob as quais se acredita que, a maioria dos trabalhadores possa estar exposta, repetidamente, sem sofrer efeitos adversos à sua saúde.

A referência é o nível de exposição para 8 horas com 100% da dose, ou seja, da energia sonora.

A NR-15 relaciona o Limite de Tolerância (LT) a concentração ou a intensidade máxima ou mínima, com a natureza e o tempo de exposição ao qual o trabalhador permanecerá com o agente sem sofrer dano à saúde durante sua vida laboral.

Os limites de exposição são baseados em informações disponíveis da experiência industrial, estudos experimentais com animais e seres humanos.

O controle ocorre por adoção de medidas de engenharia sobre as fontes e trajetórias do agente, atuação sobre o equipamento e ações específicas de controle, intervenção sobre as operações, reorientação os procedimentos para que se possa reduzir ou eliminar a exposição, definição de ações de controle sobre o indivíduo que inclui a proteção individual, mas não se limita a esta.

Pode-se dizer resumidamente que, as ferramentas da higiene ocupacional são: análise e gerência de riscos, análise dos riscos do trabalho, árvore das causas, identificação dos riscos, análise dos riscos, avaliação dos riscos e tratamento dos riscos.

Segundo a Norma de Higiene Ocupacional – NHO1, no “nível de ação” devem ser iniciadas ações preventivas de forma a minimizar a probabilidade de que exposições ao ruído causem prejuízos à audição no trabalhador e evitar que o limite de exposição seja ultrapassado.

A medida genérica de controle ambiental do ruído é, em primeiro lugar, o enclausuramento da fonte geradora, limitação da exposição, educação e treinamento dos funcionários, controle médico e uso de equipamento de proteção individual.

A redução na fonte pode ser obtida: usando equipamentos mais silenciosos e reduzindo a amplitude dos esforços envolvidos. Nesta etapa o intuito é reduzir impactos, instalar isoladores, utilizar absorventes dinâmicos, balancear as partes móveis, reduzir atritos (lubrificar), corrigir eixos tortos ou desalinhados, defeitos etc.

A atenuação da resposta dinâmica dos componentes, alteração da frequência da ressonância dos painéis, tampas e outras estruturas, assim como a redução da irradiação do som junto ao isolamento, protetores de borracha e molas já irão causar uma grande diminuição do ruído.

Alterar o procedimento da operação também pode ajudar, para isso é preciso reavaliar a produção e programá-la, além de verificar se há operações que podem ser eliminadas.

Muitas vezes a questão passa por má distribuição do maquinário ou divisórias que reproduzem ecos, a própria estrutura física pode favorecer o problema, assim como adaptações que vão sendo feitas aleatoriamente sem análise prévia.

A alteração do Lay-out com redistribuição do maquinário, posicionamento das fontes de ruído em relação à sua diretividade, uso de absorventes e materiais atenuadores, reflexores e barreiras de som, revestimento de dutos internos e externos e confinamento do equipamento são úteis.

Outra questão importante é a localização do pessoal em relação ao material, o treinamento sobre os prejuízos que o ruído pode causar na audição e na saúde, a limitação da exposição, o uso obrigatório do equipamento de proteção individual e o controle audiométrico.

Os níveis de ruído flutuam ou variam de maneira aleatória ou não dentro do ambiente de trabalho e com o tempo pode causar dano à audição. Para o nível de ruído contínuo, torna-se fácil, avaliar seu efeito, mas se ele varia com o tempo, deve-se realizar uma dosimetria, de forma que todos os dados de nível de pressão sonora e tempo possam ser analisados e calculado o nível de ruído equivalente (LEQ), que representa um nível de ruído contínuo em dB(A), que possui o mesmo potencial de lesão auditiva que o nível O ruído contínuo é aquele que permanece estável com variações máximas de 3 a 5dB(A) durante um longo período. O ruído intermitente tem variação maior ou menor de intensidade.



Segundo a NR-15 os limites de tolerância são para até 48 horas semanais para o ruído contínuo e intermitente. Devendo ser medidos em decibéis (dB) com instrumento de nível de pressão sonora operando no circuito de compensação “A” e circuito de resposta lenta “SLOW”, com leituras próximas ao ouvido do trabalhador. O nível do ruído não deve exceder o limite de tolerância do quadro do anexo 1 da NR-15.

Segundo a NHO1, o critério de referência para os limites de exposição diária adotados para ruídos contínuos e intermitentes correspondem a uma dose diária de 100% para a exposição de 8 horas ao nível de 85 dB(A). O critério de avaliação considera, além do critério de referência, o incremento de duplicação de dose (q) igual a 3 e o nível limiar de integração igual a 80dB(A).

A avaliação da exposição ocupacional ao ruído contínuo ou intermitente deverá ser feito por meio da determinação da dose diária de ruído ou do nível de exposição, usando medidores integrados de uso pessoal (dosímetro de ruído) fixados no trabalhador.

A determinação da dose de exposição ocupacional ao ruído deve ser preferencialmente feita por dosímetro de ruído, ajustado conforme suas especificações no sub-ítem 6.2.1.1 da NHO1.

Caracteriza risco grave e eminente a exposição a ruído contínuo ou intermitente acima de 115dB(A) sem proteção auditiva.

O nível de ação, segundo a NHO1 deve ser iniciado sempre que a exposição ao ruído esteja entre 82 a 85 dB(A), enquanto que acima de 85dB(A) já se deve introduzir o equipamento de proteção individual.

Na impossibilidade do uso de dosímetro de ruído, a medição da dose de exposição ocupacional ao ruído pode ser feita pelo uso dos medidores portados pelo avaliador ou pela avaliação da exposição de um trabalhador ao ruído contínuo ou intermitente por meio do nível de exposição.

O ruído de impacto é aquele que apresenta picos de energia acústica de duração inferior a 1,0 segundo com intervalos superiores a 1 segundo. Devem ser medidos em decibéis com medidor de nível de pressão sonora operando no circuito linear e circuito de resposta para o impacto. A leitura é feita próxima ao ouvido do trabalhador considerando 130dB (LINEAR) o limite de tolerância para o ruído de impacto, durante os intervalos a medida é feita como ruído contínuo.

No caso de não se dispor de medidor do nível de pressão sonora com circuito de resposta para o impacto, será válida a leitura feita no circuito de resposta rápida (FAST) e circuito de compensação “C”, neste caso o nível de tolerância será de 120db(C).

As operações ou atividades que exponham o trabalhador sem proteção adequada a níveis de ruídos de impacto superiores a 140dB (LINEAR), medidos em circuito de resposta para o impacto, ou superiores a 130dB (C), medidos no circuito de resposta rápida (FAST), oferecerão risco grave e eminente.

O limite de tolerância valor teto para o ruído de impacto é de 140dB (Lin), quando o número de ruídos de impacto exceder 10.000 deverá ser considerado como contínuo ou intermitente.

A avaliação de ruído deverá ser feita caracterizando a exposição de todos os trabalhadores, considerando os grupos homogêneos, situações típicas, condições reais e de todos os momentos da jornada de trabalho, se houver ciclos na empresa cobrir o maior número de ciclos.

Conforme a Lei 6.514 de 22/11/77 relativa ao capítulo V do Título II da CLT relativo à Segurança e Medicina do Trabalho dado pela portaria Nº 3.751 de 23/11/1990, alínea “a” do sub-ítem 17.5.2 da NR-17, os níveis de ruído devem estar de acordo com NBR 10152 registrada no INMETRO.

O sub-ítem 17.5.2.1 da NR-17, para as atividades que possuam as características definidas no sub-ítem 17.5.2, mas que não apresentam equivalência ou correlação com aquelas relacionadas na NBR 10152, o nível de ruído aceitável para efeito de conforto será de até 65 dB(A) e a curva avaliação de ruído (NC) de valor não superior a 60.

Segundo os parâmetros previstos no sub-ítem 17.5.2 da NR-17, os níveis de ruído devem ser medidos próximos a zona auditiva e as demais variáveis na altura do tórax do trabalhador.

A medição do Nível de Pressão Sonora deve contemplar o Espectro Sonoro do Ruído e um bom relatório deve abordar no mínimo as seguintes informações:

**Nível Sonoro Equivalente – LEQ por espectro de 1/3 oitava em dB(A):** que é o valor médio dos Níveis de Pressão Sonora, integrado em uma faixa de tempo específico, e que corresponde à energia do ruído. É o nível contínuo que tem o potencial acústico que o nível variável existente no recinto. Essa é a interpretação do valor físico mais significativo nas avaliações acústicas;

**L5-L10-L50-L90-L95 por espectro de 1/3 oitava em dB(A):** é a distribuição estatística no tempo, e mostra qual o percentual do tempo total de exposição em relação ao nível de pressão sonora dB(A) acima do qual os níveis permanecem. Por exemplo, L50 representa o valor acima do qual os demais níveis permanecem 50% do tempo total, isso é importante para se qualificar a variação dos níveis de pressão sonora avaliados;

**SEL:** é o nível de exposição sonora utilizados para ruídos transientes, acumulados durante o tempo computado, com tempo de integração de 1,0 segundo;

**PICO (Linear):** é o nível de pressão sonora mais alto medido instantaneamente que ocorre durante o tempo de avaliação, medido na escala linear (sem circuito de compensação) para comparação com valores limites estabelecidos na NR-15 (130dB);

**LEQ por espectro de 1/8 em dB(A):** mostrando os valores LEQ do ruído existente no local avaliado para qualificar o ruído em comparação às curvas isofônicas (curvas NC);

**CURVAS DE AVALIAÇÃO DE RUÍDO:** apresenta os mesmos valores do item anterior, porém em dB (linear), e se presta a comparar os valores medidos com as curvas isofônicas padronizadas (Curvas NC), para avaliação dos níveis de conforto acústico;

**EVOLUÇÃO DOS NÍVEIS MÁXIMOS MEDIDOS em dB (A):** indica os máximos valores medidos pelo equipamento (segundo a segundo) para os valores totais (broadband), mostrando como o ruído da área avaliada se comporta ao longo do tempo. Desta avaliação pode-se concluir, por exemplo, qual o ciclo do nível do ruído da área/máquinas;

**CÁLCULOS DA EFICÁCIA DOS PROTETORES AUDITIVOS:** utilizando os cálculos criteriosos e valendo-se das atenuações e desvios padrões fornecidos pelos CA (Certificados de Aprovação) oficiais dos protetores auditivos efetivamente utilizados;

**Nível Sonoro Equivalente – LEQ por espectro de 1/3 oitava em dB(A):** que é o valor médio dos Níveis de Pressão Sonora, integrado em uma faixa de tempo específico, e que corresponde à energia do ruído. É o nível contínuo que tem o potencial acústico que o nível variável existente no recinto. Essa é a interpretação do valor físico mais significativo nas avaliações acústicas;

A medição irá apontar se o local é ou não insalubre pelo agente físico ruído, se os protetores auditivos são eficazes na proteção auditiva dos usuários e se o local atende as determinações e os limites estabelecidos pelas normas da ABNT – NBR-10151 e NBR10152, resolução do CONAMA e legislação do Município se houver.

A medição servirá para emissão do Laudo Técnico das Condições Ambientais de Trabalho conforme as determinações do INSS, o qual servirá também de base para empresa emitir o PPP (Perfil Profissiográfico Previdenciário) e com as conclusões da avaliação.

Os recursos utilizados para a medição são o dosímetro e o analisador de nível sonoro em tempo real.

Como já abordado anteriormente, o nível de ação em higiene ocupacional se refere à redução dos níveis de ruídos e suas más consequências para a saúde do trabalhador e para a produção discute-se abaixo algumas

sugestões.

O isolamento acústico refere-se a capacidades de certos materiais formarem uma barreira que impede a propagação da onda sonora ou ruído passe de um lugar para outro, usando quando se deseja que um ruído não alcance o homem, por exemplo.

A absorção acústica trata de minimizar a reflexão sonora das ondas num mesmo ambiente, ou seja, diminuir ou eliminar o nível de reverberação (que é a variação do eco) num mesmo ambiente. Neste caso, o objetivo é reduzir os níveis de pressão sonora no local e melhorar o nível de inteligibilidade.

Um bom projeto acústico prevê isolamento e a absorção com critérios bem definidos, objetivando melhor eficácia no resultado final, para isso considerando o desempenho acústico dos materiais a serem aplicados, sua fixação, posição relativa à fonte de ruído e facilidade de manutenção sem restringir a funcionalidade do recinto. Porém, não significa a solução do problema.

A medição irá apontar se o local é ou não insalubre pelo agente físico ruído, se os protetores auditivos são eficazes na proteção auditiva dos usuários e se o local atende as determinações e os limites estabelecidos pelas normas da ABNT – NBR-10151 e NBR10152, resolução do CONAMA e legislação do Município se houver.

A medição servirá para emissão do Laudo Técnico das Condições Ambientais de Trabalho conforme as determinações do INSS, o qual servirá também de base para empresa emitir o PPP (Perfil Profissiográfico Previdenciário) e com as conclusões da avaliação.

Os recursos utilizados para a medição são o dosímetro e o analisador de nível sonoro em tempo real.

Quando as medidas de proteção coletiva e de higiene ocupacional são insuficientes para garantir a saúde auditiva do trabalhador, passa a ser indicado o equipamento de proteção individual.

Existem no mercado basicamente dois tipos de protetores auriculares, o protetor circum-auricular e o protetor de inserção.

Os protetores circum-auriculares são do tipo fone. Caracterizam-se por não requererem ajustes complexos, higiênicos, terem custo inicial elevado e interferirem com óculos e outros equipamentos de proteção individual.

Os protetores de inserção, podem ser do tipo plug ou tampão e dividem-se em dois grupos: os moldados e os moldáveis.

Os moldados são feitos de PVC ou silicone e são fabricados em tamanhos pequeno, médio e grande para se adaptar melhor ao ouvido.

Os moldáveis são feitos de espuma e apresentam proteção mais eficaz, pois se ajustam de forma perfeita ao canal auditivo, além do que não são percebidos à distância, se ajustam a cada pessoa, tem baixo custo inicial, são fáceis de carregar e podem ser usados com óculos, no entanto só podem ser usados por pessoas sadias.

O valor de atenuação de ruído é fornecido pelos fabricantes e também consta no certificado de aprovação (CA) do equipamento.

A Norma ANSI (American National Standards Institute), recomenda que se o NRR (Número de redução de ruído) fornecido pelo fabricante for resultado de métodos diferentes da ANSI S12.6-1997, o usuário deve considerar como NRR o valor da seguinte subtração, conforme o tipo protetor:

Protetor tipo fone: subtrair 25% do NRR impresso no rótulo;

Protetor plugue moldável: subtrair 50% do NRR impresso no rótulo;

Outros protetores tipo plugue: subtrair 70% do NRR impresso no rótulo;

O ideal é que este tipo de equipamento já atenda além das recomendações brasileiras, as americanas também, para evitar que sejam necessários os cálculos.

A proteção do ouvido visa prevenir a “perda auditiva induzida pelo ruído ocupacional (PAIR)”, definida como uma perda neurosensorial, bilateral, progressiva e irreversível decorrente da exposição crônica ao ruído de níveis de pressão sonora entre 80 a 129 dB(A) nos ambientes de trabalho.

## Estudando: Enfermagem do Trabalho

### Toxicologia

Toxicidade é a característica de uma molécula química ou composta que produz uma doença, uma vez que alcança um ponto suscetível dentro ou na superfície do corpo.

Perigo toxicológico é a probabilidade de a doença ser causada através da maneira pela qual a substância esteja sendo utilizada.

#### Termos relacionados com a Toxicidade:

**Aguda:** este termo será empregado no senso médico para significar “de curta duração”. Quando aplicado para materiais que podem ser inalados ou absorvidos através da pele, será referido como uma simples exposição de duração medida em segundos, minutos ou horas. Quando aplicado a materiais que são ingeridos, será referido comumente como uma pequena quantidade ou dose.

**Crônica:** este termo será usado em contraste com aguda, e significa de longa duração. Quando aplicado a materiais que podem ser inalados ou absorvidos através da pele, será referido como períodos prolongados ou repetitivos de exposição de duração medida em dias, meses ou anos. Quando aplicado a materiais que são ingeridos, será referido como doses repetitivas com períodos de dias, meses ou anos. O termo “crônico” não se refere ao grau (mais severo) dos sintomas, mas se importará com a implicação de exposições ou doses que podem ser relativamente perigosas, a não ser quando estendidas ou repetidas após longos períodos de tempo (dias, meses ou anos). Neste curso, o termo “crônico” inclui exposições que podem também ser chamadas de “subagudas”, como por exemplo algum ponto entre aguda e crônica.

**Local:** este termo se refere ao ponto de ação de um agente e significa que a ação ocorre no ponto ou área de contato. O ponto pode ser pele, membranas mucosas, membranas dos olhos, nariz, boca, traquéia, ou qualquer parte ao longo dos sistemas respiratório ou gastrointestinal. A absorção não ocorre necessariamente.

**Sistêmico:** este termo se refere a um ponto de ação diferente do ponto de contato e pressupõe que ocorreu absorção. É possível, entretanto, que agentes tóxicos possam ser absorvidos através de canal (pele, pulmões ou canal gastrointestinal) e produzirem manifestações posteriores em um daqueles canais que não são um resultado do contato direto original. Desta maneira é possível para alguns agentes produzir efeitos perigosos em um simples órgão ou tecido como o resultado de ambas as ações “local e sistêmica”.

**Absorção:** diz-se que um material foi absorvido somente quando tenha alcançado entrada no fluxo sanguíneo e conseqüentemente poder ser carregado para todas as partes do corpo. A absorção necessita que a substância passe através da pele, membrana mucosa, ou através dos alvéolos pulmonares (sáculos de ar dos pulmões). Também pode ser se dar através de uma agulha (subcutânea, intravenosa, etc...), mas esta via não é de muita importância em Higiene Industrial.

Uma explanação das classificações de toxicidade é dada nos seguintes parágrafos:

**U (Unknown - Desconhecida):** esta designação se refere a substâncias que se enquadram numa das seguintes categorias:

1. Informações toxicológicas não puderam ser encontradas na literatura e em outras fontes.
2. Informações limitadas baseadas em experimentos com animais estavam disponíveis, mas, na opinião de peritos, estas informações não podem ser aplicadas para exposição humana. Em alguns casos, estas

informações são mencionadas com tal frequência que o leitor poderá saber que algum trabalho experimental foi desenvolvido.

**0 Não tóxico:** esta designação se refere a materiais que se enquadram numa das seguintes categorias:

1. Materiais que não causam risco algum sob qualquer condição de uso.
2. Materiais que produzem efeitos tóxicos em humanos somente sob condições muito fora do comum ou através de dosagem excessivamente alta.

### **1 Levemente tóxico:**

Aguda local. Materiais que, numa única exposição durante segundos, minutos ou horas causam apenas efeitos brandos na pele ou membranas mucosas indiferente da extensão da exposição.

Aguda sistêmica. Materiais que podem ser absorvidos pelo corpo por inalação, ingestão ou através da pele e que produzem somente efeitos brandos seguidos de uma única exposição durante segundos, minutos ou horas; ou seguidos de ingestão de uma única dose, indiferente da quantidade absorvida ou da extensão de exposição.

Crônica local. Materiais que, em exposições contínuas ou repetitivas, estendendo-se durante períodos de dias, meses ou anos, causam apenas danos leves para a pele ou membrana mucosa. A extensão de exposição pode ser grande ou pequena.

Crônica sistêmica. Materiais que podem ser absorvidos pelo corpo por inalação, ingestão ou através da pele e que produzem somente efeitos brandos seguidos de exposições contínuas ou repetitivas durante dias, meses ou anos. A extensão da exposição pode ser grande ou pequena.

Em geral aquelas substâncias classificadas como sendo levemente tóxicas, produzem mudanças no corpo humano que são prontamente reversíveis e que desaparecerão ao término da exposição, com ou sem tratamento médico.

### **2 Moderadamente tóxico:**

Aguda local. Materiais que podem em simples exposição durante segundos, minutos ou horas, causar efeitos moderados na pele ou membranas mucosas. Estes efeitos podem ser o resultado de segundos de exposição intensa ou exposição moderada durante horas.

Aguda sistêmica. Materiais que podem ser absorvidos pelo corpo por inalação, ingestão ou através da pele e que produzem efeitos moderados seguidos de simples exposição durante segundos, minutos ou horas, ou seguidos de ingestão de uma única dose.

Crônica local. Materiais que, em exposições repetitivas ou contínuas, estendendo-se a períodos de dias, meses ou anos, causam danos moderados para a pele ou membranas mucosas.

Crônica sistêmica. Materiais que podem ser absorvidos pelo corpo por inalação, ingestão ou através da pele e que produzem efeitos moderados seguidos de exposição contínua ou repetitiva, estendendo-se por períodos de dias, meses ou anos.

Aquelas substâncias classificadas como sendo moderadamente tóxicas, podem produzir mudanças irreversíveis, bem como reversíveis no corpo humano. Estas mudanças não são tão severas para ameaçarem a vida ou produzirem sérias incapacidades físicas permanentes.

### **3 Severamente tóxico:**

Aguda local. Materiais que, em uma simples exposição durante segundos ou minutos, causam danos à pele ou membranas mucosas de severidade suficiente para ameaçarem a vida ou para causarem danos físicos permanentes ou até desfiguração.

Aguda sistêmica. Materiais que podem ser absorvidos pelo corpo por inalação, ingestão ou através da pele e que podem causar danos de severidade suficiente para ameaçarem a vida, seguido de uma simples exposição durante segundos, minutos ou horas, ou seguido de ingestão de uma simples dose.

Crônica local. Materiais que, em exposições contínuas ou repetitivas, estendendo-se por períodos de dias, meses ou anos, podem causar danos à pele ou membranas mucosas de severidade suficiente para ameaçarem a vida ou para causarem danos físicos permanentes ou até desfiguração (mudanças irreversíveis).

Crônica sistêmica. Materiais que podem ser absorvidos pelo corpo através de inalação, ingestão ou através da pele e que podem causar morte ou sérios danos físicos, seguido de exposições contínuas ou repetitivas a pequenas quantidades durante períodos de dias, meses ou anos.

## Estudando: Enfermagem do Trabalho

### Tonometria



A tonometria é um exame realizado aos olhos, com o objetivo de medir a pressão dentro do olho (intra-ocular), com o auxílio de um tonómetro. O aparelho pode ser de não contacto (sopro) ou de aplanação acoplado ao aparelho (lâmpada de fenda).

O aparelho de sopro tem uma zona onde a pessoa apóia o queixo e de seguida o médico alinha o feixe de luz. É enviado um sopro de ar para o olho que permite medir a alteração da luz na córnea durante o sopro.

O de aplanação mede a força que é preciso para achatar determinada zona da córnea. O tonómetro tem uma zona onde a pessoa encaixa a testa e o queixo, e depois o médico ajustada a luz do aparelho até ao olho. O olho é previamente anestesiado com gotas de colírio, de seguida é regulada a tensão do aparelho e executa-se as medições.

Também existe um aparelho de contacto, onde a zona que toca o exterior do olho é parecido a um lápis. Também é colocado anestesia.



## Estudando: Enfermagem do Trabalho

### Epidemiologia

Epidemiologia é uma ciência que estuda quantitativamente a distribuição dos fenômenos de saúde/doença, e seus fatores condicionantes e determinantes, nas populações humanas. Alguns autores também incluem na definição que a epidemiologia permite ainda a avaliação da eficácia das intervenções realizadas no âmbito da saúde pública.

Considerada como a principal “ciência básica” da saúde coletiva, a Epidemiologia analisa a ocorrência de doenças em massa, ou seja, em sociedades, coletividades, classes sociais, grupos específicos, dentre outros levando em consideração causas categóricas dos geradores estados ou eventos relacionados à saúde das populações características e suas aplicações no controle de problemas de saúde.

Desta maneira podemos entender a epidemiologia como a ciência que estuda o comportamento das doenças em uma determinada comunidade, levando em consideração diversas características ligadas à pessoa, espaço físico e também tempo, desta maneira é possível determinar as medidas de prevenção e controle mais indicadas para o problema em questão como também avaliar quais serão as estratégias a serem adotadas e se as mesmas causaram impactos, diminuindo e controlando a ocorrência da doença em análise.

Vale ressaltar que enquanto a clínica trata a doença individualmente, a epidemiologia aborda o processo saúde-doença em populações ou grupos de pessoas.

A análise de determinação causal das doenças em uma coletividade humana, dividida em classes sociais e/ou grupos específicos de populações (ou a distribuição desigual das doenças nas sociedades) exige da epidemiologia uma interação transdisciplinar e estabelece sua dependência a outras ciências a exemplo das: Ciências Sociais (Antropologia, Sociologia, Etnologia); Ciência Política; Estatística; Economia; Demografia; Ecologia e História.

Por outro lado sua origem, histórica e conceitual, na clínica médica e dependência de ambas à patologia (estudada inicialmente como série de casos) para identificação do objeto de análise, o processo saúde/doença, é responsável pela grande cisão da epidemiologia moderna em epidemiologia social e a epidemiologia clínica, sendo essa última, portanto a aplicação de métodos epidemiológicos à prática clínica e a primeira, a ciência que responde às demandas da medicina preventiva e promoção da saúde com a teoria da multi causalidade das doenças e as necessárias intervenções sócio-econômicas para redução da pobreza, melhoria das condições de vida e saneamento do meio - ambiente.

O inquestionável é a evolução e as muitas definições de epidemiologia. No decurso dos últimos 60 anos, a definição desta tem vindo a alargar-se desde a sua preocupação com as doenças infecto-contagiosas e outras doenças transmissíveis (o estudo das epidemias) até abarcar, presentemente, todos os fenômenos relacionados com a saúde das populações.

### Metodologia da investigação epidemiológica

Segundo Pereira, 2005, a sistemática predominante de raciocínio, em epidemiologia, é própria da lógica indutiva, mediante a qual, partindo-se de certo número de dados, estabelece-se uma proposição mais geral e, ainda segundo esse autor, os métodos utilizados na epidemiologia são encontrados em outras áreas do conhecimento, embora seja freqüente a referência a métodos epidemiológicos, eles devem ser entendidos como certo número de estratégias adaptadas para aplicação a situações próprias do estudo da saúde da população.

A identificação do padrão de ocorrência de doenças nas populações humanas e dos fatores que influenciam (determinam, condicionam) tem sido reiteradamente definida como o objeto de estudo da epidemiologia.

As Hipóteses epidemiológicas (elemento indispensável de qualquer pesquisa científica) deverão relacionar tais fatores ou variáveis, orientando a forma com que os dados referentes ao agravo e seus fatores condicionantes ou determinantes serão associados bem como o contexto (marco teórico) em que os resultados encontrados serão submetidos à comparação.

Na investigação epidemiológica a identificação da doença (definição de caso) tem uma natureza ditada pela comparabilidade potencial e uma tendência à padronização, ao contrário da clínica que reconhece a individualidade de cada paciente.

Os instrumentos de medida e/ou identificação de caso estão sujeitos a erros sistemáticos (viés) em função de sua maior ou menor sensibilidade (capacidade para identificar um maior número de casos incluindo inevitavelmente os falsos positivos) e especificidade (capacidade de só incluir casos positivos).

### **Medidas de morbimortalidade**

Apesar da prática cotidiana da administração de serviços de saúde ter consagrado o termo indicador para os valores numéricos com os quais se mensura o nível de saúde de uma população pela frequência de óbitos ou eventos mórbidos – ocorrência de doenças e agravos à saúde registrados ou medidas da oferta de procedimentos de serviços específicos de saúde, as proposições teóricas distinguem indicadores e índices.

Observe-se que apesar das tentativas ainda não existem indicadores positivos, consagrados de saúde (o mais próximo seria a ausência de sinais e sintomas) e o estado de saúde é medido por sua ausência, ou seja, frequência de doenças e óbitos.

De acordo com a OMS, 1981, indicadores de saúde são variáveis que servem para medir as mudanças na situação de saúde, uma variável, portanto, susceptível de mensuração direta que reflete o estado de saúde das pessoas numa comunidade, enquanto que índice de saúde é uma indicação numérica do estado de saúde de uma população derivada de uma fórmula composta especificada.

Tomando o exemplo dado por Pereira, 2005, o número de óbitos de pessoas de uma determinada região em um determinado momento é uma variável ou indicador e o APGAR e os Coeficientes de morbimortalidade, índices. O APGAR mede a vitalidade dos recém nascidos (RN) através de cinco sinais clínicos (batimentos cardíacos, movimentos respiratórios, reflexos, tônus muscular e coloração da pele). Além de sua utilização no diagnóstico clínico, a frequência de RN com baixos índices de APGAR traduz a deficiente oferta de serviços de pré-natal e a elevada demanda por consultas de neuropediatria e serviços de reabilitação (estimulação precoce). A mortalidade por grupos específicos de causa, por sua vez, refletem tanto características do modo de adoecer (morbidade) como do modo de morrer (mortalidade) traduzindo as necessidades e demandas de saúde de uma população.

### **Coeficiente e taxas**

Para fins de comparação de frequências os números absolutos dos indicadores precisam ser transformados em coeficientes e taxas (razão proporcional) em inglês rate. Em estudos epidemiológicos, o numerador, seja o número de pessoas que adoeceram ou morreram em um determinado momento histórico e região, é sempre expresso em relação ao total de pessoas que compõem essa população (denominador).

Os coeficiente e taxas podem ser padronizados ou não, ou seja, em função das diferenças entre populações (a exemplo da composição etária) podem ser ajustados a padrões internacionais (população mundial, população européia, etc.). É essencial distinguir índices onde os casos incluídos no numerador são também colocados no denominador, o que pode representar uma relação de possibilidade ou risco e a simples comparação entre a

frequência de dois eventos da mesma espécie – razão, (em ing. ratio) uma medida de comparação de grandezas que não estabelece uma probabilidade de ocorrência.

## **Medidas de frequência**

Os indicadores podem ainda ser diferenciados por expressarem a incidência e a prevalência, apesar da utilização indiferenciada, como ocorrência de agravos ou patologias, por parte de leigos, mas possui, para o epidemiologista, significados distintos de ocorrência de casos novos e identificação da totalidade de casos existentes em momento histórico, respectivamente.

A Incidência expressa a velocidade de ocorrência, na medida em que identifica a frequência de casos novos em um determinado período observado longitudinalmente, enquanto que a Prevalência expressa o total acumulado de casos em um determinado período observado como uma secção temporal (prevalência instantânea).

Os dados de eventos mórbidos ou agravos, com os quais se compõem os indicadores de incidência e prevalência, são obtidos em inquéritos específicos compondo os registros dos bancos de dados de pesquisas ou sistemas de vigilância epidemiológica tal como recomendam as autoridades de saúde pública de cada país ou região. Na Inglaterra a notificação obrigatória de doenças transmissíveis e nascimentos, por exemplo, teve início em 1904.

Se os dados referem-se à quantidade de doentes ou agravos à saúde de uma determinada região tem-se o registro da Morbidade, se descrevem a quantidade de óbitos das distintas faixas etárias e sexo há possibilidade de análise da Mortalidade; se os dados descreverem a natureza ou causa de óbitos estuda-se a Morbi-Mortalidade. As variações na dimensão ou quantidade de casos de uma mesma doença em uma mesma região - o nível endêmico (endemia) é o que pode caracterizar uma Epidemia, ou seja, o aumento expressivo da quantidade de pessoas acometidas pela doença em um período especificado.

Atualmente, além dos sistemas de registro oficial de eventos mórbidos que caracterizam o fenômeno saúde-doença por autoridades sanitária dos diversos países existem diversos programas de computador que permitem construir e analisar bancos de dados com registros de doenças, óbitos e outros agravos à saúde a exemplo do epiinfo desenvolvido como programa freeware pelo CDC na época do início da pandemia mundial (epidemia de grandes proporções e dispersão multinacional) de SIDA – Síndrome da Imunodeficiência Humana na década de 80 do século XX.

## **Epidemiologia aplicada**

A aplicação ao planejamento de serviços de saúde tem sido o maior uso da epidemiologia, em função dessa aplicação tem-se desenvolvido a legislação e estratégia da Vigilância epidemiológica e organização dos sistemas de informação em saúde no âmbito governamental. No Brasil o Sistema de Vigilância Epidemiológica foi instituído pela lei nº 6.259 de 1975 que articula o Ministério da Saúde à setores específicos das Secretarias Estaduais de Saúde, organizando o sistema nacional de informações de saúde que constitui, hoje, o DATASUS.

Em função da utilização institucional e particularidades do objeto de análise e/ ou compartilhamento de metodologias específicas de análise, podemos destacar ainda: as avaliações de impacto ambiental, ou seja, o aspecto da saúde ambiental e interpretação distinta que os ecologistas dão à exposição, dano ambiental etc.; a epidemiologia genética com suas distinções dos clássicos estudos da frequência de genes mutantes e genética de populações; a epidemiologia molecular com suas distinções da ecotoxicologia e análise dos fenômenos biológicos ao nível atômico ou celular, entre outros.

## Estudando: Enfermagem do Trabalho

### Exames Médicos Admissional e Demissional



O Exame Admissional é um exame médico simples e obrigatório, solicitado pelas empresas antes de firmar a contratação de um funcionário com carteira assinada. O exame médico admissional está previsto no artigo 168 da CLT, o qual diz:

“Será obrigatório exame médico, por conta do empregador, nas condições estabelecidas neste artigo e nas instruções complementares a serem expedidas pelo Ministério do Trabalho: I - na admissão; II - na demissão; III – periodicamente”.

O Exame Admissional é necessário para comprovar o bom estado de saúde físico e mental do novo funcionário para exercer a função a que será destinado. É realizado por um médico com especialização em medicina do trabalho, pois é ele quem identifica doenças ocupacionais.

O exame inicia com uma entrevista sobre doenças ou licenças de empregos anteriores, dando ênfase aos empregos anteriores, bem como possíveis agentes nocivos a que este trabalhador esteve exposto. O médico questiona se o trabalhador sofre alguma doença ou mal estar, mede pressão arterial, batimentos cardíacos etc. Após o exame e a entrevista, o médico emite o Atestado Médico de Capacidade Funcional.

A prática é uma garantia para o empregador e para o empregado porque, se ao longo do tempo de trabalho o empregado adquirir alguma doença em decorrência de suas funções, ele poderá ser indenizado por isso. Para o empregador, o exame admissional é necessário para saber se o candidato ao emprego está apto para exercer as funções que dele serão exigidas, dando maior garantia de que o trabalho será realizado.

É importante lembrar que no exame admissional não são permitidos testes de gravidez, de esterilização e exame de HIV (AIDS), por serem considerados práticas discriminatórias.

#### Exame Demissional

Diferentemente do admissional, o exame demissional é realizado quando do desligamento do trabalhador de suas atividades, visando documentar as condições de saúde do funcionário naquele momento. Ele é necessário para que, futuramente, o trabalhador não alegue que foi demitido com problemas de saúde causados pelo seu trabalho.

O mesmo artigo 168, da CL T, e a Norma Regulamentadora nº 7 (NR-7), item 7.4.1, da Portaria nº 3.214/78, obrigam o empregador a submeter o empregado, por ocasião da demissão, a um exame médico demissional,

desde que o último exame médico periódico tenha sido realizado há mais de:

- 135 dias para as empresas de graus de risco 1 e 2, segundo o quadro I da NR-4;
- 90 dias para as empresas de graus de risco 3 e 4, segundo o quadro I da NR-4.

Esses prazos poderão ser ampliados em mais 135 ou 90 dias, dependendo do grau de risco, em decorrência de negociação coletiva, assistida por profissional indicado de comum acordo entre as partes ou por profissional do órgão regional competente em segurança e saúde no trabalho.

O Atestado de Saúde Ocupacional (ASO) referente ao exame médico demissional é um documento obrigatório para a homologação da rescisão do contrato de trabalho. Sendo assim, a não realização do exame médico demissional pode trazer consequências ao empregador.

É importante que o exame demissional seja feito para deixar claro que na data do desligamento o trabalhador estava apto ao trabalho, gozando de sua plena saúde.

## Estudando: Enfermagem do Trabalho

### Bibliografia/Links Recomendados

- BULHOES, I. Enfermagem do trabalho. Rio de Janeiro, 1976. 262p
- CARVALHO, G. M. Enfermagem do trabalho. São Paulo: EPU, 2001.
- HAAG, G.S.; LOPES, M.J.M.; SCHUCK, J.S. (colab). Enfermagem e a saúde dos trabalhadores. 2.ed. Goiânia: AB, 2001.
- ROGERS,B. Enfermagem do trabalho. Rio de Janeiro: Lusociência, 1997.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica de Saúde do Trabalhador. Saúde do trabalhador. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)
- MTE Segurança e Saúde do trabalho. Legislação. Disponível em ([www.mte.gov.br](http://www.mte.gov.br))
- LUCAS, A.J. Processo de enfermagem do trabalho . São Paulo: pátria, 2004.
- MENDES. R. (org.) Patologia do trabalho. Rio de Janeiro: Atheneu. 1999.
- OPPERMANN, C. M.; Pires, L. C. Manual de biossegurança para serviços de saúde. Porto Alegre: PMPA/SMS/CGVS, 2003.
- PESANTES, L. I. M. Atuação do auxiliar de enfermagem do trabalho nas empresas. s.l: Mc Will, s.d. 124p.
- PONJETTO, G. Mapa de riscos ambientais: manual prático. São Paulo: LTR, 2002.

[http://pt.wikipedia.org/wiki/Enfermeiro\\_do\\_trabalho](http://pt.wikipedia.org/wiki/Enfermeiro_do_trabalho)

<http://www.anent.org.br/>