



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
SAÚDE, AMBIENTE E TRABALHO



**PERCEÇÃO DO RISCO OCUPACIONAL NO MANUSEIO DE
QUIMIOTERÁPICOS ANTINEOPLÁSICOS POR
PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM**

Andreia Maria Lima Santos

Dissertação de Mestrado

Salvador (Bahia) 2014

Andreia Maria Lima Santos. Percepção do Risco Ocupacional no Manuseio de Quimioterápicos Antineoplásicos por Profissionais de Enfermagem, 2014.

UFBA/SIBI/Bibliotheca Gonçalo Moniz: Memória da Saúde Brasileira

Santos, Andreia Maria Lima

S237 Percepção do risco ocupacional no manuseio de quimioterápicos antineoplásicos por profissionais de enfermagem / Andréia Maria Lima Santos. Salvador: AML, Santos, 2014.

viii., 119 fls. : il. [quad., tab.,]

Inclui anexos.

Orientador; Prof. Dr. Paulo Gilvane Lopes Pena

Dissertação (Mestrado em Saúde, Ambiente e Trabalho) da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.

1. Saúde do trabalhador. 2. Risco ocupacional. 3. Quimioterápicos antineoplásicos. 4. Enfermagem. I. Pena, Paulo Gilvane Lopes. II. Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Medicina da Bahia. III. Título.

CDU: 613.6.06



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
SAÚDE, AMBIENTE E TRABALHO**



**PERCEPÇÃO DO RISCO OCUPACIONAL NO MANUSEIO DE
QUIMIOTERÁPICOS ANTINEOPLÁSICOS POR
PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM**

Andreia Maria Lima Santos

Orientador: Prof. Dr. Paulo Gilvane Lopes Pena

Dissertação apresentada ao Colegiado do Curso de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia, como pré-requisito obrigatório para a obtenção do grau de Mestre em Saúde, Ambiente e Trabalho.

Salvador (Bahia) 2014

COMISSÃO EXAMINADORA

Membros Titulares:

Darci de Oliveira Santa Rosa, professora adjunta da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia e docente do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, Líder do Grupo de Estudos sobre Educação, Ética e Exercício da Enfermagem EXERCE. Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (USP) e Pós Doutora pela Universidade dos Açores-PT.

Maria do Carmo Soares de Freitas, professora associada da Escola de Nutrição da Universidade Federal da Bahia e docente do Programa de Pós-graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho da Universidade Federal da Bahia. Doutora em Saúde Pública pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC-UFBA). Pós Doutora pela ENSP Fio Cruz- RJ.

Paulo Gilvane Lopes Pena (professor-orientador) professor associado do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia. Doutor em Sócios Economia do Desenvolvimento pela Ècole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, EHESS, França.

EPÍGRAFE

“A Enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, quanto à 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!”

Florence Nightingale

DEDICATÓRIA

Aos meus filhos Maria Luiza e Heitor, o meu tudo, minha razão de viver. Perdão pelas ausências... Amo vocês incondicionalmente!

AGRADECIMENTOS

Obrigada Deus pela vida e por tudo que nela eu tenho, sem Tua força e luz eu nada seria.

A Paulo Gilvane Lopes Pena, mais que um orientador, um ser iluminado. Obrigada pela receptividade, compreensão, paciência, apoio e incentivo. Sua contribuição a essa pesquisa, conselhos e recomendações foram de suma importância, pois toda caminhada precisa de luz e rumo e eu fui agraciada com sua presença como guia.

Aos Coordenadores e Docentes do Programa de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho, com quem tive a oportunidade de conviver neste mestrado. Em especial a Marco Antônio Vasconcelos Rêgo pelo acolhimento quando ainda era aluna especial, a Maria do Carmo Soares de Freitas pelas valiosas contribuições e experiências e a Mônica Angelim Gomes de Lima, que, mesmo ausente no último ano, foi tão presente no meu exercício diário de desconstrução do olhar.

A Darci de Oliveira Santa Rosa pela disponibilidade e contribuição nesta trajetória.

Aos colegas do MSAT que proporcionaram convivências edificantes e momentos especiais que jamais serão esquecidos.

A Solange Xavier pelo exemplo de profissional competente e carinhosa.

A Marivalda, nossa querida Inha, pelo seu carinho e apoio.

Aos meus colegas (multidisciplinar) de trabalho do Hospital Geral do Estado- HGE pela paciência, contribuição e momentos de descontração energizantes nessa minha caminhada, em especial a Lucinea Menezes, minha coordenadora, pelo apoio e auxílio.

À equipe de enfermagem participante da pesquisa por depositar em mim sua confiança, desabafos, aflições, sonhos e esperanças.

Aos meus amados pais João e Cleide, que me ensinaram valores importantes na minha formação como pessoa e que incondicionalmente me amam, por me apoiarem nesta caminhada.

A minha irmã Carla, minha incentivadora e exemplo de superação.

Ao meu marido Carlos Augusto pela compreensão, apoio e incentivo nas horas mais difíceis.

A minha filha Maria Luiza, que incessantemente perguntava quanto faltava para eu acabar, sentindo a minha ausência, e ao meu filho Heitor, gestado durante o primeiro ano do mestrado. Obrigada pelo sorriso de vocês, pelas páginas amassadas e por enxugar minhas lágrimas de saudade e desespero em seus abraços.

A todas as pessoas especiais nesta trajetória, simplesmente por serem especiais: Caroline Arruda, Anderson Soares, Michelle Santana, Tais Viscardi, Luciana Santos, Rita Souto, Maria Severina, Lúcia Kumagai, Jade Andrade, Renata Jacomo, Márcia Barros, Rosa Cabral e Zenilda Souza.

ÍNDICE

Índice de tabelas e quadros.....	11
Lista de siglas.....	12
1. Resumo.....	14
2. Apresentação da dissertação.....	15
3. Introdução.....	17
4. Objetivos.....	21
5. Estratégia Metodológica.....	22
5.1. Abordagem Teórico-metodológica.....	23
5.2. A Construção do <i>Corpus</i> da pesquisa.....	25
5.3. O Campo.....	26
5.3.1. <i>Perfil do campo</i>	29
5.3.2. <i>Perfil da enfermagem e do seu trabalho</i>	30
5.3.3. <i>Inserção em campo</i>	33
5.3.4. <i>A escolha dos participantes da pesquisa</i>	34
5.4. Produção dos dados da pesquisa.....	37
5.5. Questões éticas.....	41
6. Artigo 1 - Enfermagem na assistência oncológica hospitalar: Percepções do risco com quimioterápicos.....	43
7. Artigo 2 - Enfermagem oncológica hospitalar: Treinamento e capacitação.....	63
8. Artigo 3 - A percepção da equipe de enfermagem sobre saúde e risco no exercício profissional.....	83
9. Considerações Finais.....	105
10. Summary.....	107
11. Referências Bibliográficas.....	108

12. Anexos	110
12.1. Anexo I – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	110
12.2. Anexo II– Parecer dos Comitês de Ética e Pesquisa.....	112
12.3. Anexo III– Tabela 6- Lista de Classificação dos Agentes Quimioterápicos com de Risco de Câncer Humano.....	118

ÍNDICE DE TABELAS E QUADRO

TABELAS

Tabela 1.	Descrição dos enfermeiros das unidades da SCMBA	28
Tabela 2.	Descrição dos enfermeiros das unidades da UJN	28
Tabela 3.	Descrição dos enfermeiros das unidades da Pediatria	29
Tabela 4.	Participantes do estudo de Nível Superior	36
Tabela 5.	Participantes do estudo de Nível Médio	36
Tabela 6.	Lista de classificação dos agentes de risco de câncer humano (IARC, 2013).	118

QUADRO

Quadro 1	Organograma de gerenciamento de enfermagem nas unidades de internamento	30
----------	---	----

LISTA DE SIGLAS

ABEn	- Associação Brasileira de Enfermagem
ANVISA	- Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CEP	- Comitê de Ética e Pesquisa
CFE	- Conselho Federal de Farmácia
COFEn	- Conselho Federal de Enfermagem
COREn	- Conselho Regional de Enfermagem
EPC	- Equipamento de Proteção Coletiva
EPI	- Equipamento de Proteção Individual
IARC	- International Agency for Research on Cancer (Agência Internacional de Pesquisa do Câncer)
IGRT	- Image Guided Radiation Therapy (Radioterapia Guiada por Imagem)
INCA	- Instituto Nacional do Câncer
MET	- Ministério do Trabalho e Emprego
MS	- Ministério da Saúde
NR	- Norma Regulamentar
QT	- Quimioterapia
RS	- Representação Social
SAS	- Secretaria de Atenção à Saúde
SMO	- Serviço de Medicina Ocupacional
STA	- Serviço de Terapia Antineoplásica
SUS	- Serviço Único de Saúde
UFBA	- Universidade Federal da Bahia
UNACON	- Unidade de Alta Complexidade em Oncologia
UTI	- Unidade de Tratamento Intensivo

VMAT - Volumetric Modulated Arc Therapy (Arco de Terapia Volumétrica Modular).

1. RESUMO

PERCEPÇÃO DO RISCO OCUPACIONAL NO MANUSEIO DE QUIMIOTERÁPICOS ANTINEOPLÁSICOS POR PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

O avanço numérico do número de casos de câncer significa também um aumento da exposição ocupacional e ambiental às substâncias e radiações geradas pelos tratamentos para essa doença. A quimioterapia antineoplásica é utilizada para o tratamento do câncer e são drogas que possuem um grande potencial mutagênico e tóxico sobre o organismo humano. A exposição contínua a essas substâncias nas atividades laborativas aumenta o risco de desenvolver alguma sintomatologia adversa ou de desenvolver um câncer ocupacional. Os hospitais são locais potenciais a riscos à saúde dos trabalhadores ali locados. O grande contingente de profissionais desses estabelecimentos é da equipe de enfermagem e também são potencialmente os mais vulneráveis aos riscos ali presentes pela essência de sua profissão. Comumente os trabalhadores de enfermagem possuem informações parciais sobre a finalidade das drogas antineoplásicas e dos riscos potenciais a que eles estão expostos em contato com essas substâncias. Conseqüentemente, desconhecem também as medidas de segurança que devem ser adotadas para diminuir os riscos inerentes a estes fármacos, o que expõe o ambiente de trabalho e a todos. Assim, este trabalho teve por objetivo analisar a percepção de risco ocupacional no manuseio de quimioterápicos no ambiente hospitalar por profissionais de enfermagem. Para tanto, fora realizado um estudo qualitativo com inspiração etnográfica através de entrevista com a equipe de profissionais de enfermagem de um hospital da capital baiana, tendo seus resultados interpretados à luz da hermenêutica dialética. Nos resultados encontramos a afirmativa que existe a percepção de risco com quimioterápicos na atividade laboral destes profissionais, porém questões de capacitação e treinamento em serviço revelaram necessidade de maior abrangência do tema e do contingente desses trabalhadores para que situações de risco ocupacional e medo possam ser amenizados para diminuir o risco para o ambiente e para o profissional que manuseia estas drogas em unidades hospitalares.

Palavras chaves: Saúde do Trabalhador; Risco Ocupacional; Quimioterápicos Antineoplásicos; Enfermagem.

2. APRESENTAÇÃO DA DISSERTAÇÃO

Esta dissertação é o resultado do processo de pesquisa sobre a *“Percepção do Risco ocupacional no manuseio de quimioterápicos antineoplásicos por profissionais de enfermagem”* realizada em um grande hospital da capital baiana.

Diante da pertinência do tema, que entrelaça risco ocupacional, adoção de normas de segurança no trabalho e profissionais de saúde, este estudo visou analisar a percepção de risco ocupacional no manuseio de quimioterápicos antineoplásicos no âmbito hospitalar, compreendendo as variáveis distais e proximais que possam se configurar como fatores de risco ou proteção.

Este trabalho justifica-se, portanto, por investir em identificação de medidas avaliativas do conhecimento da equipe de enfermagem sobre os riscos ocupacionais no manuseio de quimioterápicos. A relevância se expressa, pois a exposição a essas substâncias gera agravos à saúde ocupacional nos profissionais, podendo contribuir, assim, para a modificação da realidade atual através de medidas de precaução e de educação em serviço, capacitando e informando adequadamente todos os elementos envolvidos no processo do cuidar para o cumprimento dessas medidas protetoras.

Para a construção do enquadramento teórico, o trabalho na introdução buscou a aproximação do tema, de forma concisa, ao leitor sobre a realidade do câncer e situar a magnitude do problema desta doença no mundo, como a preocupação da relação trabalho e adoecimento e, de forma resumida, uma introdução sobre quimioterápicos é realizada com o intuito de demonstrar de forma mais veemente os riscos que estas drogas são capazes de trazer ao profissional que a manuseia.

A primeira parte é destinada ao caminho metodológico traçado, com definição do perfil da pesquisa e estratégias de construção do seu *corpus* com a apresentação dos instrumentos utilizados para coleta dos dados. É apresentado o campo, sua divisão administrativa, assim como o perfil do trabalho de enfermagem neste local. A inserção no campo e a escolha dos elementos entrevistados também são descritos. A produção dos dados da pesquisa com a formação das categorias e seus agrupamentos também são apresentados nesta parte.

A análise do material produzido e a apresentação dos seus resultados foram descritos em forma de três artigos. A discussão e considerações dos achados foram abordados de forma geral ao final e trazem o tema descortinado em seus achados na pesquisa, contribuições relevantes e sugestões sobre a problemática.

3. INTRODUÇÃO

O crescente número de casos de câncer no mundo e consequente aumento de tratamentos para ablação desta doença nos remete a uma realidade laboral de profissionais expostos a quimioterápicos e radioterápicos.

Dentre os registros de acidentes de trabalho, os profissionais de saúde possuem o maior número de casos. Isto se deve principalmente ao ambiente hospitalar, local de maior concentração desses profissionais, por ser apontado como insalubre devido aos potenciais riscos ocupacionais ali presentes.

Carrasco (1989) define risco ocupacional como a probabilidade que alguma alteração aconteça à saúde do trabalhador, seja ela física ou mental, em função de sua exposição aos fatores de riscos no seu processo de trabalho. Os riscos à saúde do trabalhador podem ser classificados como ergonômicos, psicossociais, físicos, biológicos e químicos. (MENDES, 2013).

Os riscos biológicos são vírus, fungos e bactérias causadoras de infecções agudas e crônicas. As radiações, ruídos, vibrações e eletricidade, associados ou não à temperatura ambiental e questões de iluminação, são riscos físicos. Os ergonômicos são gerados principalmente por posturas inadequadas durante o processo de movimentação de pacientes e execução de alguns procedimentos, com flexões da coluna frequentes. Os riscos químicos são causados pelas diversas substâncias químicas presentes, acrescidos pela manipulação e/ou administração de medicamentos de diversas naturezas, que podem provocar de simples alergias até mesmo neoplasias. (RIBEIRO e SHIMIZU, 2007).

A este exemplo estão inclusos os quimioterápicos antineoplásicos, classificados com poder tóxico, porém amplamente utilizados na oncologia moderna. Os riscos psicossociais são presentes em queixas sobre condições de trabalho precárias e baixos salários, além do sofrimento associado à dor do outro.

O adoecimento do trabalhador no exercício de sua atividade laboral repercute de várias e deferentes maneiras na sua vida e de seus familiares. Para Mendes e Dias (1999) existem três tipos de repercussões: as imponderáveis, mais relacionadas às questões de danos morais, onde há uma difícil caracterização objetiva; as impagáveis, relativas aos danos físicos e/ou psíquicos permanentes; e as irreversíveis, que impossibilitam reparação como a morte. Em qualquer que esteja o dano gerado se faz necessário estudos voltados para prevenção desses fatores ou a minimização deles e conseqüente diminuição aos agravos à saúde dos trabalhadores.

No Brasil mais de um milhão de pessoas integram a força de trabalho em Enfermagem. Os hospitais ainda são os locais de maior concentração de suas atividades laborais e também um ambiente que propicia o desenvolvimento de diversos riscos ocupacionais (BULHÕES, 1998; ROBAZZI; MARZIALE, 2004).

A enfermagem tem por essência de sua profissão o cuidar e é a profissão que possui o maior contato e por maior tempo com o paciente e seus familiares. Assim, também se compõe de categorias de profissionais mais vulneráveis às exposições ocupacionais. Entre esta exposição encontra-se o manuseio com os quimioterápicos antineoplásicos.

A Quimioterapia Antineoplásica é utilizada para o tratamento do câncer e consiste na administração de fármacos, isolados ou combinados, e tem como ação a interferência

da cinética tumoral, ou seja, nas funções bioquímicas nos processos de crescimento e divisão celular ativa. Essas drogas possuem um grande potencial mutagênico e tóxico sobre o organismo humano. Atuam, na maioria, de forma inespecífica, atingindo células de rápida proliferação, com uma alta atividade mitótica e ciclos celulares curtos, tanto de células tumorais, quanto normais (BRASIL, 2008).

O risco ocupacional em quimioterapia antineoplásica vai desde a estocagem dos medicamentos na farmácia até a eliminação dos fluidos e excretas dos pacientes por até 48 horas após o término das aplicações (FONSECA, 2000). Porém, é na manipulação e na administração os momentos de maior exposição (MENDES, 2013).

O risco de ocorrer contaminação com o manuseio de medicações antineoplásicas, assim como a necessidade de precauções no manuseio dessas drogas, é abordado em muitos estudos. Os componentes quimioterápicos devem ser manipulados por profissionais de saúde capacitados para tal finalidade. Contudo, nem sempre ocorre desta forma, resultando num grande índice de riscos a acidentes, com exposição desses agentes químicos nos ambientes de trabalho. (MORAIS, 2009).

Os agravos à saúde relatados pelos profissionais expostos a essas drogas são: náuseas, cefaléia, tonturas, tosse, queimação no sistema respiratório, irritação da mucosa nasal, asma brônquica, irritação cutânea, alergias, irritação ocular, entre outros. Também há relatos de alterações menstruais e abortos espontâneos (CONSTANTINIDIS et al 2011).

A educação em serviço, assim como a utilização de medidas e equipamentos que possam diminuir os riscos ocupacionais no manuseio das medicações antineoplásicas, é de suma importância, pois o despreparo e a falta de identificação da potencialidade do

risco ao manuseio a quimioterápicos torna esse ambiente um local mais favorável à ocorrência do evento.

A preocupação com a saúde dos profissionais de enfermagem tem fundamentação por esta ser uma profissão que possui peculiaridades que expõem o trabalhador a condições de vulnerabilidade à sua saúde. (RIBEIRO & SHIMIZU, 2007).

Estar exposto ao risco no exercício de sua atividade laboral é por vezes inevitável, podendo, porém, haver adoção de medidas que venham a eliminar ou controlar essa exposição. A definição de risco pode ser dada como sendo a existência de um possível perigo, podendo ocorrer uma ameaça física à saúde humana ou ao meio ambiente. (HOUAISS, 2001).

A avaliação do risco ocupacional transita entre duas vertentes de análise: a da medicina do trabalho, com a preocupação da presença de agentes nocivos que podem causar danos à saúde do trabalhador (LAURELL & NORIEGA, 1989), e a da epidemiologia/higiene do trabalho, onde há a preocupação da ocorrência de um evento indesejado ou da probabilidade de uma doença. (GUILAM, 1996).

A enfermagem é uma profissão de contingente numérico expressivo entre os trabalhadores da saúde, com questões sociais e trabalhistas em processo de construção de sua identidade e que ainda sofre com problemas de saúde e de exposição relacionados às suas práticas laborais. A preocupação com essa realidade motivou inquietações, como conhecer as informações que estes profissionais possuem sobre as drogas quimioterápicas e o reconhecimento sobre medidas preventivas no manuseio destas substâncias.

4. OBJETIVOS

- Analisar a percepção de risco ocupacional no manuseio de quimioterápicos no ambiente hospitalar por profissionais de enfermagem.
- Analisar a percepção sobre saúde, trabalho e riscos ocupacionais no exercício laboral de enfermagem em profissionais lotados em enfermarias de uma unidade hospitalar.

5. ESTRATÉGIA METODOLÓGICA

O câncer é uma doença complexa e de grande especificidade em seu diagnóstico e tratamento, necessitando de profissionais capacitados na assistência aos pacientes oncológicos, sendo uma área de grande interesse da enfermagem.

O presente estudo foi motivado pela experiência de trabalhar em unidades de Oncologia Ambulatorial e de Internamento Hospitalar, com serviços de oncologia, e o convívio com estas duas realidades do trabalho da enfermagem na assistência a pacientes portadores de câncer durante seu tratamento quimioterápico.

Embora ambas as unidades apresentem públicos semelhantes e tenham como objetivo o cuidar, possuem particularidades que perpassam além das rotinas. A especificidade da assistência ambulatorial, focada e normatizada, difere da grandiosidade da assistência generalista dos serviços hospitalares, assim como normatizações, treinamentos e capacitações.

A primeira estratégia metodológica nessa trajetória fora talvez a mais difícil: “*a desconstrução do olhar armado da pesquisadora*”. Justamente por ter vivenciado as realidades acima citadas, conseguir buscar estratégias de aproximação do fenômeno subjetivo nos sujeitos do estudo, sem correr o risco de enviesá-lo, fora um exercício diário, desde a construção do projeto, na imersão no campo, até na elaboração das entrevistas e na escrita. Para Derrida e Roudinesco (2004) desconstruir consiste em desfazer sem nunca destruir. Assim, de forma árdua, porém edificante iniciou-se esta trajetória.

5.1. Abordagem teórico-metodológica

O câncer possui tratamento e até a cura, porém ainda é cercado de grande sofrimento, medo e estigma. Para compreender esse universo de sentimentos trazidos junto com o diagnóstico dessa doença é necessária uma assistência compromissada em técnicas e possuidora de sensibilidade no cuidar. A enfermagem tem um importante papel nesse processo. O trabalho de enfermagem na assistência ao paciente oncológico o expõe também a riscos ocupacionais inerentes a algumas formas de tratamento dessa patologia.

Para compreender essa exposição do ponto de vista da percepção do risco fora realizado um estudo qualitativo. Essa metodologia busca a investigação tanto no campo da objetividade quanto no da subjetividade, sendo uma técnica focada nos fundamentos das ciências sociais na tentativa de responder questões muito particulares que pertencem a um universo de significados, motivos, crenças, aspirações, valores e atitudes, cujo nível de realidade não pode ser quantificado (MINAYO, 1994).

Nas Ciências Sociais estudos sobre risco são analisados pela perspectiva daquele que os percebe, onde fatores subjetivos, como valores éticos, morais e culturais, são importantes para aproximação com o objeto do estudo, constituído pela interação com os profissionais de enfermagem de um hospital, sua atuação e informações sobre o processo de manuseio de quimioterápicos e de pacientes em seu uso.

Realizar um estudo à luz de uma metodologia etnográfica é realizar uma leitura do que está sendo analisado, é o exercício competente no processo do olhar, do escutar, da percepção e da interpretação do que foi apreendido na construção do estudo, suscitando num relato refinado do que foi encontrado durante seu processo de campo através da

visãoêmica, permeado pelo compromisso ético da escrita, com relato fidedigno do que lhe foi revelado (TRADE, 2012).

Porém o estudo etnográfico demanda tempo, com longos períodos de observação para desenvolver uma “*descrição densa*” (GEERTZ, 1989). Essa técnica metodológica requer uma dedicação longa e um mergulho profundo no campo de coleta de informações. Dessa forma para esta pesquisa fora apenas utilizada uma abordagem etnográfica e não a utilização do método etnográfico *de per si*.

A enfermagem como categoria profissional do cuidar lida diretamente com questões existenciais dos seres humanos e encontra na fenomenologia uma contribuição importante para compreensão da realidade e formulação do seu pensar e fazer, mergulhando na subjetividade sem perder a objetividade (TERRA et al., 2006).

A escolha da hermenêutica dialética buscou descrever as experiências vividas e as percepções emergidas da fala dos sujeitos da pesquisa sobre o fenômeno do risco ocupacional com quimioterápicos. Essa escolha nos aproximou da teoria de interpretação de Paul Ricouer (2009), que busca a verdade polissêmica do fenômeno, onde a sua compreensão acontece paralelamente. O autor busca compreender o fenômeno a partir da descoberta do sentido do discurso, sua reflexão e interpretação, nos deixando mais próximos dos significados intrínsecos do texto.

Para a construção da análise e a triangulação dos dados a partir da coleta obtida das entrevistas, do diário de campo e do roteiro de observação, o processo escolhido fora a Análise do Discurso proposta por Orlandi, 2012, que transcorreu junto com a produção dos dados, o que permitiu realizar aprofundamentos necessários quando imprescindíveis. Essa técnica permitiu realizar uma confrontação do discurso com a

prática no trabalho de campo, descrita pelo diário de campo e roteiro de observação participante. (IRIART, 2004). Desta forma, estas linhas contribuíram para a interpretação e decodificação das falas, porém sem que fechemos a luz de outros métodos interpretativos e de outros autores na construção da análise.

5.2 A construção do *corpus* da pesquisa

Na busca de avaliar a percepção que a equipe de enfermagem possui sobre o risco ocupacional à exposição de quimioterápicos numa unidade hospitalar, imergimos num universo do conhecimento dos sujeitos da pesquisa na tentativa de compreender o nível de informações adquiridas e percebidas no seu processo laboral. Para isso foram utilizadas ferramentas da antropologia como o diário de campo, observação participante e as entrevistas.

“A observação participante é uma das técnicas muito utilizada pelos pesquisadores que adotam a abordagem qualitativa e consiste na inserção do pesquisador no interior do grupo observado, tornando-se parte dele, interagindo por longos períodos com os sujeitos, buscando partilhar o seu cotidiano para sentir o que significa estar naquela situação.” (QUEIROZ et al 2007, p. 278).

A observação participante auxiliou na orientação sobre o campo de estudo, compreendendo rotinas, fluxos e contra fluxos que permeiam o trabalho da equipe de enfermagem nesta realidade investigada. Durante esse período construíram-se diários de campo, onde foram anotadas descrições do trabalho, rotinas, impressões, percepções e observações pertinentes ao tema, que surgiram como relevantes. Para Minayo (1994) o diário de campo é, na pesquisa qualitativa, um instrumento de grande significado que o auxiliará nas fases da descrição do objeto estudado e da sua análise.

Na construção dos diários de campo a imersão e aproximação com o ambiente e sujeitos da pesquisa enriqueceu e auxiliou o segundo momento deste trabalho: as entrevistas. Foram realizadas entrevistas de profundidade que ajudaram na compreensão do ser e fazer na enfermagem, em sua vida pessoal e em seu cotidiano laboral. Essa técnica permite que a entrevista decorra de forma menos rígida, com a construção de um diálogo entre o entrevistador e o sujeito (MINAYO, 1994).

5.3 O campo

O objeto do estudo deixava clara a necessidade de ter um campo em uma instituição hospitalar que realizasse tratamento oncológico/quimioterápico.

A escolha do hospital onde fora realizada a pesquisa aconteceu por esta instituição atender pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico/radioterápico em suas dependências, tanto a nível ambulatorial, quanto em internamento institucional. Trata-se de uma renomada instituição de grande porte, com mais de 500 leitos, possuidora de um complexo gestacional abrangente, onde realiza atendimentos a pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS), convênios e particulares.

No seu corpo funcional possui cerca de três mil empregados, com mais de 300 médicos em seu corpo clínico. É referência nacional em Cardiologia e Reabilitação Cardíaca, onde abriga um dos maiores centros de hemodinâmica da Região Nordeste. Oferece ainda atendimento de 39 especialidades, contando com serviços médicos de alta complexidade de diagnóstico e terapêutico.

Em suas instalações conta com o atendimento oncológico global, disponibilizando serviços de cirurgia oncológica, quimioterapia, radioterapia intraoperatória,

braquiterapia, radioterapia guiada por imagem (IGRT), radioterapia tridimensional, radioterapia com VMAT, radiocirurgia, diagnóstico por imagem e oncologia pediátrica.

O Serviço de Oncologia desta instituição é referência no tratamento de câncer na Bahia, somando a média de 1400 atendimentos por mês e oferece o serviço de Residência Médica em Oncologia Clínica. Possui em sua estrutura física um grande centro de tratamento ambulatorial de oncologia que atende usuários de planos de saúde e do SUS e é considerada uma Unidade de Assistência em Alta Complexidade em Oncologia (UNACON).

As unidades hospitalares intituladas por UNACON têm por determinação da Portaria n° 2.439/05 publicada em 19 de dezembro de 2005 e da Portaria n° 741 da Secretaria de Atenção à Saúde possuir:

“[...] condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada de alta complexidade para o diagnóstico definitivo e tratamento dos cânceres mais prevalentes no Brasil (colo do útero, mama, próstata, estômago, colón e reto) [...]” (BRASIL, 2008, p.75).

Um Hospital com essas dimensões e com uma proposta de assistência médica e de enfermagem de qualidade necessita de uma gerência de ações dinâmicas. Assim, as unidades de internação são divididas com o intuito de facilitar sua gerência. Na estrutura de internamento (enfermarias e apartamentos) o hospital possui uma subdivisão física/administrativa em 3 Unidades, totalizando 408 leitos de internamento em unidades abertas.

A primeira unidade (Unidade 1- U1) possui 196 leitos, composta de 6 enfermarias, com perfil de internamento em sua maioria de SUS, possuindo alguns leitos para convênios. Estas unidades possuem perfil de internamento organizado, com boa estrutura física e assim dividido:

Tabela 1- Descrições das enfermarias da Unidade 1

UNIDADES	DESCRIÇÕES
ENFERMARIA 1	POSSUI 26 LEITOS DE ENFERMARIAS, COM QUARTOS DE 2 E 3 LEITOS, 16 DESSES LEITOS SÃO DESTINADOS A INTERNAMENTO CARDIOLÓGICO CLÍNICO E CIRÚRGICO E 10 LEITOS DESTINADOS A HEMODINÂMICA. TODOS OS LEITOS SÃO DE DEMANDA SUS.
ENFERMARIA 2	POSSUI 30 LEITOS CIRÚRGICOS DE VARIADAS ESPECIALIDADES. SÃO ENFERMARIAS DE 3 E 4 LEITOS E 1 LEITO DE ISOLAMENTO. TODOS OS LEITOS SÃO DE INTERNAMENTO DE CONVÊNIOS OU PARTICULARES.
ENFERMARIA 3	POSSUI 47 LEITOS DE CLÍNICA MÉDICA, SENDO 20 LEITOS PARA CENTRAL DE REGULAÇÃO DO SUS, 10 LEITOS PARA INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO (IAM) E 7 LEITOS PARA REUMATOLOGIA E PULSOTERAPIA. SÃO ENFERMARIAS DE 4 E 5 LEITOS. SEU PERFIL DE INTERNAMENTO EM SUA TOTALIDADE É SUS.
ENFERMARIA 4	POSSUI 35 LEITOS DE ENFERMARIA, DIVIDIDAS EM ENFERMARIAS DE 4 E 6 LEITOS, POSSUINDO UM LEITO DE ISOLAMENTO. O PERFIL É QUASE QUE TOTALITÁRIO DE ORTOPEDIA SENDO 14 LEITOS EXCLUSIVOS PARA ORTOTRAUMA E UMA PEQUENA PARTE PARA CIRURGIA GERAL. TODOS OS LEITOS SÃO DO SUS.
ENFERMARIA 5	POSSUI 21 LEITOS DE ENFERMARIA, DIVIDIDAS EM ENFERMARIAS DE 2,3 E 4 LEITOS. 14 LEITOS DESTES SÃO DESTINADOS A TRATAMENTO CLÍNICO/ONCOLÓGICO DE CONVÊNIOS E PARTICULARES E 7 LEITOS DE CIRURGIA GERAL DO SUS.
ENFERMARIA 6	POSSUI 35 LEITOS EXCLUSIVOS DE ONCOLOGIA, DESTES 17 CIRÚRGICOS E 18 CLÍNICOS. SUAS ENFERMARIAS SÃO DE 4 E 6 LEITOS, POSSUINDO 1 LEITO DE ISOLAMENTO. É UMA ENFERMARIA DE PERFIL SUS.

Fonte: Campo de pesquisa, 2014.

A segunda unidade (Unidade 2- U2) possui 151 leitos, exclusivamente destinados ao internamento de convênios e particulares e são em número de 6 enfermarias. A divisão desse segmento de internamento é assim distribuída:

Tabela 2- Descrições das enfermarias da Unidade 2.

UNIDADES	DESCRIÇÕES
ENFERMARIA 7	INTEGRAM A ESTA UNIDADE 32 APARTAMENTOS INDIVIDUAIS DE INTERNAMENTO CLÍNICO GERAL E DE GRANDE DEMANDA DE ONCOLOGIA.
ENFERMARIA 8	COMPOSTA DE 21 LEITOS POSSUI UM PERFIL DE CLÍNICA MÉDICA ATENDENDO VÁRIAS PATOLOGIAS, POREM POSSUI UMA GRANDE DEMANDA DE ONCOLOGIA. EM SUA TOTALIDADE É FORMADA POR QUARTOS COLETIVOS DE 3 LEITOS.
ENFERMARIA 9	UNIDADE DE 32 APARTAMENTOS COM PERFIL CIRÚRGICO DE VÁRIAS ESPECIALIDADES, PORÉM RECEBE INTERNAMENTO CLÍNICO QUANDO A DEMANDA DO HOSPITAL EXIGE.
ENFERMARIA 10	POSSUI EM SUA TOTALIDADE 22 LEITOS SENDO 16 APARTAMENTOS E 2 ENFERMARIAS DE 3 LEITOS CADA. POSSUI UM PERFIL DE ATENDIMENTO DE CLÍNICA MÉDICA, PRINCIPALMENTE CARDIOLÓGICA.
ENFERMARIA 11	COMPOSTA DE 27 LEITOS TODOS DE ENFERMARIA COM QUARTOS COLETIVOS TRIPLOS E POSSUI PERFIL DE INTERNAMENTO CLÍNICO E CARDIOLÓGICO.
ENFERMARIA 12	POSSUI 17 LEITOS EM SUA TOTALIDADE, SENDO 12 LEITOS DE ENFERMARIA COM QUARTO DUPLO CADA E 5 APARTAMENTOS. O PERFIL DE INTERNAMENTO É MISTO EM CLÍNICO E CIRÚRGICO E ATENDE VÁRIAS ESPECIALIDADES.

Fonte: Campo de pesquisa, 2014.

A terceira unidade (Unidade 3 – U3) possui 51 leitos e compõem o complexo pediátrico deste hospital e ficam localizadas em duas áreas distintas do hospital e encontra-se em processo de reforma e reestruturação do espaço físico destas unidades. Possui internamento do SUS, convênios e particulares.

Quadro 3- Descrições das enfermarias da Unidade 3.

UNIDADES	DESCRIÇÕES
ENFERMARIA 13	UNIDADES E ONCO-HEMATOLOGIA PEDIÁTRICA. POSSUI 11 LEITOS EM SUA TOTALIDADE SENDO ENFERMARIAS DUPLAS E 1 LEITO DE ISOLAMENTO. ATENDE EXCLUSIVAMENTE CRIANÇAS COM DIAGNÓSTICO DE CÂNCER DO SUS. É GERIDA PELAS ENFERMEIRAS ADMINISTRATIVAS DAS DUAS OUTRAS UNIDADES PEDIÁTRICAS, EM REVEZAMENTO MENSAL.
ENFERMARIA 14	POSSUI 22 LEITOS SENDO 11 QUARTOS INDIVIDUAIS, 2 QUARTOS DUPLOS, 1 QUARTO TRIPLO E, 1 QUARTO QUÁDRUPLO. O PERFIL DA UNIDADE É MISTO DE CLÍNICA MÉDICA, CLÍNICA CIRÚRGICA, CARDIOLOGIA E ONCOLOGIA. ATENDE PACIENTE DE SUS, CONVÊNIO E PARTICULARES.
ENFERMARIA 15	POSSUI 18 LEITOS, 8 DELES EM ENFERMARIAS DE 2 LEITOS E 10 EM APARTAMENTOS INDIVIDUAIS. SEU PERFIL É MISTO DE CARDIOLOGIA, CLÍNICA CIRÚRGICA, CLÍNICA MÉDICA E ONCOLÓGICO. ATENDE A PACIENTES DE CONVÊNIO E PARTICULARES.

Fonte: Campo de pesquisa, 2014.

5.3.1 Perfil do campo

As enfermarias do complexo hospitalar pesquisado procuram ter uma estrutura de concentração de patologias e perfis de atendimento em suas unidades, porém, devido à grande demanda de pacientes, por vezes faz-se uma miscelânea de especialidades em suas enfermarias, ou seja, não existe uma unidade específica para cada especialidade, podendo ter numa mesma unidade pacientes em tratamento clínico ou cirúrgico. Isso acontece principalmente para não deixar pacientes sem internamento nem leitos ociosos.

Como dito anteriormente, a instituição possui um grande centro de referência em cardiologia e com isso por muito tempo a demanda do hospital era majoritária de cardiologia clínica e cirúrgica. Com a inauguração do centro de diagnóstico e tratamento para o câncer o perfil de atendimento oncológico cresceu nesta instituição.

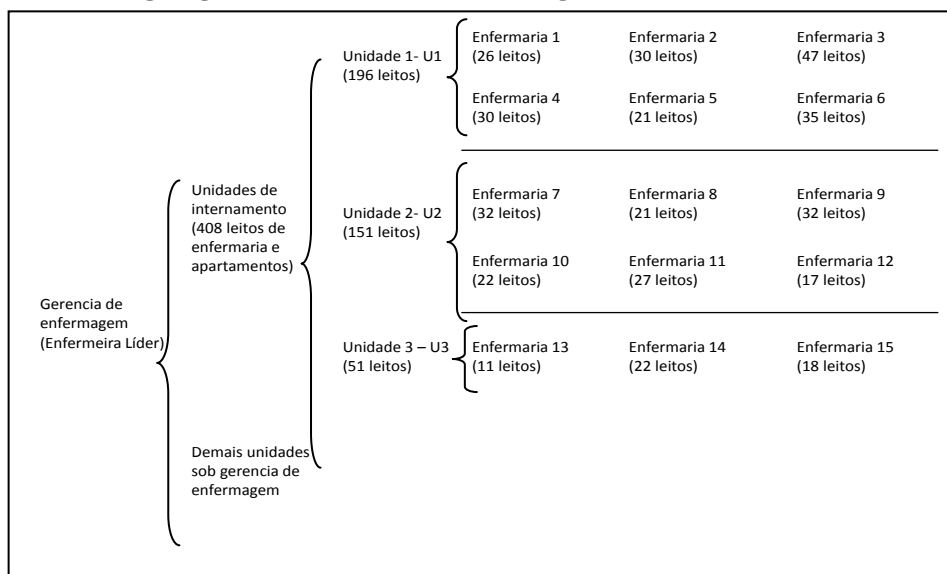
Essa nova realidade faz com que as unidades tenham apresentado uma descaracterização de seu perfil de internamento. Atualmente as enfermarias da segunda unidade são as que mais apresentam esta modificação em seu público.

5.3.2 Perfil da Enfermagem e do seu trabalho

A escolha das unidades de internamento consideradas unidades abertas para coletas de dados aconteceu para atender o objeto do estudo. Contam com aproximadamente 500 profissionais de enfermagem na assistência direta, subdivididos em Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem e Auxiliares de Enfermagem. Esta última categoria vem sendo estimulada para a realização de cursos de extensão e promoção para Técnico de Enfermagem. Assim o número desses profissionais nesta instituição vem reduzindo em busca de melhoria da capacitação do profissional e da assistência prestada.

A administração e assistência de enfermagem nessas unidades segue um fluxo hierárquico específico, como apresentado no quadro abaixo:

Quadro 1- Organograma de Gerencia de Enfermagem nas Unidades de Internamento



Fonte: Santos, 2014

A presença de uma gerencia centralizada no comando das ações de enfermagem proporciona à instituição uma organização hierárquica coesa, garantindo um maior controle e uma melhor dinâmica ao serviço. Aliado a isso ela conta com Coordenações de Enfermagem que a auxiliam e garantem uma chefia imediata, o que facilita o processo administrativo, ajudando nas tomadas de decisões para melhoria do serviço.

As Coordenações ainda possuem Enfermeiras Administrativas em suas unidades, que realizam serviço de governança imediata à categoria técnica e são responsáveis, tanto pela assistência, quanto gerência de suas unidades, além de prever e provê-la de material e realizar escala dos profissionais técnicos de enfermagem.

A Unidade 1 é coordenada por 02 enfermeiras, possuindo cada uma sob sua supervisão 03 enfermarias. Cada uma das suas 6 enfermarias possui uma enfermeira administrativa e um número de 141 profissionais técnicos de enfermagem.

A Unidade 2 também possui 2 enfermeiras coordenadoras que gerenciam cada uma 3 unidades. Em todas as 6 unidades possuem enfermeiras administrativas e sua equipe técnica perfaz um totalitário de 161 pessoas.

A Unidade 3 possui apenas 1 enfermeira coordenadora para as suas 3 unidades e 2 enfermeiras administrativas que se revezam mensalmente em gerir esta unidade. O total de técnicos dessa unidade é de 82 profissionais.

Nos três complexos de internamento do hospital a hierarquização torna sua organização bem estruturada. As enfermeiras coordenadoras são subordinadas diretamente à gerência geral de enfermagem e juntas corroboram em ideias e soluções para melhoria do serviço e discussão de problemas e necessidades emergentes.

Nesta instituição, nos setores de internamento abertos, só possui enfermeiros do gênero feminino em seu quadro funcional. Por este motivo as denominações serão feitas no feminino. Na equipe técnica a sua grande maioria também é deste mesmo gênero.

As enfermeiras administrativas das Unidades 1, 2, 3 são fixas em suas locações e trabalham em regime de 8 horas diárias, das quais 6 horas são assistenciais no período matutino. À tarde trabalham em perfil de gerência. Não trabalham nos finais de semana e feriados.

As enfermeiras assistenciais possuem carga horária de 36 horas semanais, assim como os profissionais de nível técnico. O regime de escala da instituição vem em processo de mudança para escala mista, onde não existirá mais turno fixo de trabalho na assistência direta. Essa nova organização de horário vem causando dúvidas quanto à melhoria do regime trabalhista e é aguardado com muita expectativa.

A locação das enfermeiras e técnicos é fixa em suas unidades, não sendo locados para as outras unidades e vice versa. As enfermeiras assistenciais procuram ser o mais fixa possível em suas enfermarias. A rotatividade ocorre dentro do seu próprio grupo, geralmente por motivo de trocas ou nos finais de semana onde a demanda de enfermeiras é menor. A equipe técnica também é fixa em suas unidades e enfermarias e só possui remanejamento entre enfermarias do mesmo grupo quando a instituição necessita; trocas intersetoriais não são permitidas na equipe técnica.

Muitos profissionais contratados como nível médio já possuem ou estão cursando nível superior, alguns deles dentro da própria área de saúde. A migração deles para ocupação em outros cargos nesta instituição é mediante seleção interna ou externa,

assim como a migração para outros setores do hospital. Alguns dos entrevistados aguardam este processo para migração.

5.3.3- Inserção em campo

Durante o processo da escolha desta instituição, contatos foram feitos na tentativa de sua aceitação como campo de pesquisa. Formalmente o processo ocorreu com solicitação ao comitê de ética através de uma carta de solicitação de anuência. Após os trâmites legais e reuniões com a equipe de enfermagem o projeto desta pesquisa fora submetido ao seu comitê de ética em paralelo ao da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia- UFBA. Aprovado nos dois comitês a imersão aconteceu em dezembro de 2013.

Após uma apresentação às coordenadoras das três unidades de internamento e com elas adquiridos os primeiros dados institucionais, iniciou-se o reconhecimento do campo com visitas às unidades, sendo que a primeira aconteceu na Unidade 1, em seguida a Unidade 2 e por fim a Unidades 3.

Nesta fase adquiriu-se, por meio de conversas informais, as normas e rotinas das enfermarias, assim como o fluxo dos internamentos e possíveis atendimentos aos pacientes oncológicos e quimioterápicos. Neste momento observaram-se rotinas de trabalho da equipe de enfermagem com pacientes em uso de quimioterapia e materiais educativos sobre tratamento oncológico contidos nas enfermarias.

Foram também realizadas visitas às unidades ambulatoriais de quimioterapia para conhecer suas estruturas físicas e suas relações com o setor de internamento e atendimento ao paciente oncológico, além de busca da compreensão do contra fluxo das quimioterapias nas unidades de internamento.

As informações colhidas nesta fase contribuíram de forma relevante para a construção do entendimento das normas institucionais e compreensão das ações de enfermagem em sua dinâmica de trabalho, tanto geral, quanto oncológico e somar na análise das entrevistas e discussão final da dissertação.

5.3.4 – A escolha dos sujeitos da pesquisa

Os critérios de inclusão dos sujeitos da pesquisa foram profissionais de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem) que fazem parte do quadro efetivo da Instituição da pesquisa que atuem ou já tenham atuado nas unidades que recebem pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico antineoplásico.

Mesmo sendo a enfermagem uma profissão de grande contingente feminino, a questão de gênero não fez parte dos critérios de inclusão/exclusão na pesquisa.

Foram excluídos do estudo os profissionais que não se encontravam em atividade no período destinado para a coleta de dados, assim como os profissionais atuantes em unidades fechadas (unidades de tratamento intensivo e centros cirúrgicos), em emergência, em unidades ambulatoriais e de diagnóstico da instituição.

Ficaram excluídos também estudantes de enfermagem, os trabalhadores não efetivos, terceirizados e profissionais em processo de desligamento da empresa/instituição.

A princípio a proposta era de entrevistar aproximadamente 10 profissionais de cada categoria de enfermagem, porém durante o processo de campo notou-se que o serviço de educação permanente desta instituição vinha estimulando e promovendo cursos complementares à classe de auxiliares de enfermagem.

Desta forma passamos a programar 20 entrevistas, sendo 10 de cada categoria. Porém como na pesquisa qualitativa muito se determina durante o processo da imersão em campo, o número concreto de entrevistas realizadas fora de 14, sendo 7 entrevistas de cada classe e consideradas satisfatórias a partir dos aspectos emergidos nos discursos dos entrevistados. Para Bauer e Gaskell (2007) as similitudes apresentadas nas entrevistas, embora possam parecer experiências únicas, demonstram haver uma saturação de informações e realizar mais entrevistas não aumentaria a qualidade do trabalho.

A escolha dos entrevistados ocorreu de forma aleatória. Foram divididos em categorias profissionais (Nível superior e Nível médio). Para a escolha dos profissionais de nível superior contemplou-se todas as enfermeiras que prestam assistência direta aos pacientes, incluindo as Enfermeiras Assistenciais de todas as três unidades de internamento. Apenas as coordenadoras, por não serem assistenciais, foram excluídas do sorteio. Na escolha para nível médio todos os técnicos e auxiliares de enfermagem das três unidades foram incluídos.

Para garantia da preservação das identidades e atendimento aos requisitos éticos eles aqui estão representados por nomes iniciados com a letra “E” para os profissionais de nível superior (enfermeiros) e com a letra “T” para os profissionais de nível médio das duas categorias (auxiliar e técnicos de enfermagem). A escolha dos nomes foi feita pela pesquisadora e os participantes não opinaram sobre essa escolha. Segue abaixo tabela demonstrativa dos participantes das entrevistas das categorias de enfermagem:

Tabela 4- Participantes do estudo Nível Superior

INFORMANTES	IDADE NA ENTREVISTA	RELIGIÃO	ESTADO CIVIL	TEMPO DE ATUAÇÃO	TEMPO NA INSTITUIÇÃO	VÍNCULOS EMPREGATÍCIOS
EDIRA	30 ANOS	CATÓLICA	SOLTEIRA	5 ANOS	2 ANOS	2 VÍNCULOS
ELIANA	26 ANOS	CATÓLICA	SOLTEIRA	3 ANOS	1 ANO	2 VÍNCULOS
ENEIDA	25 ANOS	CRISTÃ	SOLTEIRA	1,6 ANOS	1,6 ANOS	1 VÍNCULO
ELISA	47 ANOS	CATÓLICA	SOLTEIRA	24 ANOS	24 ANOS	2 VÍNCULOS
EDILEUSA	32 ANOS	CATÓLICA	SOLTEIRA	7,6 ANOS	7 ANOS	2 VÍNCULOS
ELENAIDE	26 ANOS	CATÓLICA	SOLTEIRA	1,7 ANOS	1,7 ANOS	1 VÍNCULO

Fonte: pesquisa de campo 2014.

Tabela 5- Participantes do estudo Nível Médio

INFORMANTES	IDADE NA ENTREVISTA	RELIGIÃO	ESTADO CIVIL	TEMPO DE ATUAÇÃO	TEMPO NA INSTITUIÇÃO	VÍNCULOS EMPREGATÍCIOS
TEREZA	36 ANOS	CATÓLICA	SOLTEIRA	9 ANOS	9 ANOS	2 VÍNCULOS
TELMA	37 ANOS	CATÓLICA	UNIÃO ESTÁVEL	8 ANOS	1,3 ANOS	2 VÍNCULOS
TANIA	35 ANOS	CRISTÃ	SOLTEIRA	3,7 ANOS	3,7 ANOS	2 VÍNCULOS
TAMARA	33 ANOS	CATÓLICA	SOLTEIRA	10 ANOS	2 ANOS	1 VÍNCULOS
TATIANA	45 ANOS	SEM RELIGIÃO	SOLTEIRA	15 ANOS	13 ANOS	2 VÍNCULOS
TAINA	30 ANOS	ESPÍRITA	SOLTEIRA	10 ANOS	2 ANOS	1 VÍNCULO
TÚLIO	39 ANOS	CRISTÃO	CASADO	14 ANOS	6 ANOS	1 VÍNCULO

Fonte: pesquisa de campo 2014.

Nos profissionais de nível superior as idades variaram entre 25 e 47 anos, enquanto no médio esta variação ocorreu entre 33 e 45 anos. Em relação ao tempo de atuação na área de enfermagem, os profissionais de nível superior possuem uma variação de 1,6 anos a 7,6 anos e apenas um profissional possui período superior a estes, com 24 anos de atuação. Já entre os profissionais de nível médio a variação foi de 3,7 anos a 15 anos.

Nas questões de gênero a prevalência feminina foi marcante. Todos os profissionais enfermeiros são do sexo feminino e apenas um homem de nível médio fez parte deste estudo, sendo este o único profissional entrevistado com estado civil casado. Além dele apenas mais uma profissional de nível médio declara união estável e os

demais se intitularam solteiras. Em relação à religiosidade a grande maioria se declara católica, sendo 3 cristãos, 1 espírita e 1 agnóstico. Entre os enfermeiros 4 possuem 2 vínculos empregatícios e 2 apenas 1 vínculo. Nos técnicos 4 possuem 2 empregos e 3 apenas 1 vínculo. A variação do tempo de atuação na instituição pesquisada nos profissionais de nível superior fora de 1,6 anos a 7 anos e uma enfermeira possui 24 anos nesta instituição, o que se observa que apenas 2 não tiveram este local como seu primeiro vínculo de trabalho. Entre os profissionais de nível médio a variação do tempo neste hospital fora de 1,3 anos a 13 anos e apenas 2 profissionais atuam nesta instituição desde sua formação.

5.4. Produção dos dados da pesquisa

Nesta fase foi realizada a exploração completa dos materiais e do diário de campo, com definição dos tipos de recortes, de unidades de análise e de contexto que fizeram parte do corpo das redações dos artigos. Os dados foram tratados através da sua interpretação, da identificação das influências sofridas e onde foi feita a hierarquização dos materiais de referência.

No diário de campo estavam contidos os resultados da observação participante com as descrições dos ambientes, impressões quanto à estrutura física e organizacional das enfermarias visitadas, o acolhimento e estranhamento sentidos pela presença do pesquisador e impressões. As observações descritas durante as conversas informais e durante as entrevistas também contribuíram significativamente para a construção da análise. O processo de observação teve seu olhar guiado através de um roteiro norteador focado com o objeto do trabalho.

As entrevistas aconteceram na etapa final da pesquisa de campo e foram realizadas com 14 profissionais de enfermagem, gerando aproximadamente 08 horas de áudio que posteriormente foram transcritos e analisados.

Em todo o processo da entrevista buscou-se nos discursos dos atores a identificação das formas de reconhecimento do risco no manuseio dos quimioterápicos antineoplásicos. A partir dessa busca foram identificadas nas falas dos sujeitos as tendências básicas para o reconhecimento do risco na prática da enfermagem no manuseio dessas substâncias através da construção de suas representações sociais.

As Representações Sociais (RS) são o conhecimento do senso comum, estando relacionadas com a forma que as pessoas entendem e assimilam essas informações a partir de suas referências, buscando uma reelaboração conveniente do conhecimento científico (MOSCOVICI, 1978). Desta forma elas são representadas por palavras, gestos, sentimentos e condutas que se institucionalizam. (FARR, 2003).

Embora tenha sido lançada a luz das representações sociais para a identificação das formas de percepção do risco no manuseio dos quimioterápicos antineoplásicos entre os trabalhadores da enfermagem, não fora utilizada essa técnica na construção dessa pesquisa. Ela serviu apenas de subsídio para a categorização dos dados interpretados.

A forma de identificação dessas informações ocorreu com o levantamento qualitativo dos dados contidos nas respostas das questões pertencentes no roteiro de entrevista, que embora não tenha sido o único procedimento a ser utilizado para auxiliar a triangulação dos dados, foi o mais relevante. As demais ferramentas utilizadas corroboraram com alguns discursos e auxiliaram nas interpretações dos dados.

As entrevistas seguiram um roteiro semiestruturado, cuja finalidade fora de guiar o diálogo e incentivar o sujeito a falar plenamente sobre o tema e todos os discursos foram registrados por um gravador de áudio digital, o que facilitou sua transcrição.

Após a transcrição de todas as entrevistas e leituras exaustivas para apropriação dos seus conteúdos, fora realizado um resumo de cada uma delas com intuito de facilitar na descrição dos sujeitos e construção da análise através da classificação dos aspectos semelhantes e divergentes que emergiram o que facilitou o agrupamento das categorias e elaboração da proposta de análise dos discursos. As leituras desses resumos foram feitas de forma horizontal para emersão das categorias empíricas e posteriormente reagrupadas pelas suas similitudes. Nova leitura fora realizada em busca de teorias analíticas. Do agrupamento surgiram quatro pontos iniciais: *Profissão, Riscos e trabalho, Saúde e trabalho e Trabalho e Quimioterápicos*.

No primeiro deste agrupamento a profissão como fator situacional da sua identidade laboral revelou discursos sobre escolhas e expectativas, um ponto importante que difere o fazer prescritivo do fazer emotivo, onde a atuação determina muito do ser e estar em enfermagem e conduzem a busca de conhecimentos e aprimoramento, refletindo atitudes laborais pertinentes ao objeto da pesquisa.

No segundo agrupamento o risco em seu conhecimento, desde a formação até a identificação enquanto o executor de tarefas introduz a percepção do risco profissional e de problemas no processo de trabalho. No terceiro agrupamento questões de saúde do trabalhador identificam o autocuidado e levantam questões sobre acidentes e adoecimentos relacionados ao trabalho ou não em busca também de possíveis nexos causais imperceptíveis ao primeiro plano, como também de processos de elementos protetores à saúde dos profissionais entrevistados.

No quarto e último agrupamento as questões de trabalho com quimioterápicos são categorizados pelo conhecimento das substâncias e identificação delas em seu ambiente de trabalho, treinamento e aptidão em seu manuseio, conhecimento dos riscos e de cuidados com a exposição, assim como uma descrição da rotina institucional no manuseio dessas substâncias e nos cuidados ao paciente em seu uso.

A construção da escrita a partir do discurso é um momento especial. A escrita é a expressão do que está num estado virtual com uma autonomia semântica do texto e que emerge dominada pela dialética do evento e significação. É a plena manifestação do discurso, uma raiz distinta da fala. (RICOEUR, 2009).

A fala expressa é materializada pela escrita e possui uma marca pela exteriorização intencional, que utilizando os sinais gramaticais a exprime e torna possível haver a transição da simbologia da fala (mímicas, gestos, dos aspectos não verbalizados) em um texto com sua estrutura multidimensional. Isso ocorre graças aos sinais gramaticais, porém a escrita é mais do que uma mera fixação material da fala, é a destinação do discurso, é um ato com implicações políticas, onde a escrita é um problema específico superior à fixação do discurso, é a inscrição do pensamento humano diretamente traduzido. (RICOEUR, 2009).

Ainda nessa fase o Plano de Análise foi definido. Realizamos as codificações dos dados emergentes nas falas dos sujeitos entrevistados e a realizada das pré-categorizações para análise do material.

A técnica de Análise do Discurso foi empregada neste momento para nortear a interpretação das entrevistas. Esta técnica permitiu abranger as construções ideológicas presentes nos discursos compreendendo o contexto situacional.

A análise de discurso não objetiva tratar da língua nem da sua constituição gramatical, procura compreender a língua enquanto trabalho simbólico da construção do homem e da sua história através da edificação do seu discurso que significa a materialidade específica da ideologia através da língua, que por sua vez é a materialidade específica do discurso. (ORLANDI, 2012).

A utilização dessa técnica permitiu interpretar além do que era verbalizado, pois o sujeito não produziu apenas um discurso visto que este não é igual a um texto. Em toda fala há o interdiscurso a ser analisado e por vezes é onde se encontra elementos muito mais ricos para a compreensão do todo.

Nos capítulos seguintes serão apresentados os resultados das análises dos dados divididos em forma de artigos.

5.5. Questões éticas

Nesta pesquisa garantimos a preservação das identidades e confidencialidade dos dados em atendimento aos requisitos éticos. Assim sendo, os sujeitos da pesquisa foram identificados por nomes como explicitado anteriormente.

Os entrevistados foram convidados a participar da pesquisa, explicando-lhes sobre o objetivo e sua participação. O termo de consentimento livre e esclarecido foi assinado por todos os participantes e lhes entregue uma via assinada pela pesquisadora. Fora explicitada a garantia do direito de deixarem a pesquisa em qualquer momento, sem que houvesse prejuízos para os mesmos, nem para a pesquisa, conforme a resolução 466/12 CNS/MS (BRASIL, 2012).

A realização do estudo foi respaldada nos aspectos éticos das orientações das normas legais da pesquisa envolvendo seres humanos, segundo a Resolução de Nº466/2012 (BRASIL, 2012), e seu projeto de pesquisa encaminhado aos Comitês de Ética e Pesquisa (CEP), tendo sido aprovado sob os pareceres de números 455.829 e 470.703.

6 ARTIGO I

**ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA ONCOLÓGICA
HOSPITALAR: PERCEPÇÕES DOS RISCOS COM
QUIMIOTERÁPICOS**

ONCOLOGY NURSING HOSPITAL: PERCEPTIONS OF RISK WITH
QUIMOTERÁPICOS

Andreia Maria Lima Santos

Paulo Gilvane Lopes Pena

Salvador
2014

RESUMO

Este estudo objetivou analisar a percepção de risco ocupacional no manuseio de quimioterápicos no ambiente hospitalar por profissionais de enfermagem. Trata-se de um estudo qualitativo com inspiração etnográfica e a utilização de entrevista com 13 profissionais da equipe de enfermagem de um hospital da capital baiana. As categorias emergidas foram: O Risco com quimioterápicos: percepção dos profissionais de enfermagem; Risco ambiental: Medo, Exposição e Contaminação. Os resultados encontrados demonstraram que a equipe de enfermagem tem a percepção do risco ocupacional com quimioterápicos e muitos deles são capazes de identificar possíveis efeitos hematológicos inerentes à exposição. Evidenciaram-se situações de exposição e manuseio de quimioterápicos anteriores ao treinamento. O crescente aumento dos tratamentos para o câncer eleva o índice de exposição ocupacional a essas substâncias. Os profissionais de enfermagem no desenvolvimento do cuidar estão em maior contato e por mais tempo com esses pacientes durante o seu tratamento e conseqüentemente mais vulneráveis aos riscos no manuseio de quimioterápicos antineoplásicos.

Palavras chaves: Saúde do Trabalhador; Risco Ocupacional; Quimioterápicos Antineoplásicos; Enfermagem.

ABSTRACT

This study aimed to analyze the perception of occupational risk in handling chemotherapy in the hospital for nursing professionals. This is a qualitative study using ethnographic inspiration and the use of interviews with 13 professionals from the nursing staff of a hospital in Salvador. The categories that emerged were: The Risk with chemotherapy: perceptions of nurses; Environmental Risk: Fear, Exposure and Contamination; The results show that the nursing staff has the perception of occupational risk with chemotherapy and many of them are able to identify possible haematological effects associated with exposure. Became evident exposure situations and handling training prior to the growing incidence of cancer treatments raises the index of occupational exposure to these substances chemotherapy. Nursing professionals in the development of care are more in touch and more time with these patients during their treatment and consequently more vulnerable to the risks in handling antineoplastic drugs.

Key words: Occupational Health; Occupational risk; Antineoplastic chemotherapy; Nursing.

INTRODUÇÃO

A realidade estatística do câncer nos últimos anos demonstrou um grande avanço numérico no Brasil e no mundo. Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), a estimativa para o biênio 2014/2015 será de 576 mil casos novos de câncer no Brasil, distribuídos de forma heterogênea entre os estados e capitais do país (BRASIL, 2014).

Além da ablação das lesões cancerígenas, na maioria dos casos, os pacientes contam como forma coadjuvante no tratamento antineoplásico entre eles a terapia quimioterápica. Com este aumento de novos casos significa também um aumento da exposição ocupacional e ambiental às substâncias geradas por este tratamento.

No Brasil, mais de um milhão de pessoas integram a força de trabalho em Enfermagem. Os hospitais ainda são os locais de maior concentração de suas atividades laborais e também um ambiente que propicia o desenvolvimento de diversos riscos ocupacionais (BULHÕES, 1998; ROBAZZI e MARZIALE, 2004).

A enfermagem tem por essência o cuidar e é a profissão que possui o maior contato e por maior tempo com o paciente e seus familiares. Assim, também se compõe de categorias de profissionais mais vulneráveis às exposições ocupacionais. O estudo de Marziale (1999) relata a exposição às medicações como o maior fator de risco químico a que os profissionais de enfermagem estão vulneráveis. A exemplo destes temos os quimioterápicos antineoplásicos.

A Quimioterapia Antineoplásica é utilizada para o tratamento do câncer e consiste na administração de fármacos, isolados ou combinados, e tem como ação a interferência na cinética tumoral, ou seja, nas funções bioquímicas nos processos de crescimento e divisão celular ativa. Essas drogas possuem um grande potencial mutagênico e tóxico

sobre o organismo humano. Em sua maioria sob a forma inespecífica, atingindo células de rápida proliferação, com uma alta atividade mitótica e ciclos celulares curtos, tanto de células tumorais, quanto de normais (BRASIL, 2008).

Os quimioterápicos são classificados de acordo com a sua citotóxicidade e estão assim divididos em Agentes Alquilantes, Antimetabólitos, Compostos de platina, Antibióticos, Produtos vegetais, Hormônios e análogos, os Anticorpos Monoclonais e Agentes diversos e em todos há uma necessidade de cuidados no manuseio dessas substâncias (BRASIL, 2008; HALSEN & KRÄMER, 2010).

A Internacional Agency for Research on Cancer (IARC) classificou em cinco grupos as substâncias conforme suas evidências de carcinogenicidade em: Grupo 1: Reconhecidamente cancerígeno para humanos (111 agentes); Grupo 2A: Provavelmente cancerígeno para humanos (65 agentes); Grupo 2B: possivelmente cancerígeno para humanos (274 agentes); Grupo 3: condições não classificáveis quanto à carcinogenicidade em humanos (504 agentes); Grupo 4: provavelmente não é carcinogênico para humanos (1 agente). (IARC, 2013). Destes alguns são medicamentos quimioterápicos e são classificados como carcinogênicos e outros como prováveis carcinogênicos.

Nos Serviços de Terapia Antineoplásica (STA) a normatização da assistência aos pacientes, das técnicas de manuseio, descarte e uso de EPIs específicos para essa terapia permite um ambiente menos vulnerável a riscos ocupacionais. Entretanto, num hospital, unidade de maior concentração da força de trabalho da enfermagem, o despreparo e a falta de identificação da potencialidade do risco ao manuseio a quimioterápicos torna esse ambiente um local mais favorável à ocorrência do evento. (BULHÕES, 1998; COSTA, FELLI, 2005; CORDEIRO, 2006; CONSTANTINIDIS et al, 2011).

Diante da pertinência do tema, este estudo tem por objetivo analisar a percepção de risco ocupacional no manuseio de quimioterápicos, no ambiente hospitalar, por profissionais de enfermagem. A preocupação com essa realidade motivou inquietações: como obter informações destes profissionais sobre estas drogas e o reconhecimento sobre medidas preventivas no manuseio destas.

METODOLOGIA

Este artigo resultou de uma pesquisa qualitativa com abordagem etnográfica realizada em um hospital de grande porte de Salvador - BA, com profissionais de enfermagem. Os critérios de inclusão para este trabalho foram: serem profissionais de enfermagem assistenciais de ambos os sexos, locados nas unidades de internamento abertas, excluindo, assim, os profissionais atuantes em unidades fechadas (tratamento intensivo e centros cirúrgicos), em emergência, ambulatoriais e de diagnóstico da instituição. Foram excluídos estudantes de enfermagem, trabalhadores não efetivos, terceirizados e profissionais em processo de desligamento da empresa/instituição e profissionais que não se encontraram em atividade no período destinado à coleta de dados.

A escolha da hermenêutica dialética buscou descrever e interpretar as experiências vividas e as percepções emergidas das falas dos sujeitos da pesquisa sobre o fenômeno do risco ocupacional com quimioterápicos. Essa escolha nos aproximou da teoria de interpretação de Paul Ricouer (2009), que busca a polissemia do fenômeno em que a compreensão e explicação a partir da descoberta do sentido das narrativas, sua reflexão e interpretação, permite aproximar dos significados intrínsecos dos textos.

A realização deste estudo foi respaldada nos aspectos éticos das orientações das normas legais da pesquisa envolvendo seres humanos segundo Resolução de Nº466/2012 (BRASIL, 2012), sendo aprovado por Comitês de Ética e Pesquisa (CEP) com pareceres 455.829 e 470.703.

A escolha dos entrevistados ocorreu de forma intencional, considerando o local de atuação e categorias profissionais (Nível superior e Nível médio). Para garantia da preservação das identidades e atendimento aos requisitos éticos, eles aqui estão representados por nomes iniciados com a letra “E” para os profissionais de nível superior (enfermeiros) e com a letra “T” para os profissionais de nível médio das duas categorias (auxiliar e técnicos de enfermagem).

As técnicas e os procedimentos utilizados na construção da pesquisa foram o diário de campo, a observação participante e a entrevista semiestruturada orientada por roteiro temático. A pesquisa ocorreu no período de dezembro de 2013 a fevereiro de 2014. As entrevistas aconteceram em fevereiro de 2014, em sessões únicas, e foram realizadas com 14 profissionais de enfermagem, sendo 6 de nível superior e 7 de nível médio, gerando no total aproximadamente 08 horas de áudio, que posteriormente foram transcritas e analisadas. Posteriormente, uma profissional entrevistada solicitou a retirada do estudo e seu depoimento foi assim excluído da análise.

Entre os profissionais de nível superior as idades variaram entre 25 e 47 anos, enquanto no nível médio esta variação ocorreu entre 33 e 45 anos. Em relação ao tempo de atuação na área de enfermagem os profissionais de nível superior possuíam entre 1,5 a 7,5 anos, sendo uma com 24 anos de atuação. Já entre os profissionais de nível médio a variação foi de 3,7 anos a 15 anos. Em relação ao sexo e estado civil entrevistou-se

apenas um homem (técnico de enfermagem), com estado civil casado, enquanto outra se declarou em união estável e as demais se intitularam solteiras.

Em relação à religiosidade, a grande maioria se declarou católica, três eram cristãos, um espírita e um agnóstico. Entre os enfermeiros quatro possuíam dois vínculos empregatícios e dois com único vínculo. Já entre os técnicos, quatro possuíam dois empregos e três com uma relação profissional. A variação do tempo de atuação na instituição pesquisada com os profissionais de nível superior foi de 1,6 anos a 7 anos e uma enfermeira com 24 anos na instituição e apenas dois não tiveram este local como seu primeiro vínculo de trabalho. Entre os profissionais de nível médio a variação do tempo de ocupação neste hospital foi de 1,3 anos a 13 anos, sendo dois pertencentes à instituição desde sua formação.

A construção da análise foi realizada através da classificação dos aspectos semelhantes e divergentes que surgiram. Assim, o Plano de Análise foi definido com as interpretações de sentidos emergentes nas falas dos sujeitos entrevistados e as pré-categorizações para análise do material.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Dividimos em categorias que emergiram durante o método de triangulação dos dados, buscando compreender a percepção dos profissionais de enfermagem sobre os riscos e possíveis consequências desta exposição aos quimioterápicos.

O Risco com o manuseio dos quimioterápicos: percepção dos profissionais de enfermagem

A percepção do risco está diretamente ligada ao comportamento, atitude e cultura de cada pessoa. Os motivos que levam à exposição e ao risco são diversos, entre eles a

necessidade econômica de trabalhar, mesmo exposto, e o desconhecimento, tanto da natureza do risco, quanto da forma correta de execução de atividades, procedimentos, normas e rotinas existentes (KOLLURU, 1996). Em busca de construir a identidade do risco com quimioterápico através desta percepção, as respostas dos entrevistados a este questionamento identificam um conhecimento sobre a temática:

“[...] no caso de oncologia, de ter um risco hematológico [...] a imunidade está sempre baixa e queda de hemoglobina, plaquetas, isso tudo devido à quimioterapia que a gente aspira. [...] É um risco retardado, não é nada imediato, a não ser que você tenha uma pré-disposição para ter, o risco hematológico [...] pode ter também uma aplasia medular. Acho que são estes riscos que podem causar uma toxicidade devido a esta droga que a gente está em circulação. Todos são riscos tardios [...]” (EDIRA, 2014).

“[...] Riscos? Pode sim, até a exposição ali no dia a dia, você pode desenvolver até um câncer realmente, você fica exposto, aspirando. Paciente mesmo, em uso, elimina pelo suor, por tudo, você pode correr risco [...] a gente já teve um funcionário aqui que apresentou plaquetopenia, ele estava se sentindo muito fraco, então foi ao médico, e fez exames, o hematologista avaliou, plaquetas baixas, glóbulos baixos e ele foi afastado daqui da unidade, está em outra unidade [...]” (ELISA, 2014).

Edira e Elisa compreendem efeitos dessas drogas quimioterápicas no organismo do manipulador, reconhecem suas potencialidades tóxicas e Elisa exemplifica enfermidade relacionada à exposição ocupacional em funcionário.

A manipulação de drogas citostáticas tem sido associada com o surgimento de anormalidades cromossômicas, havendo também relatos de casos de infertilidade relacionada às enfermeiras que manipulam quimioterápicos e a um número maior de abortos espontâneos em mulheres expostas a essas drogas. Associado a isto não vimos uma definição dos níveis de exposição segura aos agentes antineoplásicos. (MARTINS, ROSA, 2004; COSTA, FELLI, 2005; XELEGATI, 2006; MORAIS, 2009; CONSTANTINIDIS et al, 2011). Estes riscos não foram identificados nesta pesquisa, embora as entrevistadas estejam em idade fértil, e não foram relatados dados que corroboram com achados anteriores. Neste trabalho a associação de infertilidade não

foi pesquisada, nem houve relato por parte das entrevistadas que corroborem com estes achados.

Outras falas revelam pouca vivência e conhecimento sobre os riscos a que a equipe de enfermagem está exposta no manuseio destas drogas.

“[...] saber de ter certeza, nunca busquei isso, mas assim: eu tenho por que as colegas às vezes falam [...]” (ELENAIDE, 2014).

“[...] se a gente não estiver paramentada adequadamente pode estar lesionando a nossa pele e o inalatório inalar aquela substância [...] Deve matar as nossas células também, as células boas [...]” (TEREZA, 2014).

“[...] eu sei que o risco é grande, mas não sei detalhar no momento [...] risco assim que uma gota de quimioterapia na gente pode causar uma lesão, ocorrer uma necrose [...]” (TÂNIA, 2014).

A enfermeira Elenaide expressa em sua narrativa não ter conhecimento sobre os riscos que as drogas quimioterápicas em sua formação e suas informações foram adquiridas por meio de forma indireta através de dados de terceiros no trabalho. Nas narrativas dos profissionais de enfermagem de nível médio notamos que existem informações sobre ações de toxicidade dos quimioterápicos através do contato das drogas na pele e inalações de aerossóis.

Os técnicos não participam do procedimento de instalação das medicações e sim nos cuidados prestados na assistência de enfermagem aos pacientes em seu uso e ao descarte do próprio quimioterápico. No entanto, esta categoria encontra-se exposta de igual maneira aos profissionais de nível superior responsáveis pela instalação. Porém, como descrito nas falas, eles não delineiam com clareza efeitos dos quimioterápicos para quem os manipulam.

De uma forma geral, todas as falas apresentam uma construção de intersubjetividade em concordância com a consciência da existência dos riscos no

manuseio de quimioterápicos durante a assistência de enfermagem envolvendo os mecanismos de contaminação. As afirmações de sequelas hematológicas referidas são condizentes com as implicações desta exposição e vemos conformidade com estudos sobre estas definições de efeitos na presença ou no manuseio dessas substâncias, a exemplo a depressão da medula óssea (anemias, plaquetopenias e granulocitopenias), alterações hepáticas, imunológicas, da fertilidade e até câncer (CAIXETA, BARBOSA-BRANCO, 2005).

Por sua vez a mortalidade causada por tumores em trabalhadores que manipulam essas medicações ainda não apresenta dados suficientes para que se possa dizer efetivamente que esse grupo tenha o maior risco de desenvolver neoplasias geradas pela sua atividade ocupacional (MARTINS, ROSA, 2004; COSTA, FELLI, 2005; XELEGATI, 2006; MORAIS, 2009).

O fato de o câncer ser uma doença com um grande período de latência com manifestação tardia de cerca de 20 a 30 anos após a primeira exposição, assim como pela deficiência de uma associação de nexo causal devido principalmente a contatos com diversos agentes químicos com este efeito em diferentes locais de trabalho, faz dessa associação algo ainda pouco evidenciado. Neste estudo apenas uma profissional tinha tempo de atividade no período de latência citado, ou seja, o risco de câncer ocupacional existe para situações futuras.

Conhecimentos descritos com fundamentos científicos são mais presentes em profissionais mais experientes nesta área da enfermagem e por vezes em outras falas é evidente o saber insuficiente sobre as drogas e seus efeitos no organismo de quem lida com estas.

Porém, de uma forma integral, evidenciamos que a percepção de risco está presente nas ações laborais dos entrevistados e muitos deles são capazes de identificar possíveis efeitos hematológicos inerentes à exposição.

Risco ambiental com os quimioterápicos

A NR 32 é voltada à Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde e institui as diretrizes básicas de implementação de proteção à segurança e à saúde desses trabalhadores. Dividida em diretrizes sobre Riscos Biológicos, Riscos Químicos, Radiações Ionizantes e Resíduos, ela tem por objetivo tornar o ambiente dos estabelecimentos de saúde o mais seguro e confiável possível para usuários dos serviços (BRASIL, 2011).

O extrato da narrativa de Edileusa revela um acidente de trabalho ocorrido com um quimioterápico à contaminação ambiental, expondo a todos aos aerossóis e a potencialidade irritante/vesicante dos fármacos dessa categoria medicamentosa:

“[...] a primeira vez que eu tive contato mesmo, um risco (*referindo a acidente de trabalho*) foi quando eu fui instalar uma quimioterapia aqui. Quando fui desconectar, estava todo fechadinho o equipo, mas mesmo assim saiu um pouquinho, não sei se o equipo estava com algum problema. Chegou a molhar um pouquinho, mas eu estava de luva, estava toda paramentada, mas mesmo assim tirando a luva, lavando, senti uma ardência na mão. Eu estava de SN (*serviço noturno*), fui passar aquele todo protocolo de acidente de trabalho e tal [...]” (EDILEUSA, 2004).

Neste discurso há descrição da contaminação do profissional, mas também do ambiente e o processo cabível de notificação do acidente de trabalho. Esta exposição também está presente na narrativa de Tatiana quando descreve o desconhecimento e a falta de treinamento adequado que gera situações de perigo ao profissional e ao

ambiente: “[...] eu não sabia que o comprimido tinha que ser dado com luva, eu não sabia nada disso, eu dei sem a luva depois tive esse treinamento [...]” (TATIANA, 2014).

Mesmo com o uso da paramentação existe o reconhecimento do risco de contaminação ambiental e profissional no manuseio das drogas e do paciente descritos nas falas de Tânia e Tainá, técnicas de enfermagem, categoria que lida mais diretamente com os pacientes.

“[...] não sei se está certo, mas eu acho, que você lidando sem os EPIs, com o produto, com essa medicação que é tão forte, acho que você está correndo o risco porque se até pegar na pele, de qualquer forma você também vai sentir, vai ter algum tipo de lesão futuramente [...]” (TAINÁ, 2014).

“[...] É risco para a gente, que despreza a urina do paciente, que faz uso de quimioterapia [...] eu sei que é uma medicação que é assim de alta periculosidade, para a gente manusear, tem que estar paramentado, ter todos esses cuidados [...]” (TÂNIA, 2014).

A necessidade de segurança na exposição aos quimioterápicos é evidente. A agência norte-americana Occupational Safety and Health Administration – OSHA estabelece medidas de cuidados no manuseio de quimioterápicos, seja na manipulação, seja na assistência direta ao paciente, assim como nos descartes dos resíduos. (OSHA, 2009).

Os riscos ocupacionais com quimioterápicos também vêm associados, quase sempre, com os riscos ambientais através do derramamento e ou extravasamento das drogas quando o sistema fechado, que impede que os aerossóis das medicações se espalhem, é violado. O treinamento em serviço auxilia para evitar esses acidentes e detecção precoce de não conformidade do material em que estão contidos os quimioterápicos, evitando danos maiores ao ambiente, ao profissional e ao paciente.

Associado a essa exposição profissional e ambiental, surge assim a categoria empírica “*medo de trabalhar com quimioterápico*”. Embora não apareça em outras

falas, esse medo entra como um sofrimento psíquico no trabalho. As narrativas a seguir expressam essa evidência:

“[...] quando entrei aqui, no começo da minha carreira, não éramos nós enfermeiras assistenciais que instalávamos a quimioterapia, até mesmo comprimido. Tinha sempre um técnico do setor responsável, vinha e instalava, e assim quando surgiu à novidade de quem iria instalar a quimioterapia era a gente, eu fiquei com medo, de risco, sabendo que se extravasasse alguma medicação, a questão de saber mais da droga... [...]” (ELENAIDE, 2014).

“[...] eu estou há tanto tempo no hospital, eu não tenho medo de trabalhar com quimioterapia, eu fico assim cauteloso, mas medo, medo, eu não tenho não [...]” (TÚLIO, 2014).

Esse medo relatado por Elenaide surge com um questionamento: O profissional possui esse sentimento devido ao processo do desconhecido ou pelo receio de errar ou pela exposição contínua a uma droga tão danosa e pelo temor de agravos permanentes a sua saúde? Em contrapartida, a ausência do medo pode ser vista na fala de Túlio, único profissional do gênero masculino entrevistado, que tem em seu discurso a negação do medo e substituição desse sentimento por um referencial de “*cautela*”. Esta postura pode ser interpretada pela questão de gênero, pois socialmente pessoas do sexo masculino possuem maior destemor em comparação ao feminino e isso resulta de condicionantes culturais.

Outra interpretação possível seria a de banalização do medo ou naturalização do risco, associado ao tempo de atuação na área e não ter apresentado a curto e médio prazo alterações associadas ao trabalho, mas que nessa narrativa em particular é descartada devido à expressão de cautela referida pelo entrevistado no manuseio dos quimioterápicos.

Analisar o risco na perspectiva de quem se expõe a ele é buscar entender a sua identidade no trabalho. A construção de sua identidade é uma influência direta das suas

representações de risco e um saber específico que faz parte do seu capital cultural. A isso se somam suas experiências anteriores e como ele se apresenta em seus distintos significados, em diferentes contextos do trabalho (RANGEL, 1993).

O sofrimento psíquico, porém, surge em outras falas, indicando a sensibilidade presente no cuidar, objetivo maior da assistência de enfermagem, e no atuar em oncologia, conforme expressa Edira:

“[...] Acho que o tempo todo e cada vez mais a gente vai ficando cada vez mais cansada emocionalmente. Você se acostuma (*pausa reflexiva*), sente menos, sente, se acostuma com aquele sofrimento, à gente não sofre tanto como no início. Você fica menos conivente com aquilo. Você sente, mas não é algo que vai te atrapalhar, como foi no início. Deixo o emocional guardado [...]” (EDIRA, 2014).

A dificuldade em relatar seu sentimento quanto ao sofrimento psíquico de estar com crianças e famílias padecidas pelo câncer, mesmo sendo acrescida do relato de gostar de atuar nessa área, deixa claro a vulnerabilidade profissional. Esta pode ter origem na compaixão humana pelo sofrimento do outro e o sentimento de zelo na tentativa de minimizar o sofrimento da criança e de seu ente, evitando mais tensão no processo de tratamento. A enfermagem é uma profissão predominantemente feminina, associada no seu passado com a doação de vida, uma espécie de sacerdócio quase que maternal e que no presente pode exacerbar ou banalizar a exposição aos quimioterápicos, pois o que importa é o cuidado imediato. Esta afirmativa é baseada em conversas informais colhidas durante o processo de observação.

Aspectos que levam a adoção de comportamento de risco ou a sua exposição devem ser abordadas para compreensão desse estudo da vida laboral. Assim, a percepção do risco está associada à organização e interpretação de dados sensoriais que o indivíduo recebe, e estas são altamente influenciadas pelas expectativas emocionais,

valores, experiências pessoais e motivações do sujeito, pois estes constroem e avaliam suas percepções de risco de acordo com a sua própria realidade e subjetividade (RENN, 2004).

Neste estudo observa-se que o profissional se expôs para realizar uma assistência que para ele seria humanizada, porém nenhuma assistência verdadeiramente humanizada deve gerar risco a saúde do profissional. Vale lembrar que esta situação de exposição de risco ocorreu em uma unidade pediátrica e não fora observada nem descrita em outras unidades. Constata-se a necessidade de intensificação de treinamento, porém estratégias de evitar essas exposições necessitam ser repensadas para impedir que profissionais escolham se expor por comoção do sofrimento do paciente assistido.

Uma opção de estratégia, particularmente neste caso, seriam EPIs mais direcionadas ao público infantil, com questões lúdicas e explorando este imaginário mundo tão recheado de personagens. Como exemplo podemos encontrar máscaras de proteção ou EPI moldadas com rosto de heróis, capas estilizadas, entre outras formas de amenizar o sofrimento sem que seja necessário abrir mão da proteção profissional. Os treinamentos devem enfatizar de forma mais contundente a proteção coletiva e ambiental sem desconsiderar a proteção individual e medidas de preparo emocional para o paciente e o familiar, assim como para o trabalhador assistente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo revela que os profissionais de ambas as categorias pesquisadas, enfermeiros e técnicos de enfermagem, possuem informações, embora parciais, sobre as drogas quimioterápicas e reconhecem a potencialidade tóxica que estas substâncias exercem em seu organismo. Desta forma, constatou-se que a percepção de risco está

presente, mas desvelaram-se condições de falta de orientações e treinamentos eficazes para melhor informar estes trabalhadores acerca destas substâncias.

A forma de conhecimento dos profissionais da instituição pesquisada sobre a administração das drogas quimioterápicas e do uso correto dos EPIs no contato com estes fármacos e com o paciente em tratamento é escasso. É necessário que o serviço de educação continuada aperfeiçoe de uma forma mais eficiente e dinâmica o treinamento em serviço com o intuito de abranger os profissionais envolvidos na assistência direta e na instalação dos quimioterápicos para maior eficácia e minimização das possíveis falhas. A exposição às drogas e aos cuidados direto com os pacientes em uso delas, em sua totalidade, ocorram anteriormente aos cursos ministrados e ainda há um grande contingente de profissionais sem qualquer informação oficial sobre este assunto.

Outra evidência, embora de forma pontual, foi o medo de trabalhar com as drogas quimioterápicas. Esse aspecto nos remete a questionar se o desconhecimento e despreparo, que podem ser causa deste processo gerador de um sofrimento psíquico no trabalho, é passível de ser atenuado com informações e qualificação profissional adequada. Os aspectos de sofrimento profissional em trabalhar com oncologia, mais especificamente com oncologia pediátrica, também fora marcante, especialmente por observarmos uma situação de descumprimentos normativos devido a tentativa de evitar sofrimento à criança em tratamento. Em todas estas questões a intervenção é necessária devido a influência nas tomadas de decisões em processos mais extremos com estas substâncias e por expor o profissional e o ambiente.

Os treinamentos devem ocorrer amplos e planejados, enfatizando de forma mais contundente a proteção individual e ambiental, explicitar as normas e rotinas em quimioterapia, promover medidas de preparo emocional para o profissional e fazer do

ambiente de trabalho um local instrutivo e seguro para o trabalhador da saúde e para o paciente.

Assim a percepção de risco está presente na vivência laboral deste grupo de entrevistados, possuidores de informações parciais e medidas de treinamento pouco abrangentes, gerando situações de risco e medo em trabalhar com medicações quimioterápicas e de vulnerabilidade para os profissionais de enfermagem no seu ambiente de trabalho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BONASSA, E. M. A, Enfermagem em terapêutica oncológica. 3ª Ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 2005.

BRASIL, M. V. B.; STEFFENS, F.; LORENZO, D. O perfil do acidentado com material biológico no Hospital de Pronto Socorro. Rev. Hosp. Pronto Socorro, v. 47, n.1, p. 26-33, 2001.

BRASIL. Conselho Federal de Farmácia (CFF). Resolução 288 de 21 de março de 1996. Dispõe sobre a competência legal para o exercício da manipulação de fármacos pelo farmacêutico. Brasília (DF): CFF; 1996.

_____. Conselho Federal de Enfermagem (COFEn) (BR). Resolução 210 de 01 de julho de 1998. Dispõe sobre a atuação dos profissionais de enfermagem que trabalham com quimioterápicos antineoplásicos. In: Conselho Federal de Enfermagem (COFEn) (BR). Documentos Básicos de Enfermagem. São Paulo (SP): COFEn; 2001. p.207. a.

_____. Conselho Federal de Enfermagem (COFEn) (BR). Resolução 257 de 12 de julho de 2001. Dispõe sobre a competência legal do enfermeiro no preparo de quimioterápicos. In: Conselho Federal de Enfermagem (COFEn) (BR). Documentos Básicos de Enfermagem. São Paulo (SP): COFEn; 2001. p.362. b.

_____. Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BR). Resolução nº 466/12, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Anvisa estabelece regras para quimioterapia. Brasília, 2004. a.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. Regulamento técnico de funcionamento de serviços de terapia antineoplásica. Resolução RDC nº 220, de 21 de setembro de 2004.. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.b.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Ações de enfermagem para o controle do câncer. [livro na Internet].3ª Ed. Rio de Janeiro. INCA; 2008. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acoes_enfermagem_controle_cancer.pdf

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Estimativa 2014: Incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional do Câncer- Rio de Janeiro : INCA, 2014.

_____. Ministério do Trabalho e Emprego. Norma regulamentadora 6: Equipamento de Proteção Individual - EPI. (revisada em 30/08/2011).

_____. Ministério do Trabalho e Emprego. Norma regulamentadora 32: Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de saúde. (revisada em 07/10/2010).

BULHÕES, I.; Riscos do trabalho de enfermagem. Rio de Janeiro, 2 ed., Folha Carioca, 1998. 221p.

CAIXETA, R. de B.; BARBOSA, B. A. Acidente de trabalho, com material biológico, em profissionais de saúde de hospitais públicos do Distrito Federal, Brasil, 2002/2003. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, jun. 2005.

CARRASCO, M.E.C. Seguridad y Salud Ocupacional. Sociedad Ecuatoriana de Seguridad y Salud Ocupacional (S.E.S.O). Ampliada; 1989.

CEREST. Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de Piracicaba. Banco de Dados. Total de AT notificados no ano de 2006.

CONSTANTINIDIS T.C., VAGKA E., DALLIDOU P., BASTA P., DRAKOPOULOS V., KAKOLYRIS S. & CHATZAKI E.; Occupational health and safety of personnel handling chemotherapeutic agents in Greek hospitals. (2011). European Journal of Cancer Care 20, 123–131.

CORDEIRO, Rebeca Fidelis; Segurança e Saúde do Trabalhador no Setor de Quimioterapia. Monografia; Fundação Oswaldo Cruz- Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Curso de Formação Técnica em Gestão em Serviços de Saúde. Rio de Janeiro, 2006.

COSTA, Taiza Florêncio; FELLI, Vanda Elisa Andrés. Exposição dos trabalhadores de enfermagem às cargas químicas em um hospital público universitário da cidade de São Paulo. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 13, n. 4, Aug. 2005.

DEJOURS, C., A Loucura do trabalho: estudos de Psicopatologia do Trabalho. São Paulo: Cortez,1998.

FORGES, F.; SIMOENS X. and CHAUVIN F. . Comparative parallel assessment of a transfer device in reducing 5-fluorouracil environmental contamination inside positive air pressure isolators. J Oncol Pharm Pract 2011 17: 61 originally published online 10 August 2010.

HALSEN, Gabriele and KRÄMER Irene; Assessing the risk to health care staff from long-term exposure to anticancer drugs - the case of monoclonal antibodies. *J Oncol Pharm Pract* 2011 17: 68 originally published online 28 July 2010.

IARC. International Agency for Research on Cancer. Monographs on the evaluation of the carcinogenic, risk of chemicals to humans. VOLUME 100, A Review of Human Carcinogens, Part A; Pharmaceuticals. 2013.

IRIART, J. A. B. Métodos Qualitativos Aplicados à segurança e saúde no trabalho. Brasília: SESI/DN, 2004.

KOLLURU, R. Risk Assessment and Management: a Unified Approach. In Kolluru, R.; Bartell, S.; Pitblado, R.; Stricoff, S. *Risk Assessment and Management Handbook: for Environmental, Health and Safety Professionals*. Boston, Massachusetts: McGraw Hill, 1996. Chap. 1, p 1.3 - 1.41.

LIMA, Loneide de; et al. Equipe de Enfermagem; conhecimento acerca do manuseio de drogas antineoplásicas. *Rev. Enfermagem. UERJ*, Rio de Janeiro, 2011 jan/mar; 19 (1): 40-5.

MAIA, Priscilla Germano. A atividade da equipe de enfermagem e os riscos relacionados à exposição a quimioterápicos antineoplásicos no setor de oncologia de um hospital público do estado do Rio de Janeiro. Dissertação (mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2009, 144 p.

MARTINS, I. ; ROSA, H. V. D. Considerações toxicológicas da exposição ocupacional aos fármacos antineoplásicos. *Rev. Bras. Medicina do Trabalho*; v.2, n.2, pp. 118-125, abr.-jun. 2004.

MARZIALE MHP. Estudo da fadiga mental de enfermeiras atuantes em instituição hospitalar com esquema de trabalho em turnos alternantes. [dissertação] Ribeirão Preto (SP):Faculdade de Filosofia de Ciências e Letras da USP; 1999.

MENDES, Rene. *Patologia do Trabalho - 2 Volumes - 3ª Ed.* Atheneu, Rio de Janeiro. 2013.

MORAIS, Evelyn Nascimento. Riscos ocupacionais para enfermeiros que manuseiam quimioterápicos antineoplásicos. Dissertação (Mestrado)-Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009. UNIRIO/ENFERMAGEM.

NISHIDE, V.M.; BENATTI, M.C.C. and ALEXANDRE, N.M.C.. Ocorrência de acidente no trabalho em uma unidade de terapia intensiva. *Rev. Latino- Am. Enfermagem* [online]. 2004, vol.12; , n2, pp.204-211. ISSN 0104-1169.

ORLANDI, E. P. *Análise de Discurso: princípios e procedimentos*. Campinas, SP: Pontes, 2012.

RANGEL ML. Saúde do trabalhador: identidade dos sujeitos e representações dos riscos a saúde na indústria petroquímica. *Cad. Saúde Pública* 1993; 9:333-48.

RENN, O. Risk governance: coping with uncertainty in a complex world. London: Earthscan, 2008.

RICOUER, P. Teoria da Interpretação. Trad. Artur Morão. Lisboa: Edições 70, 2009.

ROBAZZI, M. L. do C. C.; MARZIALE, M. H. P. A norma regulamentadora 32 e suas implicações sobre os trabalhadores de enfermagem. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 12, n. 5, Oct. 2004.

ROCHA, F. L. R.; MARZIALE, M. H. P.; ROBAZZI, M. L. do C. C.. Perigos potenciais a que estão expostos os trabalhadores de enfermagem na manipulação de quimioterápicos antineoplásicos: conhecê-los para preveni-los. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 12, n. 3, June 2004.

SIDEROV J, KIRSA S, and McLAUCHLAN, R.. Reducing workplace cytotoxic surface contamination using a closed-system drug transfer device. J Oncol Pharm Pract 2010 16: 19 originally published online 4 December 2009. DOI: 10.1177/1078155209352543. The online version of this article can be found at: <http://opp.sagepub.com/content/16/1/19>.

SILVA, L. F. da; REIS, P. E. D. dos. Avaliação do Conhecimento da Equipe de Enfermagem sobre Riscos Ocupacionais na Administração de Quimioterápicos. Revista Brasileira de Cancerologia.; v.56, n.3, pp. 311-320, 2010.

XELEGATI, Rosicler; ROBAZZI, Maria Lúcia do Carmo Cruz. Riscos químicos a que estão submetidos os trabalhadores de enfermagem: uma revisão de literatura; Chemical risks nursing workers are subject to: a literature review. Rev. latinoam. enferm, v. 11, n. 3, p. 350-356, 2003.

XELEGATI, Rosicler et al . Riscos ocupacionais químicos identificados por enfermeiros que trabalham em ambiente hospitalar. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 14, n. 2, Abr. 2006.

**ENFERMAGEM ONCOLÓGICA HOSPITALAR:
TREINAMENTO E CAPACITAÇÃO**

HOSPITAL ONCOLOGY NURSING:
TRAINING AND CAPACITY BUILDING

Andreia Maria Lima Santos
Paulo Gilvane Lopes Pena

**Salvador
2014**

RESUMO

Este estudo objetivou analisar o processo de treinamento e capacitação por profissionais de enfermagem para o uso de quimioterápicos no ambiente hospitalar. Trata-se de um estudo qualitativo com inspiração etnográfica e a utilização de entrevista com 13 profissionais da equipe de enfermagem de um hospital da capital baiana. As categorias emergidas foram: Capacitação para manuseio de quimioterápicos e Medidas para a prevenção do Risco com quimioterápicos. Os resultados demonstram que a equipe de enfermagem tem a percepção do risco ocupacional com quimioterápicos, estratégias de treinamento ineficiente e insuficiente, como inabilidade no manuseio de equipamento de segurança e descumprimento de medidas protetoras. Questões de capacitação e treinamento em serviço para o manuseio destas drogas necessitam de maior abrangência para que situações de risco possam ser amenizadas diminuindo a vulnerabilidade ambiental e profissional em manuseio destas drogas em unidades hospitalares.

Descritores: Saúde do Trabalhador; Risco Ocupacional; Quimioterápicos Antineoplásicos; Enfermagem.

ABSTRACT

This study proposed to analyze the training and capacity building process by nursing professionals to the chemotherapy use in the hospital environment. It is a qualitative study based in the ethnographic inspiration and thirteen interviews made with professionals from a nursing team in a Salvador's hospital. The categories that emerged were: Training for handling chemotherapeutic and measures for risk prevention with chemotherapeutic. The results demonstrate that the nursing team has the perception about the occupational hazards with chemotherapeutic and exposure situations and chemotherapeutic handling previous the training and inability in manipulating safety equipment and failure of protective measures, strategies inefficient and insufficient training, with inability in handling security and breach of protective equipment measures. Some questions in the training in service to handling these drugs revealed the necessity of higher reach of this theme in order that situations of risks can be softened, reducing the environmental and professional vulnerability in manipulating of these drugs in hospital units.

Keywords: Working healthy; Occupational hazards; Antineoplastic Chemotherapeutic; Nursing.

INTRODUÇÃO

Os profissionais da área da saúde são a categoria trabalhista com maior registro de acidentes de trabalho, superior até ao profissional da construção civil (CEREST, 2006). A complexidade de um ambiente hospitalar é marcada pela insalubridade presente devido ao agrupamento de pacientes com diversas patologias inclusive infectocontagiosas e pelos diversos procedimentos no atendimento dos cuidados básicos à saúde que promovem acidentes e doenças para essa categoria trabalhista (NISHIDE, BENATTI, ALEXANDRE, 2004).

O risco ocupacional é a probabilidade que alguma alteração aconteça à saúde do trabalhador, seja ela física ou mental, em função de sua exposição aos fatores de riscos no seu processo de trabalho (CARRASCO, 1989). Os riscos à saúde do trabalhador podem ser classificados como ergonômicos, psicossociais, físicos, biológicos e químicos (MENDES, 2013).

A exposição aos riscos químicos podem causar danos simples como alergias, até os mais complexos como o câncer. Vários são os agentes químicos causadores de agravos à saúde dos profissionais e várias são as formas de apresentação como sólidas, líquidas ou gasosas. As exposições às medicações são o maior fator de risco químico a que os profissionais de enfermagem estão vulneráveis (MARZIALE, 1999) e dentro desta forma encontram-se os quimioterápicos antineoplásicos.

As NRs são um conjunto de Leis do Trabalho consolidadas através da portaria 3214 de 08 de junho de 1978 voltadas à segurança e medicina do trabalho. A NR 32 considera como medicamentos e drogas de risco aqueles que possam causar genotoxicidade (ação nociva à célula e seu material genético), e sendo elas em sua totalidade causadoras de, teratogenicidade, mutagenicidade e carcinogenicidade

(BRASIL, 2011). Nessas especificações, quase todos os Quimioterápicos Antineoplásicos se enquadram, sendo assim são necessárias áreas específicas de preparo destas drogas, com material adequado e diferenciado assim como treinamento específico para a manipulação e administração desses fármacos.

As unidades que realizam atendimento dessa natureza deverão possuir manuais de procedimentos e Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) e de Coletiva (EPCs), sendo definitivamente vetada a manipulação e administração dessas drogas na ausência desses equipamentos de proteção ou da cabine de segurança biológica onde ocorre o preparo dessas substâncias (BRASIL, 2011).

O risco de ocorrer contaminação com o manejo de medicações antineoplásicas assim como a necessidade de precauções no manuseio dessas drogas e pesquisas de equipamentos de redução da exposição são abordados em muitos estudos.

Num estudo realizado em 24 hospitais da Grécia concluiu que os profissionais de enfermagem recebiam informação parcial sobre os riscos com o manuseio de quimioterápicos, sendo evidenciado, a não utilização de EPIs adequados o que comprovou o desconhecimento da equipe nos riscos dessa exposição e a falta de treinamento educacional desses profissionais tanto de formação acadêmica quanto em serviço refletindo no estudo pela associação de acidentes ocorridos em pessoal menos treinado agravado pela grande demanda dos serviços e reduzido número de profissionais (CONSTANTINIDIS, 2011).

Ainda nesta pesquisa os agravos à saúde relatados pelos profissionais pesquisados foram: náuseas, cefaleia, tonturas, tosse, queimação no sistema respiratório, irritação da mucosa nasal, asma brônquica, irritação cutânea, alergias, irritação ocular,

entre outros. Também houve relatos de alterações menstruais e abortos espontâneos na população estudada (CONSTANTINIDIS, 2011).

A educação em serviço assim como a utilização de medidas e equipamentos que possam diminuir os riscos ocupacionais no manuseio das medicações antineoplásicas é de suma importância para evitar a contaminação do ambiente e dos profissionais por essas substâncias que podem acontecer com exposições mínimas, mesmo em presença de artefatos e equipamentos recomendados (SIDEROV, KIRSA, McLAUCHILAN, 2010; FORGES, SIMOENS, CHAUVIN, 2010).

Nos Serviços de Terapia Antineoplásica (STA), a normatização da assistência aos pacientes, das técnicas de manuseio, descarte e uso de EPIs específicos para essa terapia permite um ambiente menos vulnerável a riscos ocupacionais. Entretanto, num hospital, unidade de maior concentração da força de trabalho da enfermagem, o despreparo e a falta de identificação da potencialidade do risco ao manuseio a quimioterápicos torna esse ambiente um local mais favorável à ocorrência do evento (BRASIL, 2011; BULHÕES, 1998; COSTA, FELLI, 2005; CORDEIRO, 2006).

Diante da pertinência do tema este estudo tem por objetivo analisar o processo de treinamento e capacitação por profissionais de enfermagem para o uso de quimioterápicos no ambiente hospitalar.

METODOLOGIA

Este artigo resultou de uma pesquisa qualitativa com abordagem etnográfica realizada em um hospital de grande porte de Salvador - BA, com profissionais de enfermagem. Os critérios de inclusão para este trabalho foram: ser profissionais de enfermagem assistenciais de ambos os sexos, locados nas unidades de internamento

abertas, excluindo assim os profissionais atuantes em unidades fechadas (tratamento intensivo e centros cirúrgicos), em emergência, ambulatoriais e de diagnóstico da instituição. Foram excluídos estudantes de enfermagem, trabalhadores não efetivos, terceirizados e profissionais em processo de desligamento da empresa/instituição e profissionais que não se encontraram em atividade no período destinado à coleta de dados.

Na análise das narrativas utilizamos a hermenêutica dialética para descrever e interpretar as experiências vividas e as percepções emergidas das falas dos sujeitos da pesquisa através da busca polissêmica do fenômeno em que a compreensão e a explicação parte da descoberta do sentido, sua reflexão e interpretação e permitiu aproximação dos significados intrínsecos dos textos sobre o fenômeno do risco ocupacional com quimioterápicos (RICOUER, 2009).

A realização deste estudo foi respaldada nos aspectos éticos das orientações das normas legais da pesquisa envolvendo seres humanos segundo Resolução de Nº466/2012 (BRASIL,2012), sendo aprovado por Comitês de Ética e Pesquisa (CEP) com pareceres 455.829 e 470.703.

A escolha dos entrevistados ocorreu de forma intencional considerando o local de atuação e categorias profissionais (Nível superior e Nível médio). Para garantia da preservação das identidades e atendimento aos requisitos éticos eles aqui estão representados por nomes iniciados com a letra “E” para os profissionais de nível superior (enfermeiros) e com a letra “T” para os profissionais de nível médio das duas categorias (auxiliar e técnicos de enfermagem).

As técnicas e os procedimentos utilizados na construção da pesquisa foram o diário de campo, a observação participante e a entrevista semiestruturada orientada por

roteiro temático. A pesquisa ocorreu no período de dezembro de 2013 a fevereiro de 2014. As entrevistas aconteceram em fevereiro de 2014, em sessões únicas, e foram realizadas com 14 profissionais de enfermagem, sendo 6 de nível superior e 7 de nível médio, gerando no total aproximadamente 08 horas de áudio que posteriormente foram transcritas e analisadas. Posteriormente, uma profissional entrevistada solicitou a retirada do estudo, e seu depoimento foi assim excluído da análise.

Nos profissionais de nível superior as idades variaram entre 25 e 47 anos enquanto no nível médio, esta variação ocorreu entre 33 e 45 anos. Em relação ao tempo de atuação na área de enfermagem os profissionais de nível superior possuíam entre 1,5 a 7,5 anos, sendo uma com 24 anos de atuação. Já os profissionais de nível médio, a variação foi de 3,7 anos a 15 anos. Em relação ao sexo e estado civil, entrevistou-se apenas um homem (técnico de enfermagem), com estado civil casado, enquanto outra se declarou em união estável; as demais se intitularam solteiras.

Em relação à religiosidade, a grande maioria se declarou católica, três eram cristãos, um espírita e um agnóstico. Entre os enfermeiros, quatro possuíam dois vínculos empregatícios e dois com único vínculo. Já os técnicos, quatro possuíam dois empregos e três com uma relação profissional. A variação do tempo de atuação na instituição pesquisada nos profissionais de nível superior foi de 1,6 anos a 7 anos e uma enfermeira com 24 anos na instituição, e apenas dois não tiveram este local como seu primeiro vínculo de trabalho. Entre os profissionais de nível médio, a variação do tempo de ocupação neste hospital foi de 1,3 anos a 13 anos, sendo dois pertencentes à instituição desde sua formação.

A construção da análise foi realizada através da classificação dos aspectos semelhantes e divergentes que surgiram. Assim, o Plano de Análise foi definido com as

interpretações de sentidos emergentes nas falas dos sujeitos entrevistados e as pré-categorizações para análise do material.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A educação em serviço assim como a utilização de medidas e equipamentos que possam diminuir os riscos ocupacionais no manuseio das medicações antineoplásicas é de suma importância. Considerando que os componentes quimioterápicos devem ser manipulados por profissionais de saúde capacitados para tal finalidade. Contudo, nem sempre este fato ocorre resultando num grande índice de riscos a acidentes com exposição desses agentes químicos nos ambientes de trabalho (MORAES, 2009).

Capacitação para manuseio de quimioterápicos

Estudos indicam que comumente os trabalhadores de enfermagem possuem informações parciais sobre a finalidade das drogas antineoplásicas e dos riscos potenciais a que eles estão expostos em contato com essas substâncias. Conseqüentemente, desconhecem também as medidas de segurança que devem ser adotadas para diminuir os riscos inerentes a estes fármacos, o que expõe o ambiente de trabalho e a todos. O desconhecimento de leis e normas que regem o trabalho, manuseio, ambiente e descarte do lixo quimioterápico também são encontrados na literatura (BRASIL, 2011; ROCHA, MARZIALE, ROBAZZI, 2004; SILVA, REIS, 2010; LIMA et al, 2011).

Conforme as entrevistas, alguns profissionais nunca tiveram cursos de capacitação sobre o assunto e outros dizem que participaram, mas nada tão aprofundado.

“[...] aqui também tem, mas [...] não tive nenhum treinamento específico também não [...]”
(EDIRA, 2014).

“[...] não é o suficiente, todo dia se inova, vem um novo quimioterápico, a droga cada dia mais forte, quando chega ao nosso conhecimento à gente já se contaminou [...] a gente pede orientação à enfermeira. Quando a enfermeira sabe, tudo bem. E quando não sabe? [...] nem sempre tem no manual, no protocolo, quando é uma coisa nova, então! [...]” (TÂMARA, 2014).

Edira e Tâmara revelam a aproximação e exposição às drogas quimioterápicas anteriores às informações e treinamentos. Nesse sentido, houve exposição aos agentes cancerígenos e a condição de risco se configurou.

Nesta pesquisa as enfermeiras desvelam condições preocupantes de desconhecimento dos riscos. O serviço de educação continuada necessita aprimorar os treinamentos ou revisar de uma forma mais eficiente e dinâmica de ministra-los em serviço com o intuito de abranger de forma maior e melhor esses profissionais. Já Os profissionais de nível médio descrevem a necessidade de mais informações sobre o tema.

Quando indagado sobre a capacitação recebida para instalação e manuseio de quimioterápicos as afirmativas da existência de cursos preparatórios, todas as enfermeiras afirmaram primeiro ter manuseado antes de realizar esses cursos, ou que ainda não obtiveram treinamento formal na instituição. Também os técnicos de enfermagem relatam que muitos ainda não receberam esse treinamento. Ambas as categorias destacam insuficiência de cursos realizados para aprofundamento do conhecimento.

Outras pesquisas comprovam que os profissionais de enfermagem não reconhecem os riscos a que estão expostos ao manuseio dessas substâncias, assim como na deficiência dos meios de prevenção e falhas nos treinamentos em serviço, bem como um grande desconhecimento das leis de auxílio e norteadoras da saúde do trabalhador,

mesmo em unidades específicas de tratamento oncológico (MAIA, 2009; COSTA e FELLI, 2005; MORAIS, 2009).

“[...] saber mais a respeito de quimioterápicos que a gente sabe muito pouco. A gente deveria ter mais opções de cursos, a instituição deixasse a gente a par de tudo que a gente trabalha e é pouco, a gente sabe muito pouco pelo menos aqui. No ambulatório eu não sei como é o trabalho do pessoal, do ambulatório eu acho que eles trabalham mais voltados com quimioterapia, a gente só faz retirar os quimioterápicos, mas a gente não instala, só trabalha na retirada do quimioterápico [...]” (TEREZA, 2014).

Revela-se uma vontade de aprofundamento do conhecimento sobre os quimioterápicos, principalmente em situações de grande demanda do hospital. As situações aqui descritas indicam que em hospitais com grande contingente de profissionais de enfermagem existe a necessidade de mudança de estratégia de capacitação, assegurando formação antes da exposição.

A capacitação dos trabalhadores envolvidos com os quimioterápicos antineoplásicos é obrigatória. O treinamento inicial e continuado nos estabelecimentos de saúde é da competência do empregador fornecendo informações sobre preparo, administração, efeitos terapêuticos, riscos a saúde a curto e longo prazo e normas e procedimentos a serem adotados na ocorrência de acidentes tanto pessoal quanto ambiental, além do destino dos resíduos gerados nessa atividade específica conforme especificado na Norma Regulamentar NR 32. (BRASIL; STEFFENS; LORENZO, 2001; BRASIL, 2011).

Os agentes quimioterápicos devido a sua alta complexidade necessitam de pessoas treinadas e ambiente seguro para sua estocagem, preparo e administração. A enfermagem divide esse trabalho com os farmacêuticos. Até pouco tempo ainda existia conflitos dos papéis que cada profissional e ainda existem locais de não conformidade onde profissionais de nível médio manipulam essas drogas.

“[...] durante o dia quem instala mais são as meninas do ambulatório [...] técnicas de enfermagem, sob nossa supervisão [...]” (EDIRA, 2014).

“[...] já aqui tem pouco tempo, mas assim na verdade a gente não manuseia, é como eu lhe disse, a gente tem o contato com o paciente, despreza a urina do paciente, de vez em quando, quando termina a quimioterapia a gente tira, despreza, é isso aí fora o restante que querendo ou não só em está perto, pelo menos é o que sei, já é o contato, não tem jeito [...]” (TÂNIA, 2014).

Estas falas exemplificam a diferenciação entre tarefas dos profissionais de nível superior e médio dentro da enfermagem no processo de quimioterapia, embora não seja vetado ao técnico de enfermagem instalar essas drogas, na realidade pesquisada. Apenas o serviço de pediatria possui um profissional destinado a essa tarefa oriundo do ambulatório e este é um técnico de enfermagem que em horário administrativo é responsável pela instalação sempre na presença do enfermeiro neste momento.

A preparação dos antineoplásicos e sua administração são consideradas ações de alta complexidade e de risco aos que manipulam. A Resolução do Conselho Federal de Farmácia (CFF) 288/1996 e a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEn) 210/1998 estabeleceram, respectivamente, que é da competência do farmacêutico a sua manipulação e do enfermeiro a sua administração. Porém a Resolução do COFEn 257/2001 indica que o Enfermeiro pode executar a manipulação dessas drogas na ausência do farmacêutico e excluindo, em qualquer hipótese, os técnicos e auxiliares de enfermagem. No entanto todos estão expostos ao contato direto dessas substâncias, no manuseio, administração ou no cuidado com os pacientes em tratamento (BRASIL, 1996; BRASIL, 2001 a, b).

“[...] ninguém nunca chegou para mim e falou é assim, assim, assim, eu simplesmente fui buscando o entendimento, então sei que tem seus riscos, mas não sei quais são, se eu for detalhar, eu não sei lhe dizer [...] só risco de extravasamento mesmo [...] para o paciente se cair nele e para mim se cair em mim [...]” (ELENAIDE, 2014).

Os relatos presentes levantam questões importantes na organização trabalhista e um dilema ético com relação ao despreparo do profissional no manuseio de quimioterápicos. A primeira seria a instalação desses produtos por profissionais não capacitados para essa tarefa, como descreve Elenaide, o que eleva ao risco de exposição por desconhecimento da técnica e das corretas precauções de segurança para a sua execução.

O cumprimento das normas e leis, assim como a capacitação dos profissionais de enfermagem para manuseio de quimioterápicos e na prestação dos cuidados de enfermagem aos pacientes em seu uso contribui para minimizar ou eliminar os riscos ocupacionais e ambientais que estas drogas causam.

O setor da saúde é possuidor de um alto registro de acidentes de trabalho e fonte de preocupação em especial à saúde dos profissionais de enfermagem por constituírem as categorias que tem o maior quantitativo de trabalhadores nesta área (AQUINO, ARAUJO & MENEZES, 1993).

Os riscos da ocorrência de um acidente na presença de droga com tão grande potencial de contaminação é ainda mais preocupante. As afirmações apresentadas nas narrativas se aproximam da situação preocupante da literatura.

A capacitação profissional exerce um papel importante para criação de um ambiente trabalhista seguro com proteção pessoal e conseqüentemente ambiental nas instalações dos quimioterápicos. Cordeiro (2006) afirma ainda que a estratégia da educação em serviço representa um dos grandes recursos para a obtenção do benefício preventivo.

Medidas para a prevenção do Risco com quimioterápicos

No Brasil, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e o Ministério do Trabalho e Emprego (MET), são responsáveis pela fiscalização do cumprimento das medidas/cuidados no manuseio de quimioterápicos desde a manipulação aos cuidados diretos ao paciente e descartes dos resíduos nas unidades de saúde. Porém estudos revelam que em muitas unidades há descumprimentos das normas de segurança e falha na prevenção de acidentes e fiscalização (BRASIL, 2004 a,b; MORAIS, 2009; CORDEIRO, 2006; XELEGATI e ROBAZZI, 2003). O presente estudo vem comprovar a situação semelhante em um hospital da Bahia.

A NR 6 prevê a distribuição gratuita dos EPIs e EPCs por parte do empregador, além de treinar, orientar e fiscalizar esses trabalhadores para a correta utilização desses materiais (BRASIL, 2011).

O relato do uso de equipamentos de proteção é apresentado nas narrativas dos enfermeiros para o manuseio das substâncias no momento da instalação:

“[...] capa, máscara de carvão ativado, luva [...] quem instala sim, quem vai circular, quando a gente circula não [...]” (EDIRA, 2014).

“[...] máscara a da QT (quimioterapia), mas a gente ainda não usou, mas acho que já está disponível [...] a capa, a máscara, a luva, na hora da *químio*, a gente usa [...] eu não uso gorro, também gorro geralmente, as meninas têm uma ou outra usando [...] para paciente de *químio*, nunca usei assim não [...]” (EDILEUSA, 2014).

As descrições dos materiais que compõem os EPIs são semelhantes nas falas acima, divergem apenas pela especificação das máscaras de proteção. A entrevistada Edira narra a utilização da máscara de carvão ativado, descrição que também surge na fala de Edileusa, porém está relata a mudança do EPI há pouco tempo e diz ainda não

ter usado a nova determinação por falta de oportunidade. Essa mudança também é informada nas falas abaixo:

“[...] a gente instalava sem uma EPI adequada, sem uma máscara adequada, apesar de usar luva. Agora tem [...] mais ou menos uma semana ou duas que a gente está começando a usar [...] antes era (*máscara*) cirúrgica comum, você inalava de qualquer jeito, tinha que inalar [...]” (ELISA, 2014).

“[...] até pouco tempo a gente instalava as quimioterapias apenas com luva de procedimento, um exemplo, e hoje, depois que foi implantado isso, eu ainda não instalei quimioterapia, mas eu vejo em outros setores, já tem a capa à máscara ideal, porque uma coisa que eu já conversei com algumas colegas que tem mais experiência, elas ficavam meio indignadas porque, no setor de quimioterapia (referindo-se ao ambulatório) são orientados quanto aos cuidados, lá no setor com certeza eles encontram mais suporte para um acidente, uma orientação e aqui não [...]” (ELENAIDE, 2014).

As questões do uso correto dos Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) no manuseio de quimioterapia como medida protetora do trabalhador minimizando os riscos à exposição está presente na fala Elisa e Elenaide como vimos. Quando em comparação com as condições do passado, descritos por elas como inadequados percebe-se que houve adaptação para seu uso correto indicando uma preocupação institucional em moldarem-se as regras.

Para os técnicos de enfermagem categoria que lida diretamente com as trocas de fraldas e desprezando excretas dos pacientes as descrições da utilização dos EPIs são assim relatadas:

“[...] o lençol da cama quem troca é a técnica [...] vai com farda e aventalzinho [...] luva, máscara, capa, o gorriinho, é touca [...] a máscara normal, eu vejo a cirúrgica mesmo [...]” (ELIANA, 2014).

“[...] se for acamado aqui já tem o protocolo de colocar toda a capa, luva, máscara para desprezar as dejeções e a diurese, se não só com a luva [...] antes era a máscara normal, cirúrgica, agora tem a nova [...]” (TÂMARA, 2014).

A narrativa de Tâmara relata que a mudança para o uso da nova máscara está sendo implantada no serviço, enquanto que Eliana ainda refere o uso da máscara cirúrgica, mesmo depois da nova determinação. Isso mostra uma contradição nos padrões de assistência dentro de uma mesma instituição, gerando conflito de informações que veem expor riscos para o profissional e o ambiente.

A máscara recomendada para manipulação de substâncias químicas, a exemplo dos quimioterápicos protege da inalação de partículas de até 2 μ e foi recentemente adotada como padrão para instalação dos quimioterápicos. Antes eram apenas destinadas nos momentos críticos de derramamento. A capa deve ser utilizada sempre que em contato com os quimioterápicos, excretas e roupas de cama dos pacientes, devido à presença de substâncias ativas por até 48 h do término da quimioterapia (BONASSA, 2005). Mas a descrição contida na fala de Eliana comprova o descumprimento de determinações de segurança no manuseio de quimioterápicos.

Em outros estudos irregularidades no cumprimento das normas vigentes aparecem em vários estabelecimentos acrescidos de áreas físicas inadequadas, material de qualidade inferior, fardamento inapropriado, uso incorreto ou não uso dos EPIs e EPCs e medidas básicas de segurança desrespeitadas como lavagens das mãos, uso de maquiagem, de sapatos abertos e luvas entalcadas (ROCHA, MARZIALE, ROBAZZI, 2004; XELEGATI, ROBAZZI, 2003; COSTA, FELLI, 2005; XELEGATI, et al, 2006; CORDEIRO, 2006; MORAIS, 2009; MAIA, 2009; CONSTANTINIDIS et al, 2011).

Os resultados desta pesquisa corroboram com os achados na literatura e evidenciam a necessidade de revisão das normas para a manipulação de quimioterápicos. Quando solicitada à descrição dos EPIs utilizados nos momentos de

quimioterapia vários atores descrevem a existência de um novo kit de manuseio de quimioterápico na instituição como vemos nas falas abaixo:

“[...] esses EPIs eu ainda não utilizei, no meu setor, não tive a oportunidade de instalar um quimioterápico com os EPIs. Mas o que vejo nas unidades umas caixas com capas, máscaras e não sei se tem luvas, não me recordo porque ainda não usei e nas unidades a gente encontra também o kit de extravasamento, que graças a Deus eu não tive a oportunidade de utilizar [...]” (ELENAIDE, 2014).

“[...] eu vejo as instruções para o colega, tem a roupa apropriada para desprezar a diurese, para ter o contato com o paciente, usam os EPIs, eu vi usando máscara, eu vi bem rápido, mas não era essa máscara comum, é uma redondazinha e a capa é uma verde e branca, tipo uma proteção frontal e luva [...] tem 7 dias para guardar esse material [...]” (TATIANA, 2014).

As entrevistadas confirmam possuir um conhecimento dos EPIs necessários para o manuseio e descarte de quimioterápicos e excretas dos pacientes em seu uso surgindo também a evidência de uma nova conformidade na instituição pesquisada onde novos EPIs estão sendo disponibilizados.

Os EPIs estão presentes em quase todas as unidades de internamento e fazem parte da construção de medidas preventivas e de adequação do trabalho hospitalar para minimizar os efeitos de exposição e contaminação com os quimioterápicos.

As unidades de atendimento a pacientes possuem um kit derramamento em uma caixa contendo material para socorro imediato de um acidente com quimioterápico.

“[...] aqui tem, mas nem nunca fui apresentada a ela [...] é isso, não teve, foi falado verbalmente, nunca foi apresentado [...] nós temos pacientes oncológicos, mas não temos treinamento correto, completo. Nem correto nem completo [...]” (TÂMARA, 2014).

Os referidos kits são dispostos em caixas contendo materiais necessários para uma urgência de derramamento. Nas respostas sobre este assunto, a enfermeira Elisa relata que conhece sua finalidade, porém Tâmara, técnica de enfermagem revela não ter qualquer conhecimento e fala da ausência de treinamento sobre este material. Ou seja,

nem todos conhecem a descrição e fixada nas embalagens do kit sobre o passo a passo a ser seguido em um derramamento do produto.

Os EPCs não estão presentes nas unidades de internamento. As quimioterapias são manipuladas em uma unidade anexa ao hospital e materiais como capelas de fluxo laminar em conformidades as instalações. Em todas as entrevistas quando questionado o que seria EPCs nenhum profissional do estudo soube identificar o que viria a compor estes equipamentos.

Em relação ao destino final do lixo quimioterápico nenhum entrevistado soube dizer ou afirmou ter tido curiosidade de saber qual seria. Através da observação participante e da busca de compreender os processos anexos à temática do estudo colhemos a informação que a coleta desses materiais, previamente separados em todas as unidades, é realizada por uma empresa terceirizada e especializada para essa finalidade.

As unidades governamentais destinadas à fiscalização do cumprimento de determinações e responsáveis em indicar não conformidades não foram citadas. Os profissionais confirmaram apenas que a instituição passava por um processo de acreditação e que pessoas dessa esfera de competência circulavam nas unidades do hospital, mas negaram a presença de outros profissionais ou órgãos fiscalizadores, a exemplo do Conselho de Enfermagem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo desvelou condições preocupantes de pouco conhecimento dos riscos com quimioterápicos e exposição a essas drogas anterior a realização de cursos preparatórios e treinamento formal na instituição pesquisada. Os profissionais de

enfermagem entrevistados reconhecem a importância desse treinamento e verbalizam uma vontade de aprofundamento sobre o tema, porém ambas as categorias destacam insuficiência de cursos realizados para ampliação do conhecimento.

A preocupação em atender especificações para o uso correto dos EPIs, como máscaras adequadas e kits quimioterapia/derramamento indica uma preocupação institucional em moldarem-se as normas, porém ainda há contradição nos padrões de uso na assistência dentro de uma mesma instituição e treinamento insuficiente para o seu melhor uso.

Numa instituição com grande contingente de profissionais de enfermagem existe a necessidade de mudança de estratégia de capacitação, assegurando formação e capacitação antes da exposição, pois educação em serviço, profissionais capacitados, ambientes adequados e EPIs são de suma importância para diminuir os riscos ocupacionais.

A falta de treinamento eficiente e eficaz associado muitas vezes a não conformidade dos EPIs, geraram exposição no passado e ainda é evidenciado no presente como ficou revelado nesta pesquisa. Os riscos que isso possa ter futuramente ainda são interrogáveis e não mensurados, mas precisam ser observados e avaliados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AQUINO, E.M.L, ARAÚJO, M.J.; MENEZES, G.M. Saúde e trabalho de mulheres profissionais de enfermagem em um hospital público de Salvador, Bahia. Ver. Bras. Enfermagem 1993 julho/ dezembro; 46(3/4): 245-57.

BONASSA, E. M. A, Enfermagem em terapêutica oncológica. 3ª Ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 2005.

BRASIL. Conselho Federal de Farmácia (CFF). Resolução 288 de 21 de março de 1996. Dispõe sobre a competência legal para o exercício da manipulação de fármacos pelo farmacêutico. Brasília (DF): CFF; 1996.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem (COFEn) (BR). Resolução 210 de 01 de julho de 1998. Dispõe sobre a atuação dos profissionais de enfermagem que trabalham com quimioterápicos antineoplásicos. In: Conselho Federal de Enfermagem (COFEn) (BR). Documentos Básicos de Enfermagem. São Paulo (SP): COFEn; 2001. p.207. a.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem (COFEn) (BR). Resolução 257 de 12 de julho de 2001. Dispõe sobre a competência legal do enfermeiro no preparo de quimioterápicos. In: Conselho Federal de Enfermagem (COFEn) (BR). Documentos Básicos de Enfermagem. São Paulo (SP): COFEn; 2001. p.362. b.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BR). Resolução nº 466/12, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Anvisa estabelece regras para quimioterapia. Brasília, 2004. a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. Regulamento técnico de funcionamento de serviços de terapia antineoplásica. Resolução RDC nº 220, de 21 de setembro de 2004. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.b.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Norma regulamentadora 6: Equipamento de Proteção Individual - EPI. (Revisada em 30/08/2011).

BRASIL, M. V. B.; STEFFENS, F.; LORENZO, D. O perfil do acidentado com material biológico no Hospital de Pronto Socorro. Rev. Hosp. Pronto Socorro, v. 47, n.1, p. 26-33, 2001.

BULHÕES, I.; Riscos do trabalho de enfermagem. Rio de Janeiro, 2 ed., Folha Carioca, 1998. 221p.

CARRASCO, M.E.C. Seguridad y Salud Ocupacional. Sociedad Ecuatoriana de Seguridad y Salud Ocupacional (S.E.S.O). Ampliada; 1989.

CEREST. Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de Piracicaba. Banco de Dados. Total de AT notificados no ano de 2006.

CONSTANTINIDIS T.C., VAGKA E., DALLIDOU P., BASTA P., DRAKOPOULOS V., KAKOLYRIS S. & CHATZAKI E.; Occupational health and safety of personnel handling chemotherapeutic agents in Greek hospitals. (2011). European Journal of Cancer Care 20, 123–131.

CORDEIRO, Rebeca Fidelis; Segurança e Saúde do Trabalhador no Setor de Quimioterapia. Monografia; Fundação Oswaldo Cruz- Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Curso de Formação Técnica em Gestão em Serviços de Saúde. Rio de Janeiro, 2006.

COSTA, Taiza Florêncio; FELLI, Vanda Elisa Andrés. Exposição dos trabalhadores de enfermagem às cargas químicas em um hospital público universitário da cidade de São Paulo. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 13, n. 4, Aug. 2005.

FORGES, F.; SIMOENS X. and CHAUVIN F. Comparative parallel assessment of a transfer device in reducing 5-fluorouracil environmental contamination inside positive air pressure isolators. J Oncol Pharm Pract 2011 17: 61 originally published online 10 August 2010.

LIMA, Loneide de; et al. Equipe de Enfermagem; conhecimento acerca do manuseio de drogas antineoplásicas. Rev. Enfermagem. UERJ, Rio de Janeiro, 2011 jan/mar; 19 (1): 40-5.

MAIA, Priscilla Germano. A atividade da equipe de enfermagem e os riscos relacionados à exposição a quimioterápicos antineoplásicos no setor de oncologia de um hospital público do estado do Rio de Janeiro. Dissertação (mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2009, 144 p.

MARZIALE MHP. Estudo da fadiga mental de enfermeiras atuantes em instituição hospitalar com esquema de trabalho em turnos alternantes. [Dissertação] Ribeirão Preto (SP): Faculdade de Filosofia de Ciências e Letras da USP; 1999.

MENDES, Rene. Patologia do Trabalho - 2 Volumes - 3ª Ed. Atheneu, Rio de Janeiro. 2013.

MORAIS, Evelyn Nascimento. Riscos ocupacionais para enfermeiros que manuseiam quimioterápicos antineoplásicos. Dissertação (Mestrado)-Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009. UNIRIO/ENFERMAGEM.

NISHIDE, V.M.; BENATTI, M.C.C. and ALEXANDRE, N.M.C. Ocorrência de acidente no trabalho em uma unidade de terapia intensiva. Rev. Latino- Am. Enfermagem [online]. 2004, vol.12; , n2, pp.204-211. ISSN 0104-1169.

RICOUER, P. Teoria da Interpretação. Trad. Artur Morão. Lisboa: Edições 70, 2009.

ROCHA, F. L. R.; MARZIALE, M. H. P.; ROBAZZI, M. L. do C. C. Perigos potenciais a que estão expostos os trabalhadores de enfermagem na manipulação de quimioterápicos antineoplásicos: conhecê-los para preveni-los. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 12, n. 3, June 2004.

SIDEROV J, KIRSA S. and McLAUCHILAN, R... Reducing workplace cytotoxic surface contamination using a closed-system drug transfer device. J Oncol Pharm Pract 2010 16: 19 originally published online 4 December 2009. DOI: 10.1177/1078155209352543. The online version of this article can be found at <http://opp.sagepub.com/content/16/1/19>.

SILVA, L. F. da; REIS, P. E. D. dos. Avaliação do Conhecimento da Equipe de Enfermagem sobre Riscos Ocupacionais na Administração de Quimioterápicos. Revista Brasileira de Cancerologia. v.56, n.3, pp. 311-320, 2010.

XELEGATI, Rosicler; ROBAZZI, Maria Lúcia do Carmo Cruz. Riscos químicos a que estão submetidos os trabalhadores de enfermagem: uma revisão de literatura; Chemical risks nursing workers are subject to: a literature review. Rev. latinoam. enferm, v. 11, n. 3, p. 350-356, 2003.

XELEGATI, Rosicler et al. Riscos ocupacionais químicos identificados por enfermeiros que trabalham em ambiente hospitalar. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 14, n. 2, Abr. 2006.

8. ARTIGO III

A PERCEÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM SOBRE SAÚDE E RISCOS NO COTIDIANO DO TRABALHO

THE NURSING PERCEPTION ABOUT HEALTH AND RISKS IN THE
PROFESSIONAL PRACTICE

Andreia Maria Lima Santos

Paulo Gilvane Lopes Pena

**Salvador – Bahia
2014**

RESUMO

O objetivo deste estudo é analisar a percepção sobre saúde e riscos ocupacionais no exercício laboral da equipe de enfermagem em profissionais lotados em enfermarias de uma unidade hospitalar. Trata-se de um estudo qualitativo com inspiração etnográfica com utilização de entrevista com 13 profissionais da equipe de enfermagem de um hospital da capital baiana. As categorias emergidas foram: Percepção do cuidado de si enquanto profissionais de enfermagem; Aquisição de conhecimentos sobre os riscos durante a formação; Percepção do reconhecimento do seu fazer como profissional de enfermagem. Os resultados encontrados evidenciam que a equipe de enfermagem reconhece os riscos ocupacionais inerentes ao exercício da profissão, sendo o ergonômico o mais citado. Aspectos psicossociais foram referidos como causadores de sofrimento, principalmente associados à falta reconhecimento, valorização profissional, jornadas de trabalho extenuante e os baixos salários. As questões de cuidados com a própria saúde são mencionadas como secundário. Hoje os profissionais buscam, além da satisfação pessoal, o seu reconhecimento. Neste contexto, a preocupação com a saúde destes profissionais tornou-se alvo de estudos no intuito de conhecer condições de adoecimento e a relação causal com a sua atividade laboral.

Palavras chaves: Saúde do Trabalhador; Risco Ocupacional; Enfermagem.

ABSTRACT

The purpose of this study is to analyze the perception about health and occupational hazards in the labor exercise of the nursing team in professionals that work in wards of a hospital unit. It is a qualitative study with ethnographic inspiration that was utilized thirteen professionals' interview from a hospital in Salvador. The emerged categories were: Perception of self care while nursing professionals; Acquisition of knowledge about risks during the training; Recognition of their perception as nursing professional. The results show that the nursing team recognizes the occupation risks inbuilt to the professional exercise being the ergonomic the most cited. Psychosocial factors were cited as cause of suffering mainly associated to the recognition lack, professional valuation, strenuous work journey and the low salaries. The questions about the own health are mentioned as secondary. Today professionals seek, in addition to personal satisfaction, its recognition. In this context, concerns about the health of these professionals has become the subject of studies in order to know illness conditions and the causal relationship to their work activities.

Keywords: Working healthy; Occupational hazards; Nursing.

INTRODUÇÃO

O adoecimento do trabalhador no exercício de sua atividade laboral repercute de diferentes maneiras na sua vida e de seus familiares. Estudos indicam que o exercício da enfermagem expõe o profissional a inúmeros riscos ocupacionais, potenciais causadores de doenças e acidentes relacionados à sua saúde, muitas vezes fatais. A abordagem de higiene do trabalho classifica os agentes que causam estes riscos como de natureza biológica, física, ergonômica e química, além dos riscos de acidentes e psicossociais (ATLAS, 1995).

Os profissionais de enfermagem atuam majoritariamente nas unidades hospitalares e a complexidade deste ambiente é marcada pela insalubridade presente devido ao agrupamento de pacientes com diversas patologias, inclusive infectocontagiosas e pelos procedimentos no atendimento dos cuidados básicos à saúde, que promovem acidentes e doenças para essa categoria trabalhista. (NISHIDE, BENATTI & ALEXANDRE, 2004). São exemplos dos riscos hospitalares o manuseio de equipamentos pesados, materiais perfuro-cortantes, materiais contaminados com sangue e fluidos corporais, medicamentos, quimioterápicos, o descarte de lixo hospitalar, trabalho em turnos e outros (BULHÕES, 1998).

A profissão de enfermagem é considerada recente historicamente, com pouco mais de 150 anos e a sua identidade profissional se estabelece através de vários aspectos da relação da profissão com a sociedade na construção do seu papel assistencial, educativo, científico, social e político (PADILHA, NELSON & BORENSTEIN, 2011).

A prática do cuidado aos doentes era realizada pelos escravos e servos. Por volta do ano de 500 D.C., com a chegada do cristianismo, uma nova concepção das doenças

surge: a ideia de associação ao “castigo divino”; assim as pessoas que se propusessem a cuidar dos enfermos teriam a oportunidade de salvar sua alma. Neste sentido, as primeiras ordens cristãs e a igreja assumem esse papel. As religiosas eram responsáveis por cuidar e alimentar os doentes, fundamentada nos conceitos de caridade, doação, amor ao próximo e humildade. Com esse espírito de abnegação e altruísmo, associado à certeza de purificação da alma, a enfermagem como profissão começou a ser construída e até a atualidade sofre a influência direta desses ensinamentos (SILVA, 1989; PADILHA & MANCIA, 2005).

No período do Renascimento e quebra da supremacia do Catolicismo, o ser humano passou a ser considerado o centro do universo. Houve a dissolução de muitas dessas ordens religiosas e o trabalho do cuidar de enfermos foi paulatinamente substituído por mulheres excluídas socialmente por não conseguirem trabalhar na indústria por serem analfabetas, prisioneiras e prostitutas forçadas a trabalhar como serventes domésticas, como forma punitiva (SILVA, 1989; ELLIS & HARTLEY 1998).

A enfermagem moderna construiu sua história no século XIX, mundialmente com Florence Nightingale na Inglaterra, mulher da sociedade que serviu na Guerra da Criméia e posteriormente fundou a primeira escola de enfermagem em 1860. Precursora de noções de vigilância sanitária, ainda no período anterior à descoberta bacteriológica, utilizava o modelo biomédico e a partir dele, e de forma empírica, com um olhar epidemiológico nascente, trabalhou com sugestões de boas práticas na assistência à saúde (WELCH, 1986).

No Brasil a enfermagem surge com Ana Néri, heroína nacional por servir na guerra do Paraguai ocorrida entre 1865 a 1870, tornando-se, assim, a primeira mulher enfermeira (VAINSENER, 2009). Após 50 anos (só em 1920) é criada a primeira

escola de enfermagem do Brasil no Rio de Janeiro, que embora receba o nome de Escola de Enfermagem Ana Néri, possui a linha de ensino do sistema “nigtingaleano” com todas as suas formas filosóficas-metodológicas (ALMEIDA et al, 1996).

Em 1922, no Brasil, a enfermagem se desvincula da religião e passa a ser gerida por profissionais com conhecimento aperfeiçoado em saúde e em 1926 a primeira escola de enfermagem é vinculada a Universidade Federal do Rio de Janeiro. Em 1955 é sancionada a lei 2.604/55, que regula o Exercício Profissional da Enfermagem. Em 1973, pela Lei 5.905/73, é criado o Conselho Federal de Enfermagem (COFEn), os conselhos regionais de enfermagem (CORENs), órgãos fiscalizadores do exercício profissional (SILVA, 1989).

O avanço das questões legais sobre a profissão da enfermagem faz emergir também questões sobre a saúde dos profissionais dessa categoria. Os estudos da saúde do trabalhador de enfermagem nas instituições de saúde têm, na década de 70, seu marco inicial, porém apenas na década seguinte é que estas pesquisas tiveram maior impulso. (SARQUIS & FELLI, 2002). Nos anos noventa (90) surgem diversos trabalhos científicos sobre a saúde do trabalhador em vários campos operacionais, também de forma acentuada no campo de atuação da enfermagem (SARQUIS et al, 2004).

No Brasil, atualmente, são registrados cerca de 1.446.404 profissionais de enfermagem, sendo destes 287.119 Enfermeiros, 625.863 Técnicos de Enfermagem e 533.422 Auxiliares de Enfermagem. (COFEn, 2011). Estes valores expressam o contingente com registro e não o número de profissionais realmente atuantes na área, podendo estar superestimado (LUZ, 2010). No entanto, este número encontra-se aquém do necessário, principalmente em unidades hospitalares, o que gera uma sobrecarga física e emocional a esses profissionais. Aliado a isso, os baixos salários dessa categoria

submetem as necessidades de grandes jornadas de trabalho, por vezes com acúmulo de empregos, o que além de extenuar o trabalhador, limita as horas de lazer e convívio social e dificulta o aprimoramento profissional (SILVA, 1996).

A profissão de enfermagem é composta majoritariamente pelo gênero feminino, cerca de 87,24% são mulheres para 12,76% de homens (COFEn, 2011). Essa característica está associada aos baixos salários e tende a ser fator agravante para o desgaste sofrido pelas trabalhadoras quando há necessidade da dupla jornada na conciliação com atividades domésticas (RIBEIRO & SHIMIZU, 2007).

Outro fator que causa grande sofrimento para os trabalhadores de enfermagem são as causas psíquicas, afetivas e emocionais. O lidar cotidianamente com o sofrimento do outro se somam aspectos da própria situação profissional, como excesso de tarefas monótonas, solidão, falta de estímulo e de reconhecimento, dificuldades de comunicação e as questões relacionadas com a morte (BULHÕES, 1998).

Precárias condições físicas dos ambientes de trabalho, formação profissional inadequada, ineficiência de treinamento em serviço, falta de conhecimento de medidas preventivas, entre outros, contribuem com a hipótese de existir uma grande vulnerabilidade na ocorrência de acidentes de trabalho, em decorrência de desgaste do trabalhador (RIBEIRO & SHIMIZU, 2007).

Estar exposto ao risco no exercício de sua atividade laboral é por vezes inevitável, podendo, porém, haver adoção de medidas que venham a eliminar ou controlar essa exposição. A definição de risco pode ser dada como sendo a existência de um possível perigo, podendo ocorrer uma ameaça física à saúde humana ou ao meio ambiente. (HOUAISS, 2001).

Para Brito & Porto (1991), a noção de risco perpassa quatro áreas distintas: ciências econômicas buscam conhecer os riscos quantificando-os com o intuito de avaliar custos e dimensionar perdas; área da engenharia busca-se o gerenciamento de risco com a introdução de análise de impactos e adoção de medidas tecnológicas modernas; da epidemiologia moderna que considera a noção de risco fundamental. Já as ciências sociais buscam aprofundar sua definição de risco na perspectiva de quem o percebe no universo subjetivo ou subjetivos.

A enfermagem é uma profissão de contingente numérico expressivo entre os trabalhadores da saúde, com questões sociais e trabalhistas em processo de construção de sua identidade e que ainda sofre com problemas de saúde e de exposição relacionados às suas práticas laborais. Desse modo, este estudo tem por objetivo analisar a percepção sobre saúde e riscos ocupacionais no exercício laboral de enfermagem em profissionais lotados em enfermarias de uma unidade hospitalar.

METODOLOGIA

Este artigo resultou de uma pesquisa qualitativa com abordagem etnográfica realizada em um hospital de grande porte de Salvador - BA, com profissionais de enfermagem. Os critérios de inclusão para este trabalho foram: profissionais de enfermagem assistenciais de ambos os sexos, locados nas unidades de internamento abertas, excluindo assim os profissionais atuantes em unidades fechadas (tratamento intensivo e centros cirúrgicos), em emergência, ambulatoriais e de diagnóstico da instituição. Foram excluídos estudantes de enfermagem, trabalhadores não efetivos, terceirizados e profissionais em processo de desligamento da empresa/instituição e

profissionais que não se encontraram em atividade no período destinado à coleta de dados.

A escolha dos entrevistados ocorreu de forma aleatória por categorias profissionais (Nível superior e Nível médio). Para garantia da preservação das identidades e atendimento aos requisitos éticos eles aqui estão representados por nomes iniciados com a letra “E” para os profissionais de nível superior (enfermeiros) e com a letra “T” para os profissionais de nível médio das duas categorias (auxiliar e técnicos de enfermagem).

A metodologia na construção da pesquisa utilizou o diário de campo, a observação participante e a entrevista semiestruturada orientada por roteiro temático. A pesquisa ocorreu no período de dezembro de 2013 a fevereiro de 2014. As entrevistas aconteceram em fevereiro de 2014 em sessões únicas e foram realizadas com 14 profissionais de enfermagem, sendo 6 de nível superior e 7 de nível médio, gerando no total aproximadamente 08 horas de áudio, que posteriormente foram transcritas e analisadas. Posteriormente uma profissional entrevistada solicitou a retirada do estudo e seu depoimento foi, assim, excluído da análise.

Nos profissionais de nível superior as idades variaram entre 25 e 47 anos, enquanto no nível médio esta variação ocorreu entre 33 e 45 anos. Em relação ao tempo de atuação na área de enfermagem os profissionais de nível superior possuíam entre 1,5 a 7,5 anos, sendo uma com 24 anos de atuação. Já entre os profissionais de nível médio a variação foi de 3,7 anos a 15 anos.

Em relação ao sexo e estado civil, entrevistou-se apenas um homem (técnico de enfermagem), com estado civil casado, enquanto outra se declarou em união estável e

as demais se intitularam solteiras. Em relação à religiosidade, a grande maioria se declarou católica, três eram cristãos, um espírita e um agnóstico.

Entre os enfermeiros, quatro possuíam dois vínculos empregatícios e dois com único vínculo. Já os técnicos, quatro possuíam dois empregos e três com uma relação profissional. A variação do tempo de atuação na instituição pesquisada nos profissionais de nível superior foi de 1,6 anos a 7 anos e uma enfermeira com 24 anos na instituição e apenas dois não tiveram este local como seu primeiro vínculo de trabalho. Entre os profissionais de nível médio a variação do tempo de ocupação neste hospital foi de 1,3 anos a 13 anos, sendo dois pertencentes à instituição desde sua formação.

A construção da análise foi realizada através da classificação dos aspectos semelhantes e divergentes que surgiram. Assim, o Plano de Análise foi definido com as interpretações de sentidos emergentes nas falas dos sujeitos entrevistados e as pré-categorizações para análise do material.

A escolha da fenomenologia-hermenêutica buscou descrever e interpretar as experiências vividas e as percepções emergidas das falas dos sujeitos da pesquisa sobre o fenômeno do risco ocupacional e da saúde do profissional. Essa escolha nos aproximou da teoria de interpretação de Paul Ricouer (2009), que busca a polissemia do fenômeno em que a compreensão e explicação a partir da descoberta do sentido das narrativas, sua reflexão e interpretação permite aproximar dos significados intrínsecos dos textos.

A realização deste estudo foi respaldada nos aspectos éticos e orientações das normas legais da pesquisa envolvendo seres humanos segundo a Resolução de

Nº466/2012 (BRASIL, 2012), sendo aprovado por Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), com pareceres 455.829 e 470.703.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Estudar a saúde do trabalhador de enfermagem compreende assuntos que não podem ser analisados isoladamente, pois emergem de um contexto rico de significados e símbolos (SARQUIS et al, 2004). Assim da triangulação de dados e análise do discurso emergiram categorias que serão abaixo apresentadas:

Percepção do cuidado de si enquanto profissionais de enfermagem

Definir saúde é algo complexo e subjetivo, tanto no campo individual, quanto no social e o conjunto destes dois planos representa esta significação. Segundo González Rey (2004) o sujeito constitui o social e é constituído por ele, assim entrelaçam as relações e conceitos como o de saúde e adoecimento. Questões sociais como a violência, o desemprego e outras também fazem parte deste conceito, cujos determinantes repercutem na saúde das pessoas por atuar nos processos de subjetivação do ser e do ser social (MINAYO, 1997).

Quando questionados sobre como definem sua saúde e os cuidados que têm para com ela, os entrevistados com pouco tempo de profissão responderam classificando-as como boa em ambas as categorias de enfermagem:

“[...] faço academia quatro vezes na semana, e procuro controlar a dieta [...] acho que está boa, pelos exames que eu faço [...] faço uma vez no ano praticamente, ultrassom, exame de sangue [...]” (ELIANA, 2014).

“[...] tento me alimentar bem, faço atividade física, estou atualmente em um só emprego, porque ai é ter um pouco de qualidade de vida, de lazer porque com 2 empregos é difícil ter uma qualidade de vida melhor [...]” (EDILEUSA, 2014).

O sentido de saúde se expressa no cuidado e nas boas práticas de hábito de vida, como atividade física, controle alimentar, lazer e periodicidades em exames médicos de rotina.

Quando questionado sobre exames e cuidados médicos, todos os profissionais descrevem os exames periódicos realizados pela instituição antes da programação de férias e que também procuram assistência médica particular. Apesar da existência de serviços especializados em medicina ocupacional com funções preventivas, duas entrevistadas afirmam ser portadoras de distúrbio musculoesqueléticos associados à prática profissional e uma destas se encontra em atividade de restrição laboral, tendo sido remanejada para outra unidade com menor demanda de esforço físico.

“[...] emagreci 10 quilos em 1 ano e procuro fazer 6 refeições por dia quando dá no hospital. Faço academia, musculação, pilates [...] Eu vou ao médico quando tenho dor [...]” (TAINÁ, 2014).

“[...] Na parte emocional, busco fazer atividades que eu gosto, lazer e na parte física, exames rotineiros a cada 6 meses, ou então as vezes periódicos, não só o periódico (*referindo ao periódico do hospital*), mas quando sinto alguma coisa procuro (*atendimento médico*), basicamente isso mesmo, fazendo exames rotineiros [...]” (EDIRA, 2014).

Tainá e Edira se preocupam com a própria saúde com relatos de consultas médicas com certa frequência. Porém quando questionadas sobre como viam sua saúde as respostas revelam o desgaste físico e mental que as atividades laborais causam e a procura de assistência na fase tardia e sintomática das doenças. Embora não seja estudo epidemiológico, identificou-se uma profissional portadora de Distúrbio Músculo Esquelético (DML), o que representa a possibilidade de outros estarem nas mesmas condições, sem diagnósticos. Nos entrevistados com maior período de atuação na área de enfermagem, questões de adoecimento surgiram com mais ênfase:

“[...] Há! Mental, emocional, super cansada mesmo. Emocional, tá bem assim (*faz movimentos com a mão de um lado para outro indicando mais ou menos*), mas cada hora que a gente vem, fica abalada mesmo, mas não é nada que me impeça de trabalhar. Físico tá tudo bem [...]” (EDIRA, 2014).

“[...] Muito mal, a gente tem este péssimo costume de cuidar dos outros e esquecer da gente, é por isso que eu estou assim com essa hérnia (*referindo a hérnia discal*), não me cuidei antes com a postura e até mesmo para você fazer um exame, além do tempo, que você não tem, com esse corre-corre de ir de um para o outro (*referindo aos dois vínculos empregatícios*), você esquece de você, então de minha saúde eu não cuido bem [...]” (ELISA, 2014).

“[...] Infelizmente é casa de ferreiro... (*pausa com risos*), sou hipertensa severa e no trabalho não tenho tempo de tomar meu remédio, deixo pra depois, mas vem uma coisa vem outra, ai esqueço, quando vejo vou tomar pela tarde, isso é péssimo [...]” (TATIANA, 2014).

As narrativas descrevem pessoas com problemas de adoecimento: elevada sobrecarga psíquica, DML, doença crônica sem controle, que mesmo nestas situações mantém hábitos e ritmos laborais prejudiciais a sua própria saúde. Caracteriza-se, assim, uma naturalização do adoecimento e do sofrimento psicossocial como parte do trabalho ou do não cuidar de si por sacrifício em prol do outro. Talvez essa percepção ocorra por valores acrescidos do passado da enfermagem no sentido de doação, associados à busca de mecanismo de defesa, pois socialmente o adoecimento na visão capitalista é algo vergonhoso, algo que deve ser escondido por ser interpretado como empecilho produtivo (PITTA, 1991).

Os profissionais de enfermagem carregam ainda muito do seu passado histórico de doação e devoção e pontos como o autocuidado são colocados como secundários. Estas ações contribuem para o agravamento das condições de saúde. Questões como sobrecarga e organização do trabalho, de responsabilidade do empregador não são assim percebidas pelos empregados. É necessário desconstruir a imagem de dedicação absoluta e sentimento de culpa, pois a qualidade de vida dos trabalhadores interfere na qualidade da assistência que é desempenhada nas unidades de saúde aos seus usuários.

Aquisição de conhecimentos sobre os riscos durante a formação

Para a percepção do risco é importante inscrevê-lo na noção ampliada de perigo, que se encontra na esfera subjetiva e representa a fonte ou situação que possa causar algum dano.

Estar exposto ao risco ou perigo no exercício de sua atividade laboral é por vezes inevitável, podendo, porém, haver adoção de medidas que venham a eliminar ou controlar essa exposição.

“[...] são riscos de adquirir alguma patologia de acordo com o nosso trabalho [...] acho que desde a faculdade. A gente percebe desde que a gente tem as matérias, tanto com riscos biológicos, o risco que a gente sabia que ia trabalhar a noite, a falta de conforto, acha que isso tudo vem da área acadêmica, já sabia, só não sabia que seria tanto, não tinha noção [...]” (EDIRA, 2014).

“[...] são aqueles riscos que você corre durante o trabalho. Aqui, por exemplo, tem o risco postural, tem o risco biológico, o químico [...] na escola foi abordado, mas quando você está encantada tudo some, a gente fecha os olhos, quer seguir, quer fazer aquilo ali que o coração está pedindo, mas quando a gente cai na realidade, que começa a sentir na pele algumas coisas a gente começa a agir mais com a razão do que com o coração [...]” (TAINÁ, 2014).

Edira e Tainá revelam conhecer riscos ocupacionais e lembram que o tema fora abordado na formação acadêmica. O conceito de risco pode ser entendido como um mediador entre as relações que o homem tem para com as fontes de perigos, sendo importante para as tomadas de decisões e valores, não estando afastado de influências políticas econômicas e sociais (NAVARRO et al, 2008).

As características do cotidiano dos profissionais de enfermagem em grandes hospitais são causadoras de sofrimento físico e psíquico e por muitas vezes a rotina diária impede um cuidado maior com sua própria saúde e a associação aos riscos ocupacionais pode agravar o bem-estar destes trabalhadores. Muitos informam conhecer sobre esta exposição. As questões de ergonomia aparecem com ênfase,

principalmente associadas ao peso exercido no cuidado direto a pacientes acamados, como podemos ver nas narrativas abaixo:

“[...] Questão de postura mesmo, você vai fazer um curativo, um procedimento, você fica numa posição, eu estou falando da parte ergonômica mesmo, então você fica numa posição que te incomoda à coluna, incomoda o seu posicionamento ali [...]” (EDIRA, 2014).

“[...] Carregar peso. Como a enfermagem é a maioria mais feminina, a gente precisa de mais pessoas para carregar os pacientes [...] isso faz com que nossa coluna fique né! (*faz sinal com o dedo polegar para baixo*) [...]” (ENEIDA, 2014).

“[...] Risco ocupacional, com certeza, só o fato de você todo dia pegar peso, sacode daqui, sacode dali [...]” (TÂMARA, 2014).

Um estudo realizado por Fonseca e Serralheira (2006) em profissionais de enfermagem demonstrou que posturas inadequadas durante a assistência direta e aspectos de organização do trabalho associado ao número elevado de doentes, jornadas em turnos e não conformidades estruturais do espaço laboral são contribuintes para as causas de lesões músculo-esqueléticas. Em relação à saúde, as referências ao cansaço após jornada de trabalho estão presentes em todas as entrevistas em ambas as categorias. Os que praticam exercício físico referem menos cansaço, sendo isto um fator de proteção para os riscos à saúde desses profissionais, como exemplifica Eneida:

“[...] normalmente eu me sinto cansada, mas eu consigo sobreviver, se eu fosse sedentária eu chegaria mais cansada [...] dor de cabeça por causa de preocupação, dor no corpo não [...]” (ENEIDA, 2014).

Além de risco ergonômico pela falta de um local adequado de descanso durante o trabalho noturno, esta situação causa um desgaste emocional, caracterizando o risco psicossocial, pela falta de humanização para com o profissional e assim também agrava o cansaço durante o trabalho noturno.

Quanto ao trabalho em turno, segundo Alves (1987), pode haver alterações do sono e distúrbios no sistema nervoso e digestivo. Associado a isso a ausência de um bom convívio social e familiar pode repercutir na saúde aos profissionais de enfermagem.

“[...] em relação à eu trabalhar de noite, tem o horário do descanso, aqui, por exemplo, não tem conforto de enfermeira né então à gente se vira, a gente junta uma cadeira, junta uma poltrona, para ter um tempinho para descansar [...]” (EDIRA, 2014).

Quando questionado sobre riscos que sua profissão poderia causar no ambiente familiar, os biológicos foram os mais referidos, porém poucos cuidados com vestuário foram relatados. Os aspectos que levam a adoção de comportamento de risco ou a sua exposição devem ser abordadas para compreensão desse estudo da vida laboral. A percepção do risco está associada com a interpretação de dados sensoriais do indivíduo e influenciada pelas suas expectativas emocionais, valores, experiências pessoais e motivações (DAVIDOFF, 2001).

A construção mental da percepção do risco é complexa por incluir as experiências adquiridas pelo indivíduo durante sua trajetória de vida e formação profissional, assim como as reflexões ideológicas e valores socioculturais que ele possui como ser social.

O tema risco ocupacional em enfermagem deve ser continuamente debatido e revisto durante o tempo de profissão e pelas instituições de trabalho, assim como melhoria da organização do trabalho, fornecimento de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) adequados e treinamentos em serviço para novas tecnologias.

Percepção do reconhecimento do seu fazer como profissional de enfermagem

Os entrevistados consideram importante a profissão de enfermagem, porém enfatizam a desvalorização do trabalho como vemos a seguir:

“[...] eu me vejo como faz tudo, de desentupir pia até encanadora, então nós somos mesmo responsáveis por tudo que acontece no setor [...] isso me agrada, claro, mas também às vezes quando não dá certo, a culpa recai sobre a enfermeira e isso é um pouco injusto, até porque eu me formei em enfermagem e não em encanamento, ou outras coisas [...] enfermeiro sempre foi um faz tudo, sempre foi fundamental em qualquer área, tanto hospitalar quanto centro de saúde, então eu acho cultural é um pouco vago, para mim é mesmo mais a falta de representação, as pessoas tem que conhecer o que é enfermagem, tem que está internado para saber o que é enfermagem e não precisa ser assim, não tem que ser assim [...]” (ENEIDA, 2014).

“[...] é louvável ajudar os outros, eu vejo essa profissão como uma profissão de muita importância, até porque está lidando com vidas, não desmerecendo outras profissões, mas esta é especial, mas a enfermagem ainda é muito desvalorizada, a importância que ela deveria ser dada, não só financeiramente como a importância que ela tem para a vida das pessoas, pois todo mundo vai chegar o momento que vai enfermar que vai precisar de uma assistência e vai precisar desses profissionais [...]” (TÚLIO, 2014).

Em relação à desvalorização do trabalho do enfermeiro o maior enfrentamento é a visão tradicional que muitas instituições têm dele ser um mero facilitador do trabalho dos demais membros da equipe de saúde. Para modificação dessa realidade é preciso assumir o que é privativo de sua profissão, saindo do comodismo, construir o reconhecimento de sua prática (PIVOTTO, LUNARDI FILHO e LUNARDI, 2004). A fala de Eneida descreve essa desvalorização e desconhecimento do protagonismo do enfermeiro na qualidade da assistência à saúde em todas as esferas de complexidades. Tarefas executadas pela equipe técnica são mais intensas e repetitivas e socialmente menos valorizadas do que as do enfermeiro. Esta situação resulta também em desvalorização financeira, como relata Túlio em sua narrativa.

Na enfermagem existe uma formação heterogênea, com divisões de categorias de nível superior (enfermeiro) e nível médio (técnicos e auxiliares de enfermagem), que proporciona uma divisão na execução de tarefas, produzindo, por vezes, confundimento e desmotivação na equipe (MELLO, 1989). Essa relação de submissão entre as suas divisões de categoria também está presente como vemos na fala de Tâmara abaixo:

“[...] quando você tem o técnico não há um reconhecimento do conhecimento, mas quem mais faz e quem mais deveria ser reconhecido é o técnico, é quem tá ali todo dia, é quem dá os primeiros cuidados ao paciente, é quem tem a percepção, que passa para a enfermeira que depois passa para o médico [...]” (TÂMARA, 2014).

O surgimento dessa divisão não é recente, pois desde a criação da primeira escola por Florence Nightingale havia a distinção de classes no trabalho da enfermagem. As moças de classe social mais elevada eram chamadas de “*Lady Nurse*” e eram preparadas para o trabalho de supervisão, direção e organização. As moças com nível socioeconômico mais baixo eram tratadas de “*Nurses*” e designadas para o trabalho manual, com preceitos de obediência e de submissão no exercício do cuidado direto (PADILHA & MANCIA, 2005).

A divisão do trabalho é um determinante técnico e social, no entanto, desvalorizar categorias profissionais técnicas expressa persistência de estigmas e preconceitos ainda presentes no cotidiano de trabalho. Mais ainda, as questões de valorização e reconhecimento da enfermagem, assim como as relações interpessoais são fatores estressantes para os entrevistados em ambas as categorias, como podem ver abaixo:

“[...] pouco reconhecimento até eles precisarem, quando eles realmente precisam eles pedem a enfermeira. Em relação ao acompanhante eu sinto um pouco de desvalorização [...] em relação ao médico alguns tratam a gente como igual, quando veem que realmente precisam muito da gente, eles precisam da gente, mas outros que realmente não trabalham com a gente todo dia, não sabem nosso trabalho, eles não valorizam não [...] as relações interpessoais com os médicos, para mim é o maior problema, alguns são estúpidos e arrogantes, coisas que dificultam o nosso trabalho [...]” (ENEIDA, 2014).

“[...] hoje eu me sinto insatisfeita, por causa do salário, não há salário bom, mas em relação às outras coisas eu me sinto bem [...] a gente trabalha umas 14 horas por dia e ganha como se trabalhasse umas 2 horas [...]” (TÂMARA, 2014).

A insatisfação, com a falta de reconhecimento do trabalho é unânime para todos os entrevistados. Jornadas excessivas, baixa remuneração e conflitos interpessoais, principalmente com médicos, foram enfatizados pelos entrevistados. Na literatura se

verifica que o reconhecimento é um importante elemento para o desempenho profissional. Dificuldades intervenientes, a motivação e insatisfação no trabalho, como escolha e identificação com a profissão, o estímulo salarial, as exigências do empregador, carga horária e o sentimento desse profissional em relação a esses fatores determinam as satisfações profissional e pessoal, interferindo diretamente no desempenho de suas atividades laborais (BATISTA et al, 2005).

O mito de subalternidades do trabalho da enfermagem em relação à medicina existe desde que a enfermagem surgiu (AMESTOY, SCHWARTZ e THOFEHRN, 2006). Apesar do seu crescimento, ainda persiste a autonomia médica no trabalho na saúde hospitalar, porém é necessário que haja um relacionamento interpessoal de respeito entre a equipe multiprofissional para que o cuidado terapêutico ocorra de forma plena (WAGNER et al, 2009).

Segundo Vieira (1993), condições de trabalho englobam tudo que possa influenciar o trabalho em si, a exemplo temos o ambiente, o posto, a jornada, transporte, alimentação, as relações interpessoais e questões como produtividade e salário entre outros. Assim, o universo das causas de adoecimento na enfermagem é um somatório de fatores que culminam em sobrecarga física e mental e a desvalorização institucional e social do trabalho.

A enfermagem necessita de um maior reconhecimento e isso depende principalmente de uma atitude profissional no enfrentamento dos problemas emergentes na sua prática diária, adotando uma postura autêntica, conquistando seu espaço através da utilização do seu conhecimento científico específico (HERMIDA, 2004).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na enfermagem muitos estudos já foram realizados sobre a saúde e os riscos ocupacionais, porém as modificações da realidade são poucas para transformar a atual situação de desgaste, sofrimento e conseqüente adoecimento enfrentado pelos seus trabalhadores.

A análise realizada nesta pesquisa indicou condições críticas de trabalho e que os profissionais de enfermagem percebem riscos em suas atividades laborais e a relação direta com a qualidade de trabalho. As boas práticas de hábito de vida (atividade física, controle alimentar, lazer e periódicos) emergiram e constituem como fatores protetores da saúde desses trabalhadores, porém a procura de assistência na fase tardia e sintomática das doenças, muito relacionada com o tempo de atividade profissional, também aparece nas narrativas.

Com isso, problemas de adoecimento, como elevada sobrecarga psíquica, DML, doença crônica sem controle, que mesmo nestas situações mantém hábitos e ritmos laborais prejudiciais a sua própria saúde, demonstraram uma naturalização do adoecimento e do sofrimento psicossocial são considerados pelos entrevistados como parte do trabalho.

As características do cotidiano dos profissionais de enfermagem em grandes hospitais são causadoras de sofrimento físico e psíquico e por muitas vezes a rotina diária impede um cuidado maior com sua própria saúde e a associação aos riscos ocupacionais pode agravar o bem-estar destes trabalhadores.

Também foram levantadas nesta pesquisa importante expressão da crise no trabalho de enfermagem, representada pela desvalorização e não reconhecimento dos

seus serviços. Essa condição está associada à qualidade de vida e saúde no trabalho, que se somam às jornadas de trabalho extenuantes, relações interpessoais como pontuadas de preconceitos, baixa remuneração salarial, dentre outras.

A enfermagem apresenta questões socioculturais que influenciam diretamente na construção de sua imagem profissional por quem desempenha a profissão, por quem gera o emprego, por quem a defende ou por quem necessita dela. A minimização dos riscos ocupacionais através de medidas educativas, com ambientes que gerem conforto e segurança vem a colaborar com o bem estar destes profissionais.

Desconstruir a imagem de dedicação sacerdotal, valorizar o conhecimento científico profissional, lutar por órgãos representativos atuantes, além de melhores condições de trabalho e salários justos são formas de modificar a atual realidade da enfermagem moderna e construir um novo futuro desta profissão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA AM, et al. Pesquisa em enfermagem e o positivismo. Ver. Esc. Enferm. USP. 1996 abr; 30(1): 25-32. Acesso em: 07 jan. 2013.

ALVES, Delvair de Brito. Mercado e condições de trabalho na enfermagem. Salvador: Gráfica Central, 1987.

AMESTOY S.C., SCHWARTZ E., THOFEHRN M. A humanização do trabalho para os profissionais de enfermagem. Acta Paul Enferm. 2006 Out/Dez; 19(4):444-9.

ATLAS. Segurança e medicina do trabalho. 29. ed. São Paulo: Atlas, 1995.

BATISTA, A.A.V. et al, Fatores de motivação e insatisfação no trabalho do enfermeiro, Revista da Escola de Enfermagem USP, 2005; 39(1):85-91.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BR). Resolução nº 466/12, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRITO, J. C. & PORTO, M. F. S., Processo de trabalho, Risco e Cargas à Saúde. Rio de Janeiro: Centro de Estudos em Saúde do trabalhador e Ecologia Humana, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Osvaldo Cruz. 1991.

BULHÕES, I.; Riscos do trabalho de enfermagem. Rio de Janeiro, 2 ed., Folha Carioca, 1998. 221p.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM - COFEn. O COFEn e a Enfermagem na América Latina, Enfermagem em Foco, 2011; 2(4):251-254. Disponível em: URL: <http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/195/131>

DAVIDOFF, Linda; Introdução à psicologia, 798p. Makron Books Ltda, 2001.

ELLIS, J.R., HARTLEY, C.L. Enfermagem Contemporânea: Desafios Questões e Tendências- Tradução Maria Virginia Godoy da Silva.- 5ª Ed. – Porto Alegre: ArtMed. 1998.

FONSECA R, SERRANHEIRA F. Sintomatologia musculoesquelética auto referida por enfermeiros em meio hospitalar. Revista Portuguesa de Saúde Pública. Volume Temático - Lesões musculoesqueléticas. 6: 37-44, 2006.

GONZÁLEZ REY, F. O social na psicologia e a psicologia social. Petrópolis: Vozes, 2004.

HERMIDA, P.M.V. Desvelando a implementação da sistematização da assistência de enfermagem. Rev. Bras. Enferm, Brasília (DF) 2004 nov/dez;57(6):733-7.

HOUAISS, A. (2001); Dicionário Houaiss da língua portuguesa. Rio de Janeiro; Objetiva.

LUZ S. Enfermagem: Quantos Somos X Onde Estamos [internet] 2010 [citado 2010 Dezembro 15]. Disponível em <http://www.portaldafenfermagem.com.br>

MELLO, C., Divisão Social do trabalho de Enfermagem. São Paulo, Cortez; 1989.

MINAYO, M. C. S. Saúde e doença como expressão cultural. In: AMÂNCIO FILHO, A.; MOREIRA, M. C. G. B. (Ed.). Saúde, trabalho e formação profissional. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p. 31-39.

NAVARRO, Marcus Vinicius Teixeira et al . Controle de riscos à saúde em radiodiagnóstico: uma perspectiva histórica. Hist. cienc. Saúde-Manguinhos, Rio de Janeiro, v.15, n.4, dez. 2008. Acesso em 16 fev. 2014.

NISHIDE, V. M.; BENATTI, M. C. C.; ALEXANDRE, N. M. C. Ocorrência de acidente do trabalho em uma Unidade de Terapia Intensiva. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 12, n. 2, p. 204-211, 2004.

PIVOTTO, F., LUNARDI FILHO, W.D., LUNARDI, V.L. Prescrição de enfermagem: dos motivos da não realização às possíveis estratégias de implementação. Cogitare Enferm. 2004 Jul-Dez; 9(2):2-42.

- PITTA A. Hospital: dor e morte como ofício. São Paulo (SP); Editora Hucitec; 1991.
- PADILHA M.I.C.S., MANCIA JR. Florence Nightingale e as irmãs de caridade: revisitando a história. *Rev Bras Enferm.* 2005;58(6):723-6.
- PADILHA, Maria Itayra, NELSON, Sioban, & BORENSTEIN, Miriam Susskind. As biografias como um dos caminhos na construção da identidade do profissional de enfermagem. *Hist.cienc. Saúde-Manguinhos* [online]. 2011, vol.18, suppl 1, pp. 241-252. ISSN 0104-5970.
- RIBEIRO, Emílio José Gonçalves and SHIMIZU, Helena Eri. Acidentes de trabalho com trabalhadores de enfermagem. *Rev. bras. enferm.* [online]. 2007, vol.60, n.5, pp. 535-540. ISSN 0034-7167.
- RICOUER, P. Teoria da Interpretação. Trad. Artur Morão. Lisboa: Edições 70, 2009.
- SARQUIS, L. M. M.; CRUZ, E. B. S.; HAUSMANN, M.; FELLI, V. E. A.; PEDUZZI, M., Uma reflexão sobre a saúde do trabalhador de enfermagem e os avanços da legislação trabalhista. *Cogitare Enfermagem*, vol. 9. nº 1, 2004.
- SARQUIS, L. M. M.; FELLI, V. E. A. Acidente de Trabalho com Instrumentos Perfurocortantes: ocorrência entre os trabalhadores de enfermagem. *Rev. Esc. Enf. USP.* n.36. p. 222-30, 2002.
- SILVA, G. B. Enfermagem profissional: análise crítica. 2ª Ed; São Paulo: Cortez. 1989.
- SILVA, V. E. F., O desgaste do trabalhador de enfermagem: relação trabalho de enfermagem e saúde do trabalhador (tese de doutorado). São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1996.
- VAINSENER, Semira Adler. *Ana Néri*. Pesquisa Escolar Online, Fundação Joaquim Nabuco, Recife. Disponível em: <<http://basilio.fundaj.gov.br/pesquisaescolar>>. Acesso em: 10 julho 2013. Ex: 6 ago. 2009.
- VIEIRA, D. F. V. B. Qualidade de vida no trabalho dos enfermeiros em um hospital de ensino, 1993. 193f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1993.
- WAGNER, L.R.A., THOFEHRN, M.B., AMESTOY, S.C., ADRIZE RUTZ PORTO, A.R., ARRIEIRA, I.C.O.; Relações interpessoais no trabalho: percepção de técnicos e auxiliares de enfermagem. *Cogitare Enferm* 2009 Jan/Mar; 14(1):107-113.
- WELCH, Marylouise. Nineteenth-century philosophic influences on Nightingale's concept of the person. *Journal of nursing history: a publication of the Nursing Archives Associates at Boston University*, v. 1, n. 2, p. 3, 1986.

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para conhecer a percepção que a equipe de enfermagem possuía sobre os riscos ocupacionais no manuseio com quimioterápicos e analisar os discursos dos entrevistados, emergimos no universo laboral de profissionais de um hospital.

Verificamos que a enfermagem atual busca um reconhecimento de sua categoria trabalhista com valorização de conteúdo científico e desconstrução do modelo de facilitador de outras profissões, porém ainda se depara com problemas de relações interpessoais, extenuantes jornadas de trabalho, baixos salários e uma falta de representatividade de suas classes e associações. Estes fatores fazem com que estes trabalhadores se sintam desmotivados profissionalmente.

Os profissionais de enfermagem reconhecem os riscos ocupacionais a que estão expostos no seu ambiente laboral, porém com relação a quimioterápicos estas informações são parciais, principalmente pela falta de uma política de treinamento mais dinâmica e eficiente que possa abranger um contingente maior de trabalhadores num universo extenso como é a realidade desta instituição pesquisada.

Emergiram relatos de situações de risco importantes como a exposição dos profissionais ao manuseio com as drogas quimioterápicas e aos pacientes em seu uso antes de qualquer treinamento institucional, EPIs inadequadas e o não uso delas por desconhecimento de alguns profissionais. Questões como medo de trabalhar com estas substâncias e exposição voluntária para minimizar o sofrimento do outro surgiram, corroborando com a necessidade emergencial de melhorar a política institucional de treinamento em serviço para que questões como estas sejam minimizadas e, assim, profissionais e ambientes possam sofrer menos com esta exposição.

O sofrimento psicossocial do exercício da enfermagem foi referido em várias situações de trabalho e principalmente com pediatria oncológica. Palavras de ‘cansaço mental’ evidenciando que a profissão confere uma carga psicológica capaz de suplantar por vezes o cansaço físico. Situações de desconforto em relação ao local de descanso também evidenciou, além de situações de risco ergonômico, o sofrimento do profissional, que não possuindo local adequado, retorna do descanso sem a devida atenção, podendo gerar acidentes no ambiente de trabalho.

Pensando no que se segue após esta pesquisa, nosso maior objetivo é mostrar o que é vivenciado pelos profissionais de enfermagem em situação hospitalar com o crescente manuseio de quimioterápicos por conta do aumento da demanda desse tratamento na realidade mundial. As questões aqui levantadas servem de alerta e norteadoras para modificações do que é vivenciado na atualidade nestes locais de trabalho. Acreditamos que novos estudos de implementação de ações possam servir para acrescentar ainda mais na modificação da situação vivida nestas profissões.

Questões de divulgação deste material permeia um compromisso ético para além da universidade. Serão mostrados na unidade coparticipante em forma de relatório os resultados encontrados, dando a ela uma dimensão da sua realidade, da percepção no manuseio de quimioterápicos pela equipe de enfermagem, assim como outras demandas que emergiram na pesquisa de campo.

Salientamos que profissionais satisfeitos em sua atividade laboral geram maior compromisso e motivação para tarefas e aquisição de conhecimento e, assim, um ganho real de todos os envolvidos no trabalho.

10. SUMMARY

PERCEPTION OF OCCUPATIONAL RISK IN CHEMOTHERAPY ANTINEOPLASTIC HANDLING FOR NURSING PROFESSIONALS

Antineoplastic chemotherapy is used to treat cancer and is drugs that have great potential mutagenic and toxic for the human organism. Continuous exposure to these substances on work activities increases the risk of developing any adverse symptoms or develops an occupational cancer. Hospitals are potential sites the health risks to workers there leased. The large number of professionals in these establishments is the nursing staff and is also potentially the most vulnerable to the risks present there by the essence of their profession. Commonly nursing workers have partial information about the purpose of anticancer drugs and potential risks to which they are exposed in contact with these substances. Consequently, also unaware of the security measures to be taken to reduce the risks associated with these drugs, which exposes the desktop and all. This study aimed to analyze the perception of occupational risk in handling chemotherapy in the hospital for nursing professionals. Therefore, carried out a qualitative study with ethnographic inspiration through interviews with the team of nursing professionals at a hospital in Salvador, and their results interpreted in the light of dialectical hermeneutics. In the results we find the statement that there is a perception of risk with chemotherapy in labor activity of these professionals, but training issues and in-service training revealed the need for greater coverage of the topic and the number of these workers to occupational hazards and fear can be minimized to decrease the risk to the environment and for the professional who handles these drugs in hospitals.

Keywords : Occupational Health; Occupational risk; Antineoplastic chemotherapy ;
Nursing .

11.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL, Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução N° 196 de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF): MS; 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Ações de enfermagem para o controle do câncer. [livro na Internet].3ª Ed. Rio de Janeiro. INCA; 2008. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acoes_enfermagem_controle_cancer.pdf

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BR). Resolução nº 466/12, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BULHÕES, I.; Riscos do trabalho de enfermagem. Rio de Janeiro, 2 ed., Folha Carioca, 1998. 221p.

CARRASCO, M.E.C. Seguridad y Salud Ocupacional. Sociedad Ecuatoriana de Seguridad y Salud Ocupacional (S.E.S.O). Ampliada; 1989.

CONSTANTINIDIS T.C., VAGKA E., DALLIDOU P., BASTA P., DRAKOPOULOS V., KAKOLYRIS S. & CHATZAKI E.; Occupational health and safety of personnel handling chemotherapeutic agents in Greek hospitals. (2011). European Journal of Cancer Care 20, 123–131.

DERRIDA, Jacques; ROUDINESCO, Elizabeth. De que amanhã . . . diálogos. Trad. André Telles. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2004.

FARR, R. M. , Representações sociais: a teoria e sua história. In GUARESCHI, P.A. , JOVICHELOVITCH, S. organizadoras. Textos em representações sociais. Petrópolis (RJ): Vozes; 2003.

FONSECA, Selma Montosa et al. Manual de Quimioterapia Antineoplásica. Rio de Janeiro; Reichmann & Affonso Ed., 2000, p. 66-92.

GUILAM, M. C. R., O conceito de risco: sua utilização pela Epidemiologia, Engenharia e Ciências Sociais. [Rio de Janeiro, RJ: Dissertação de Mestrado – ENSP/FIO CRUZ, 1996].

GEERTZ, C. O saber local: novos ensaios em antropologia interpretativa. 10ed. Petrópolis: Vozes, 2008. P 33-56.

HOUAISS, A. (2001); Dicionário Houaiss da língua portuguesa. Rio de Janeiro; Objetiva.

IRIART, J. A. B. Métodos Qualitativos Aplicados à segurança e saúde no trabalho. Brasília: SESI/DN, 2004.

LAURELL A. C., NORIEGA M. Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário. São Paulo: HUCITEC; 1989

MENDES, Rene. Patologia do Trabalho - 2 Volumes - 3ª Ed. Atheneu, Rio de Janeiro. 2013.

MENDES, R.; DIAS, E. C. Saúde dos trabalhadores. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. de. Epidemiologia e saúde. 5. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999. p. 431 - 456.

MINAYO, M.C.S., Pesquisa Social: Teorias, métodos e criatividade. Petrópolis (RJ): Vozes; 1994.

MORAIS, Evelyn Nascimento. Riscos ocupacionais para enfermeiros que manuseiam quimioterápicos antineoplásicos. Dissertação (Mestrado)-Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009. UNIRIO/ENFERMAGEM.

MOSCOVICI, S. A Representação Social Da Psicanálise. Rio De Janeiro: Zahar. 1978.

ORLANDI, E. P. Análise de Discurso: princípios e procedimentos. Campinas, SP: Pontes, 2012.

RIBEIRO, Emílio José Gonçalves and SHIMIZU, Helena Eri. Acidentes de trabalho com trabalhadores de enfermagem. *Rev. bras. enferm.* [online]. 2007, vol.60, n.5, pp. 535-540. ISSN 0034-7167.

RICOUER, P. Teoria da Interpretação. Trad. Artur Morão. Lisboa: Edições 70, 2009 a
ROBAZZI, M. L. do C. C.; MARZIALE, M. H. P. A norma regulamentadora 32 e suas implicações sobre os trabalhadores de enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 12, n. 5, Oct. 2004.

SCMBA/HSI Dite Institucional da Danta Casa de Misericórdia da Bahia/ Hospital Danta Izabel. Disponível em: <http://www.scmba.org.br/irpf.php?menu=home> acessado em 05/01/2014.

TERRA, M.G. et al. Na trilha da Fenomenologia: um caminho para a pesquisa em enfermagem. *Texto Contexto Enferm.* 2006 Out-Dez; 15(4):672-8.

TRADE, L.A.B.; Trabalho de campo, Narrativa e Produção de conhecimento na pesquisa etnográfica contemporânea: subsídios ao campo da saúde. *Ciências de Saúde Coletiva* [online] 2012, vol.17, n3, pp627-633.

12. ANEXO

12.1 Anexo I- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
SAÚDE, AMBIENTE E TRABALHO**



Informações ao colaborador

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa sobre a **Percepção do risco ocupacional no manuseio de Quimioterápicos Antineoplásicos por profissionais de enfermagem** sob a responsabilidade da mestrandia *Andreia Maria Lima Santos* e sob a orientação do *Prof. Dr. Paulo Gilvane Lopes Pena*. O objetivo deste estudo é analisar a percepção de risco ocupacional, no manuseio de quimioterápicos, no ambiente hospitalar por profissionais de enfermagem.

A metodologia deste estudo é qualitativa, e farão parte do estudo as 03 (três) categorias de profissionais da enfermagem: enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem.

Você irá responder a uma entrevista, no seu local de trabalho, que apresenta perguntas sobre: ambiente e cotidiano de trabalho; saúde e trabalho; riscos ocupacionais; programa de educação continuada e conhecimentos sobre quimioterápicos. Haverá também visitas da pesquisadora em seu local de trabalho para observar a sua rotina de trabalho.

Sua participação é voluntária, ou seja, você só participa se e enquanto quiser. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar sua permissão. Se você não quiser participar, não haverá qualquer penalidade ou interferência em seu vínculo de trabalho, área de atuação, inclusive em relação com o pesquisador ou com a instituição. Sua participação não trará benefícios financeiros, para você ou para nós pesquisadores.

Os benefícios que este estudo trará para você são fundamentados para a criação de recursos educativos para a melhoria das práticas de manuseio de quimioterápicos antineoplásicos, reflexões sobre as medidas de prevenção e proteção ao trabalhador no manuseio de quimioterápicos antineoplásicos.

As entrevistas serão efetuadas pela própria pesquisadora em ambiente privado na própria instituição de trabalho e ocorrerá sem interrupções e serão gravadas em um gravador de áudio para qual solicitamos a sua concordância. As observações de campo serão copiadas em um caderno específico do estudo. Não será utilizado nenhum outro método de coleta que ponha em risco a sua integridade física ou psicológica ou que traga danos à sua saúde e também à comunidade, pois não apresenta nenhum tipo de intervenção. A presença da pesquisadora no seu local de trabalho poderá trazer um desconforto para você, para minimizar o desconforto, nós pesquisadores explicitamos os objetivos, as finalidades e um tempo de leitura das informações contidas no Termo de Consentimento Livre e Esclarecidos - TCLE, para posterior esclarecimento de dúvidas e assinatura sem pressão ou coação.

O material resultante da coleta ficará sob a guarda dos pesquisadores por um prazo de 05 (cinco) anos. Solicito sua autorização para depositar no Banco de Dados do Programa de Pós-Graduação Saúde Ambiente e Trabalho após o referido período estas entrevistas transcritas que estarão disponíveis para análise em qualquer tempo. Sua identidade ficará em sigilo e sob a responsabilidade da pesquisadora e não será divulgada. Em caso de divulgação, será adotado nome fictício.

Você terá a liberdade de desistir a qualquer momento ao longo da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado, conforme a resolução do conselho Nacional de Saúde (nº 196/96, de 10 de outubro de 1996).

Este Termo de Consentimento livre e esclarecido – TCLE está elaborado em duas vias que deverão ser assinadas por mim pesquisadora e por você como participante da pesquisa caso aceite livremente participar. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço institucional do pesquisador principal e do Comitê de Ética em Pesquisa, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Andreia Maria Lima Santos

Faculdade de Medicina da Universidade
Federal da Bahia
Largo Terreiro de Jesus - Antiga Faculdade de
Medicina, s/n,
Pelourinho - Salvador CEP: 40026-010
Tels: 3283.5573 - 3283.5572 - 8726.4059
Email: sat@ufba.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

Faculdade de Medicina da Bahia
Comitê de Ética em Pesquisa
Largo do Terreiro de Jesus, s/n. Centro Histórico
CEP: 40.026-010 Salvador, Bahia, Brasil.
Tel.: 55 71 3283-5564/Fax:55 71 3283-5567
www.medicina.ufba/cepmb@ufba.br

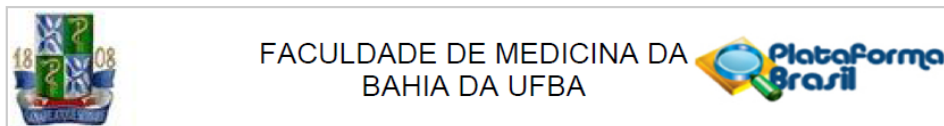
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Após receber o convite para participar de pesquisa de Andreia Maria Lima Santos, intitulada **Percepção do risco ocupacional no manuseio de Quimioterápicos Antineoplásicos por profissionais de enfermagem**, ter lido as informações aos participantes, ter minhas dúvidas esclarecidas e compreendido que estou livre para desistir a qualquer momento de minha participação, que não serei identificado nem a instituição em que atuo nas publicações resultantes deste estudo, não serei remunerado com essa participação, que o risco de desconforto com a presença da pesquisadora no meu local de trabalho e nas respostas a entrevistas serão minimizadas pela pesquisadora, explicando os objetivos da pesquisa e suas contribuições para a profissão, que o material resultante será guardado por cinco anos pela pesquisadora e que depois desse prazo será guardado pelo Programa de Pós Graduação em Saúde Ambiente e Trabalho, que qualquer dúvida posso consultar a pesquisadora ou o comitê de Ética que aprovar este termo e por me sentir suficientemente esclarecida é que assino em duas vias deste documento concordando com a minha participação.

Salvador, ____/____/____.

12.2: Pareceres dos Comitês de Ética em Pesquisa

12.2.1 Parecer Faculdade de Medicina da Bahia



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERCEPÇÃO DO RISCO OCUPACIONAL NO MANUSEIO DE QUIMIOTERÁPICOS ANTINEOPLÁSTICOS POR PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

Pesquisador: Paulo Gilvane Lopes Pena

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 20543013.2.0000.5577

Instituição Proponente: FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 455.829

Data da Relatoria: 02/12/2013

Apresentação do Projeto:

O grande avanço numérico de câncer no Brasil e no mundo gera consequente aumento dos tratamentos para ablação dessa doença, entre elas a Quimioterapia Antineoplásica, elevando o índice de exposição ocupacional a essas substâncias mutagênicas, teratogênicas e muitas carcinogênicas. Os profissionais de enfermagem no desenvolvimento do cuidar estão em maior contato e por mais tempo com esses pacientes durante o seu tratamento e consequentemente mais vulneráveis aos riscos no manuseio de quimioterápicos antineoplásicos.

A reduzida frequência de capacitação diminui a percepção dos profissionais de enfermagem sobre os riscos no manuseio de quimioterápicos antineoplásicos e dos pacientes em seu uso no ambiente hospitalar. Assim, este estudo justifica-se por investir em identificação de medidas avaliativas da percepção da equipe de enfermagem sobre os riscos ocupacionais no manuseio de quimioterápicos no âmbito hospitalar, sendo de relevância uma vez que, a exposição a essas substâncias gera agravos à saúde ocupacional nos profissionais, podendo assim contribuir para a modificação da realidade atual, através do cumprimento de medidas protetoras (de precaução e de educação em serviço) que subsidiem a capacitação e informação adequada a todos os profissionais envolvidos no processo do cuidar.

Endereço: Largo do Terreiro de Jesus, s/n
Bairro: PELOURINHO **CEP:** 40.026-010
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3283-5564 **Fax:** (71)3283-5567 **E-mail:** cepfmb@ufba.br



Continuação do Parecer: 455.829

Objetivo da Pesquisa:

Analisar a percepção de risco ocupacional, no manuseio de quimioterápicos, no ambiente hospitalar por profissionais de enfermagem.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS:

A presença da pesquisadora no local de trabalho poderá trazer um desconforto, para minimiza-lo será explicitamos os objetivos, as finalidades e um tempo de leitura das informações contidas no Termo de consentimento livre e esclarecidos (TCLE), para posterior esclarecimento de dúvidas e assinatura sem pressão ou coação. Não será utilizado nenhum método de coleta que ponha em risco a integridade física ou psicológica ou que traga danos à saúde dos pesquisados e também à comunidade, pois não apresenta nenhum tipo de intervenção.

BENEFÍCIOS:

Criação de recursos educativos para a melhoria das práticas de manuseio de quimioterápicos antineoplásicos e reflexões sobre as medidas de prevenção e proteção ao trabalhador no manuseio de quimioterápicos antineoplásicos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Os autores se comprometem a encaminhar um relatório dos resultados à instituição que autorizou a realização da coleta de dados da pesquisa e, em conjunto com a anuência da instituição onde fora realizada a pesquisa, será realizada a apresentação dos resultados da pesquisa aos participantes.

Será um estudo qualitativo com inspiração etnográfica com utilização como instrumento de coleta entrevista com as três categorias profissionais de enfermagem de um hospital da capital baiana. Para triangulação de dados serão utilizados a observação participante e o diário de campo. A amostra será de 30 participantes (10 enfermeiros, 10 técnicos de enfermagem e 10 auxiliares de enfermagem).

A coleta de dados se dará através da observação participante, diário de campo e entrevistas guiadas por um roteiro com questões abertas, utilizando um gravador de áudio.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O pesquisador apresentou a Carta de anuência da Instituição, porém o seu conteúdo relata que a

Endereço: Largo do Terreiro de Jesus, s/n
Bairro: PELOURINHO **CEP:** 40.026-010
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3283-5564 **Fax:** (71)3283-5567 **E-mail:** cepfmb@ufba.br



Continuação do Parecer: 455.829

nstituição será Co-participante e que a pesquisa só será feita mediante aprovação do seu próprio CEP.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

1. Atualizar o cronograma pois o que foi apresentado mostra que a coleta de dados já foi iniciada.

2. ACRESCENTAR NO PROJETO A CONTRAPARTIDA DA UNIVERSIDADE.

Situação do Parecer:

Pendente

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

SALVADOR, 13 de Novembro de 2013

Assinador por:
Eduardo Martins Netto
(Coordenador)

Endereço: Largo do Terreiro de Jesus, s/n
Bairro: PELOURINHO **CEP:** 40.026-010
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3283-5564 **Fax:** (71)3283-5567 **E-mail:** cepfmb@ufba.br

12.2.2. Parecer do Hospital Colaborador

PROF. DR. CELSO FIGUEIRÔA
HOSPITAL SANTA
IZABEL/SCMBA SANTA CASA



Continuação do Parecer: 470.703

2.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar a percepção de risco ocupacional, no manuseio de quimioterápicos, no ambiente hospitalar por profissionais de enfermagem.

2.2 RISCOS E BENEFÍCIOS

- A pesquisa não trará riscos à integridade física ou psicológica nem trará danos à saúde e a comunidade, pois não será realizado nenhum método de coleta invasivo.

- Os benefícios que esse estudo trará são voltados para a criação de recursos educativos para a melhoria das práticas de manuseio de quimioterápicos antineoplásicos, através de reflexões sobre as medidas de prevenção e proteção ao trabalhador.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos mínimos uma vez que se respeite a autonomia e o sigilo dos participantes da pesquisa, as questões da entrevista não parecem suscitar nenhum inconveniente aos mesmos, exceto a questão 11 que não parece relevante ao tema. Benefícios diretos: criação de recursos educativos para a melhoria das práticas de manuseio de quimioterápicos antineoplásicos e reflexões sobre as medidas de prevenção e proteção ao trabalhador no manuseio de quimioterápicos antineoplásicos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Adequado à 466/12 no que tange às questões de pesquisa qualitativa não intervencionista e desta forma foi analisado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Questionário e TCLE sem ilícitos éticos.

Recomendações:

TCLE necessita adequar a linguagem quanto a expressão "pesquisa será qualitativa com inspiração etnográfica" para ficar mais claro para o participante da pesquisa e acrescentar as informações do CEP Prof. Dr. Celso Figueirôa também. Atualizar cronograma.

Endereço: Praça Conselheiro Almeida Couto, nº 500
Bairro: Nazaré CEP: 40.050-410
UF: BA Município: SALVADOR
Telefone: (71)2203-8382 Fax: (71)2203-8566 E-mail: cep@scmba.com.br

Página 04 de 04

Continuação do Parecer: 470.703

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O colegiado entende como recomendações e não pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

A Plenária do Comitê de Ética em Pesquisa Prof. Dr. Celso Figueirôa-Hospital Santa Izabel, acatando o parecer do relator designado para o referido protocolo, em uso de suas atribuições, aprova o Projeto de Pesquisa supracitado, estando o mesmo de acordo com as Resoluções 466/12 e 251/97.

-O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. 466/12 CNS/MS) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.

-O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. 466/12 CNS/MS), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata. No cronograma, observar que o início do estudo somente poderá ser realizado após aprovação pelo CEP, conforme compromisso do pesquisador com a resolução 466/12 CNS/MS.

-O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP junto com seu posicionamento.

Endereço: Praça Conselheiro Almeida Couto, nº 500
Bairro: Nazaré CEP: 40.050-410
UF: BA Município: SALVADOR
Telefone: (71)2203-8362 Fax: (71)2203-8866 E-mail: cepai@scmba.com.br

PROF. DR. CELSO FIGUEIRÔA
HOSPITAL SANTA
IZABEL/SCMBA SANTA CASA



Continuação do Parecer: 470.703

-Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

-Relatórios PARCIAIS devem ser apresentados ao CEP Prof. Dr. Celso Figueirôa Semestralmente e final na conclusão do projeto.

SALVADOR, 27 de Novembro de 2013

Assinador por:
Jedson dos Santos Nascimento
(Coordenador)

Endereço: Praça Conselheiro Almeida Couto, nº 500
Bairro: Nazaré CEP: 40.080-410
UF: BA Município: SALVADOR
Telefone: (71)2203-4362 Fax: (71)2203-6666 E-mail: cep@scmba.com.br

Página 04 de 04

12.3 Anexo III

Tabela 6: Lista de classificação dos agentes de risco de câncer humano (IARC, 2013).

<u>CAS Nº</u>	<u>AGENT</u>	<u>GROUP</u>	<u>VOLUME</u>	<u>YEAR</u>
000055-98-1	BUSULFAN	1	4, Sup 7, 100A	2012
000305-03-3	CHLORAMBUCIL	1	26, Sup 7, 100A	2012
000050-18-0 006055-19-2	CYCLOPHOSPHAMIDE	1	26, Sup 7, 100A	2012
033419-42-0	ETOPOSIDE (NB: Overall evaluation upgraded to Group 1 based on mechanistic and other relevant data)	1	76, 100A	2012
033419-42-0 015663-27-1 011056-06-7	ETOPOSIDE in combination with CISPLATIN and BLEOMYCIN	1	76, 100A	2012
000148-82-3	MELPHALAN	1	9, Sup 7, 100A	2012
023214-92-8	ADRIAMYCIN (NB: Overall evaluation upgraded to Group 2A with supporting evidence from other relevant data)	2A	10, Sup 7	1987
000320-67-2	AZACITIDINE (NB: Overall evaluation upgraded to Group 2A with supporting evidence from other relevant data)	2A	50	1990
000154-93-8	BISCHLOROETHYL NITROSOUREA (BCNU)	2A	26, Sup 7	1987
015663-27-1	CISPLATIN (NB: Overall evaluation upgraded to Group 2A with supporting evidence from other relevant data)	2A	26, Sup 7	1987
000051-75-2	Nitrogen mustard	2A	9, Sup 7	1987
000366-70-1	PROCARBAZINE HYDROCHLORIDE (NB: Overall evaluation upgraded to Group 2A with supporting evidence from other relevant data)	2A	26, Sup 7	1987
029767-20-2	TENIPOSIDE (NB: Overall evaluation upgraded to Group 2A with supporting evidence from other relevant data)	2A	76	2000
011056-06-7	BLEOMYCINS (NB: Overall evaluation upgraded to Group 2B with supporting evidence from other relevant data)	2B	26, Sup 7	1987
004342-03-4	DACARBAZINE	2B	26, Sup 7	1987
020830-81-3	DAUNOMYCIN	2B	10, Sup 7	1987
000531-76-0	MERPHALAN	2B	9, Sup 7	1987
000050-07-7	MITOMYCIN C	2B	10, Sup 7	1987
065271-80-9	MITOXANTRONE	2B	76	2000
000126-85-2	NITROGEN MUSTARD N-OXIDE	2B	9, Sup 7	1987
000066-75-1	URACIL MUSTARD	2B	9, Sup 7	1987
082413-20-5	DROLOXIFENE	3	66	1996
000051-21-8	5-FLUOROURACIL	3	26, Sup 7	1987
003778-73-2	ISOPHOSPHAMIDE	3	26, Sup 7	1987
013045-94-8	MEDPHALAN	3	9, Sup 7	1987
000059-05-2	METHOTREXATE	3	26, Sup 7	1987
000143-67-9	VINBLASTINE SULFATO	3	26, Sup 7	1987
002068-78-2	VINCRISTINE SULFATE	3	26, Sup 7	1987
000055-98-1	MYLERAN (SEE BUSULFAN)	-	-	-