

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE DIREITO

MARCO AURÉLIO DA ROSA DE VASCONCELLOS

ACIDENTES DO TRABALHO COM PROFISSIONAIS DA ENFERMAGEM

Porto Alegre
2010

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE DIREITO

MARCO AURELIO DA ROSA DE VASCONCELLOS

ACIDENTES DO TRABALHO COM PROFISSIONAIS DA EFERMAGEM

Monografia apresentada à banca examinadora da Faculdade de Direito da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como cumprimento de requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Direito.

Orientadora: Prof^a. Luciane Cardoso Barzotto

Porto Alegre
2010

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE DIREITO

MARCO AURELIO DA ROSA DE VASCONCELLOS

ACIDENTES DO TRABALHO COM PROFISSIONAIS DA EFERMAGEM

Monografia apresentada à banca examinadora da Faculdade de Direito da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como cumprimento de requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Direito.

Aprovado em ____ de _____ 2010.

BANCA EXAMINADORA

Profª. Luciane Cardoso Barzotto

Examinador

Examinador

Inicialmente, desejo agradecer a Deus e externar meu agradecimento e reconhecimento aos meus familiares e amigos, por significarem tanto para mim. Agradeço à minha Orientadora, Professora Luciane Cardoso Barzotto, pela atenção e dedicação despendida sempre de forma gentil e carinhosa na elaboração deste trabalho.

E um agradecimento especial à minha esposa Ana Cristina, meu filho Felipe e meus enteados Caroline e Jonathan por todo apoio que me deram nesta minha jornada. Aos meus mestres da Faculdade de Direito que me ensinaram o caminho do Direito do Trabalho.

RESUMO

O presente trabalho tem por objetivo fazer uma exposição sobre os acidentes do trabalho que mais afetam os profissionais de enfermagem, a saber os acidentes com perfurocortantes e material biológico. Para tanto faremos uma análise bibliográfica expondo o assunto, tecendo ainda comentários sobre a regulamentação da profissão de enfermagem, acidentes do trabalho com perfurocortantes e material biológico e sobre o uso de Equipamento de Proteção Individual e aplicação da Norma Regulamentadora 32.

Palavras-chave: enfermagem; acidente do trabalho, perfurocortantes, material biológico; equipamento de proteção individual.

ABSTRACT

This work has by aim make a presentation on workplace accidents that affects most nursing professionals, which as accidents with puncture cutting objects and with biological material. So do a literature review outlining the subject, I shall make further comments on the regulation of the profession of nursing, occupational accidents with biological material and puncture cutting objects and the use of personal protective equipment and application of Norm 32.

Key-words: Nursing; workplace accidents; puncture cutting objects, biological material, personal protective equipment.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	7
1 A REGULAMENTAÇÃO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM.....	9
1.1 JORNADA DE TRABALHO	19
1.2 PISO SALARIAL.....	22
2 MEIO AMBIENTE DO TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM.	24
2.1 ACIDENTES DO TRABALHO	28
2.2 ACIDENTES BIOLÓGICOS	37
2.3 ACIDENTES COM PERFUROCORTANTE OU PERFUROINCISIVOS.....	41
3 PREVENÇÃO DOS ACIDENTES COM PESSOAL DE ENFERMAGEM	43
CONSIDERAÇÕES FINAIS	48
REFERÊNCIAS.....	50
ANEXO A - FOTO DE CAIXA PARA DESCARTE DE PERUROCORTANTE	55
ANEXO B - CARGA HORÁRIA DO CURSO DE TÉCNICO DE ENFERMAGEM EM PORTO ALEGRE.....	56
ANEXO C – CARGA HORÁRIA DO CURSO DE ENFERMAGEM UFRGS.....	57
ANEXO D - NORMA REGULAMENTADORA - 32.....	61
ANEXO E – MATERIAIS PARA TESTE	77
ANEXO F – COMUNICAÇÃO DE ACIDENTES DE TRABALHO - CAT.....	78
ANEXO G – PROJETO DE LEI Nº 2.295, DE 2000	81
ANEXO H - CONVENÇÃO 187.....	82

INTRODUÇÃO

Nos campos de batalha da Criméia, no Séc. XIX, a jovem Florence Nightingale, patrona mundial da enfermagem, faz a seguinte declaração:

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

Este trabalho tem por finalidade primeira homenagear àqueles trabalhadores da enfermagem que se dedicam quase de forma sacerdotal a cuidar dos enfermos e necessitados 24 horas por dia e em todos os confins da terra.

Como é sabido, os profissionais de enfermagem executam diversos procedimentos durante o seu plantão ou turno de trabalho, em um ambiente insalubre e, por isso, estão sujeitos a sofrerem acidentes laborais, que devem ser prevenidos.

Para efeitos deste trabalho, analisaremos primeiro a regulamentação do serviço de enfermagem.

Apesar de a lei inserir dentre os trabalhadores de enfermagem as parteiras, faremos somente uma menção à situação atual daquelas que exercitam sua profissão com conhecimentos passados de uma geração a outra.

É sabido também que existem várias modalidades de profissionais inseridos na saúde, como os agentes de saúde, previstos na Lei 10.507, de 10 de julho de 2002.

Na modalidade de enfermagem, os enfermeiros e técnicos de enfermagem do trabalho que atuam em empresas públicas e privadas e aqueles que trabalham de forma autônoma fazendo serviço de “*home care*” também não serão analisados neste trabalho.

Neste trabalho o pessoal de enfermagem que focarei serão os enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, que trabalham e têm como seu meio ambiente de trabalho hospitais, clínicas e unidades de saúde, na assistência direta ao paciente.

Quanto ao acidente de trabalho em geral, apesar de a Emenda Constitucional 45, de 30 de dezembro de 2004, definir a competência da Justiça do Trabalho para processar e julgar ações de indenização por dano moral e patrimonial, decorrentes da relação de trabalho, estes também não será o nosso foco.

Em um segundo momento, nossa análise será baseada naquele acidente típico, previsto na Lei 8.213, sofrido pelo profissional de enfermagem no seu ambiente de trabalho.

O trabalho porá ênfase nos dois acidentes mais comuns aos profissionais de enfermagem: acidentes com perfurocortantes e com materiais biológicos, que têm feito vítimas de doenças como o (Human Immunodeficiency Virus) HIV, Hepatite e as transmissões aéreas (tuberculose, varicela-zoster e sarampo), que veremos adiante.

Finalmente analisaremos a questão da prevenção ao acidente de trabalho, esmiuçando a nova Portaria nº 939, publicada em 19 de novembro de 2008, estabelecendo prazo de dois anos, para as empresas que comercializam ou produzem perfurocortantes se adequarem criando dispositivos de segurança na fabricação de seus produtos e aplicação da Norma Regulamentadora 32, que estabelece diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde.

1 A REGULAMENTAÇÃO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM

Não existem relatos precisos sobre o nascimento exato da enfermagem, os primeiros relatos que temos de assistência advêm dos primórdios bíblicos, conforme o Livro do Gênesis no Cap. 35, v. 16-17¹.

16. E partiram de Betel; e havia ainda um pequeno espaço de terra para chegar a Efrata, e deu à luz Raquel, e ela teve trabalho em seu parto.

17. E aconteceu que, tendo ela trabalho em seu parto, Ihe disse a parteira: Não temas, porque também este filho terás.

O tratamento do enfermo depende estreitamente do conceito de saúde e doença, e, portanto, nas eras remotas, podemos imaginar a mãe como primeira enfermeira da família².

Profissões como a enfermagem não tinham seu reconhecimento como profissão regulamentar, esta foi por muitos séculos desempenhada por religiosos, o que confundia a atuação de assistência à saúde com a prática de caridade.

Prova disso foi a iniciativa de S. Vicente de Paulo, que no Séc. XV dedicava boa parte de sua vida e tempo a visitar os doentes. Em agosto de 1617, ele funda a Confraria da caridade, aonde se alistaram onze senhoras para auxiliá-lo. Depois de orientá-las durante três meses, deu-lhes o estatuto da confraria³.

O marco oficial da enfermagem é concedido a uma moça extremamente culta, filha de pais ingleses e ricos, que desde pequena mostrava tendência ao tratamento de enfermos, Florence Nightingale.

Conhecida como “Dama da Lâmpada”, Florence Nightingale, nascida em 12 de maio de 1820, em Florença, é a patrona mundial do serviço de enfermagem,

¹ LIRA, Nazareth Freire de; BOMFIM, Maria Eliza de Souza. **Historia da enfermagem e legislação**. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1989, p.1.

² PAIXÃO, Waleska. **História da enfermagem**. 5. ed. [s.l.]: Julio C. Reis- livraria, 1979, p. 19.

³ Ibid., p. 58.

graças à sua excelente atuação na campanha da Guerra da Criméia⁴. Pelo fato de cuidar diuturnamente dos soldados britânicos, ficou conhecida como a “Dama da Lâmpada”; hoje este é o símbolo mundial do serviço de enfermagem.

No Brasil a baiana Ana Justina Ferreira Néri, nascida em 13 de dezembro de 1814, é a primeira profissional a se dedicar à enfermagem no Brasil, servindo como voluntária na Guerra do Paraguai, onde seus três filhos e mais dois irmãos estavam lutando.

O populista Getúlio Vargas assina, em 1938, o Decreto nº 2.956, no qual institui o dia 12 de maio, “Dia do Enfermeiro”, devendo nesta data serem prestadas homenagens especiais à memória da baiana.

No plano constitucional, os arts. 196 a 200 da Constituição Federal de 1988 (CF/88) trata da saúde, do serviço de enfermagem e de políticas relativas à assistência à saúde.

Também no plano infraconstitucional a Lei 8080, de 19 de setembro de 1990 (Lei do SUS), no seu art. 2, traz clara a garantia ao direito fundamental à saúde⁵.

Diante da relevância de se ter um serviço de saúde que atenda bem e com qualidade a população brasileira, é preciso mão de obra qualificada na área da saúde, em especial, no atendimento de enfermagem, nosso foco.

⁴ A Guerra da Criméia estendeu-se, de 1853 a 1856, envolveu de um lado o Império Russo e, de outro a coligação Reino Unido, a França, o Piemonte- Sardenha (na atual Itália).

⁵ Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

§ 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

O serviço de enfermagem é regulado pela Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986⁶, que define as funções de enfermeiro, técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem, parteiro, que só podem atuar com o Registro do Conselho Regional de Enfermagem, conforme colacionado:

Art. 2º - A Enfermagem e suas atividades auxiliares somente podem ser exercidas por pessoas legalmente habilitadas e inscritas no Conselho Regional de Enfermagem com jurisdição na área onde ocorre o exercício.
Parágrafo único. A Enfermagem é exercida privativamente pelo Enfermeiro, pelo Técnico de Enfermagem, pelo Auxiliar de Enfermagem e pela Parteira, respeitados os respectivos graus de habilitação.

Para o exercício regular da profissão de enfermagem, o profissional deve estar vinculado a um dos Conselhos Regionais de Enfermagem (CORENs) existentes em cada Estado da Federação e Distrito Federal, todos estes subordinados ao Conselho Federal de Enfermagem (COFEN)⁷, com sede em Brasília.

No Rio Grande do Sul o COREN tem como finalidade:

a fiscalização do cumprimento da Lei do exercício profissional por meio de parceria com os profissionais e instituições de saúde, garantindo à comunidade uma assistência de enfermagem qualificada”, esta é sua missão.

O registro no Conselho dá ao profissional um número de inscrição no COREN, e do profissional é cobrada uma taxa de anuidade, que, no exercício presente, é de R\$ 248,00 (duzentos e quarenta e oito reais), para o enfermeiro; R\$ 165,00 (cento e sessenta e cinco reais), para os Técnicos de Enfermagem; R\$ 114,00 (cento e catorze reais), para o auxiliar de Enfermagem.

⁶ BRASIL. **Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem. Disponível em: <<http://www.normaslegais.com.br/trab/8trabalhista270508.htm>>. Acesso em: 13 nov. 2010.

⁷ A Lei 5.905/73 institui a criação do Conselho Federal de Enfermagem e Regionais de Enfermagem.

As pessoas jurídicas que lidam diretamente com a enfermagem, docência ou assistência, também pagam anuidade, conforme o tamanho da empresa, art. 2º do Código de Ética⁸.

Todo o profissional de enfermagem está sujeito ao seu Código de Ética⁹, que está acessível no site do COREN¹⁰ e disponível nos Conselhos Regionais.

Hoje o COREN/RS conta no seu quadro de associados com 19.129 (dezenove mil cento e vinte nove) Enfermeiros, 67.445 (sessenta e sete mil quatrocentos e quarenta e cinco) Técnicos de Enfermagem e 39.987 Auxiliares de enfermagem.

O enfermeiro é o profissional de nível superior, que executa funções privativas ou como integrante de equipe de saúde, formador da equipe multiprofissional¹¹, e sua definição legal e atribuições estão dispostas nos arts. 4º, 8º e 9º da Lei 7.498/86.

Art. 4º São Enfermeiros:

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

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

III - o titular do diploma ou certificado de Enfermeira e a titular do diploma ou certificado de Enfermeira Obstétrica ou de Obstetriz, ou equivalente, conferido por escola estrangeira segundo as respectivas leis, registrado em virtude de acordo de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil como diploma de Enfermeiro, de Enfermeira Obstétrica ou de Obstetriz;

IV - aqueles que, não abrangidos pelos itens anteriores, obtiveram título de Enfermeiro conforme o disposto na letra d do art. 3º do Decreto nº 50.387, de 28 de março de 1961.

O enfermeiro possui atividades exclusivas, que lhe são garantidas por lei, estas não se confundem com a de nenhum outro profissional da área de saúde, médicos, dentistas, fisioterapeutas, farmacêuticos e outros.

⁸ Art. 2º Código: O valor da anuidade das pessoas jurídicas são: empresa pequena R\$ 206,00; empresa média R\$ 375,00; empresa grande R\$ 562,00; Escola e outras instituições R\$ 206,00 * valores de 2010.

⁹ O código de ética de enfermagem foi criado pela Resolução COFEN nº 311/2007

¹⁰ CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. **Código de Ética**. Disponível em: <<http://www.portalfcofen.gov.br>>.

¹¹ Equipe multiprofissional é a reunião de profissionais das diferentes áreas da saúde que atuam de forma coordenada em função do bem estar do paciente.

Dentre as funções exclusivas do enfermeiro estão a direção de órgão de enfermagem, planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação da assistência de enfermagem, cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica.

A consulta de enfermagem e a prescrição de enfermagem previstas na Resolução COFEN – 159, de 19 de abril de 1993, cabem privativamente ao enfermeiro¹².

Hoje, principalmente nos grandes centros, os hospitais querem que a rede pública ou privada possua um sistema de gestão bastante eficiente, e setores de auditoria extremamente competentes aonde o enfermeiro, especializado em auditoria, atua emitindo pareceres na sua área.

Fazendo parte como integrante da equipe de saúde, cabe ao enfermeiro participar de programas de capacitação coordenando, executando, dando assistência de enfermagem propriamente dita, participando como membro das diversas comissões existentes numa unidade hospitalar, dentre as quais a comissão de controle de infecção hospitalar, entre outras.

Art. 8º Ao Enfermeiro incumbe:

I - privativamente:

- a) direção do órgão de enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública ou privada, e chefia de serviço e de unidade de enfermagem;
- b) organização e direção dos serviços de enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços;
- c) planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem;
- d) consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de enfermagem;
- e) consulta de enfermagem;
- f) prescrição da assistência de enfermagem;
- g) cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida;
- h) cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas;

II - como integrante de equipe de saúde:

- a) participação no planejamento, execução e avaliação da programação de saúde;

¹² Art. 1º - Em todos os níveis de assistência à saúde, seja em instituição pública ou privada, a consulta de Enfermagem deve ser obrigatoriamente desenvolvida na Assistência de Enfermagem.

- b) participação na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde;
- c) prescrição de medicamentos previamente estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde;
- d) participação em projetos de construção ou reforma de unidades de internação;
- e) prevenção e controle sistemático da infecção hospitalar, inclusive como membro das respectivas comissões;
- f) participação na elaboração de medidas de prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados aos pacientes durante a assistência de enfermagem;
- g) participação na prevenção e controle das doenças transmissíveis em geral e nos programas de vigilância epidemiológica;
- h) prestação de assistência de enfermagem à gestante, parturiente, puerpera e ao recém-nascido;
- i) participação nos programas e nas atividades de assistência integral à saúde individual e de grupos específicos, particularmente daqueles prioritários e de alto risco;
- j) acompanhamento da evolução e do trabalho de parto;
- l) execução e assistência obstétrica em situação de emergência e execução do parto sem distocia;
- m) participação em programas e atividades de educação sanitária, visando à melhoria de saúde do indivíduo, da família e da população em geral;
- n) participação nos programas de treinamento e aprimoramento de pessoal de saúde, particularmente nos programas de educação continuada;
- o) participação nos programas de higiene e segurança do trabalho e de prevenção de acidentes e de doenças profissionais e do trabalho;
- p) participação na elaboração e na operacionalização do sistema de referência e contra referência do paciente nos diferentes níveis de atenção à saúde;
- q) participação no desenvolvimento de tecnologia apropriada à assistência de saúde;
- r) participação em bancas examinadoras, em matérias específicas de enfermagem, nos concursos para provimento de cargo ou contratação de Enfermeiro ou pessoal técnico e Auxiliar de Enfermagem.

O curso de Enfermeiro(a) Obstetrix ou Enfermeir(o)a Obstétrica é uma *especialização na área de Enfermagem* que os capacita ao exercício de atividades específicas, conforme o art. 9 da Lei 7.498/86:

Art. 9º Às profissionais titulares de diploma ou certificados de Obstetrix ou de Enfermeira Obstétrica, além das atividades de que trata o artigo precedente, incumbe:

- I - prestação de assistência à parturiente e ao parto normal;
- II - identificação das distocias obstétricas e tomada de providência até a chegada do médico;
- III - realização de episiotomia e episiorrafia, com aplicação de anestesia local, quando necessária.

Os antigos cursos de Obstetrícia que existiam no País foram extintos na década de 60, na Universidade de São Paulo (USP), a última turma da leva antiga se formou em 1971.

Depois de mais de 33 anos de extinção, em 2005, foi reaberto o curso superior de obstetrícia pela Universidade de São Paulo (USP). O curso é voltado especificamente para o atendimento à mulher gestante, para que ela receba o acompanhamento adequado durante toda a gravidez, parto, e até 40 dias após a gestação.

O site¹³ do jornal Estado de São Paulo (Estadão), em sua edição de 10 de junho do corrente, veicula a notícia de que os alunos do curso de Obstetrícia da USP teriam que voltar aos bancos escolares, e estariam enfrentando problemas com o registro do COREN, já que não existe mais entidade própria da classe, este se negou a registrar tais profissionais. Mediante decisão judicial, o COREN/SP foi obrigado a emitir certidão provisória aos profissionais.

O técnico de enfermagem é o profissional de nível médio que para obter o diploma na sua área deve ter carga horária em torno de 1.700 hs/aula. Suas funções e atribuições estão previstas nos art. 5º e 10º da Lei 7.498/86.

Art. 5º São Técnicos de Enfermagem:

- I - o titular do diploma ou do certificado de Técnico de Enfermagem, expedido de acordo com a legislação e registrado no órgão competente;
- II - o titular do diploma ou do certificado legalmente conferido por escola ou curso estrangeiro, registrado em virtude de acordo de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil como diploma de Técnico de Enfermagem.

Suas funções são desempenhadas junto ao enfermeiro e sob sua supervisão técnica; portanto, este é subordinado funcionalmente àquele. Nos atendimentos de emergência em que há o risco de morte e na falta de um enfermeiro, desde que habilitado, o técnico e o auxiliar realizam atividades privativas do enfermeiro na assistência para preservar o bem maior da vida.

Art. 10. O Técnico de Enfermagem exerce as atividades auxiliares, de nível médio técnico, atribuídas à equipe de enfermagem, cabendo-lhe:

I - assistir ao Enfermeiro:

- a) no planejamento, programação, orientação e supervisão das atividades de assistência de enfermagem;
- b) na prestação de cuidados diretos de enfermagem a pacientes em estado grave;

¹³ O ESTADO de São Paulo: site. Disponível em: <http://www.estadao.com.br/estadaodehoje/20100710/not_imp579202,0.php>.

- c) na prevenção e controle das doenças transmissíveis em geral em programas de vigilância epidemiológica;
 - d) na prevenção e no controle sistemático da infecção hospitalar;
 - e) na prevenção e controle sistemático de danos físicos que possam ser causados a pacientes durante a assistência de saúde;
 - f) na execução dos programas referidos nas letras i e o do item II do art. 8º;
- II - executar atividades de assistência de enfermagem, excetuadas as privativas do enfermeiro e as referidas no art. 9º deste Decreto;
- III - integrar a equipe de saúde.

A profissão de auxiliar de enfermagem deixou de ser reconhecida como habilitação, e, enquanto curso, reconhecido pela Secretaria de Educação desde 1996.

O curso de auxiliar passou a ser curso livre, mas não dá direito a exercer a profissão, por inviabilidade do Decreto Presidencial 2208/97. Motivo por que as escolas de enfermagem não investem mais na formação de auxiliares.

Aqueles auxiliares que possuem a cédula definitiva do COREN continuarão a exercer sua profissão até a sua aposentadoria, até sua extinção completa pelo decurso do tempo.

Art. 6º São auxiliares de Enfermagem:

- I - o titular de certificado de Auxiliar de Enfermagem conferido por instituição de ensino, nos termos da lei, e registrado no órgão competente;
- II - o titular do diploma a que se refere a Lei nº 2.822, de 14 de junho de 1956;
- III - o titular do diploma ou certificado a que se refere o item III do art. 2º da Lei nº 2.604, de 17 de setembro de 1955, expedido até a publicação da Lei nº 4.024, de 20 de dezembro de 1961;
- IV - o titular do certificado de Enfermeiro Prático ou Prático de Enfermagem, expedido até 1964 pelo Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e Farmácia, do Ministério da Saúde, ou por órgão congênere da Secretaria de Saúde nas Unidades da Federação, nos termos do Decreto nº 23.774, de 22 de janeiro de 1934, do Decreto-lei nº 8.778, de 22 de janeiro de 1946, e da Lei nº 3.640, de 10 de outubro de 1959;
- V - o pessoal enquadrado como Auxiliar de Enfermagem, nos termos do Decreto-lei nº 299, de 28 de fevereiro de 1967;
- VI - o titular do diploma ou certificado conferido por escola ou curso estrangeiro, segundo as leis do país, registrado em virtude de acordo de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil como certificado de Auxiliar de Enfermagem.

Mesmo possuindo funções especificadas na lei, hoje, o que se vê na prática é o auxiliar de enfermagem exercendo as mesmas funções que um técnico de

enfermagem, fazendo com que vários profissionais busquem na Justiça do Trabalho equiparação salarial pelo princípio da isonomia¹⁴.

Os artigos 6º e 11º da Lei definem sua qualificação e suas responsabilidades:

Art. 11. O Auxiliar de Enfermagem executa as atividades auxiliares, de nível médio, atribuídas à equipe de enfermagem, cabendo-lhe:

- I - preparar o paciente para consultas, exames e tratamentos;
- II - observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas, ao nível de sua qualificação;
- III - executar tratamentos especificamente prescritos, ou de rotina, além de outras atividades de enfermagem, tais como:
 - a) administrar medicamentos por via oral e parenteral;
 - b) realizar controle hídrico;
 - c) fazer curativos;
 - d) aplicar oxigenoterapia, nebulização, enteroclistma, enema e calor ou frio;
 - e) executar tarefas referentes à conservação e aplicação de vacinas;
 - f) efetuar o controle de pacientes e de comunicantes em doenças transmissíveis;
 - g) realizar testes e proceder à sua leitura, para subsídio de diagnóstico;
 - h) colher material para exames laboratoriais;
 - i) prestar cuidados de enfermagem pré e pós-operatórios;
 - j) circular em sala de cirurgia e, se necessário, instrumentar;
 - l) executar atividades de desinfecção e esterilização;
- IV - prestar cuidados de higiene e conforto ao paciente e zelar por sua segurança, inclusive:
 - a) alimentá-lo ou auxiliá-lo a alimentar-se;
 - b) zelar pela limpeza e ordem do material, de equipamentos e de dependências de unidades de saúde;
- V - integrar a equipe de saúde;
- VI - participar de atividades de educação em saúde, inclusive:

¹⁴ Acórdão - Processo 0090200-28.2007.5.04.0016 (RO). Redator: Ricardo Hofmeister de Almeida Martins Costa. Data: 26 ago. 2009. Origem: 16ª Vara do Trabalho de Porto Alegre
EMENTA: EQUIPARAÇÃO SALARIAL. AUXILIAR E TÉCNICO DE ENFERMAGEM. PRINCÍPIO ISONÔMICO. O fato de o empregado auxiliar de enfermagem não possuir titulação em curso técnico de enfermagem não obsta, por si só, seu direito à isonomia salarial, quando o conjunto probatório demonstra, como no caso, o preenchimento dos requisitos do art. 461 da CLT. Recurso provido. [...]

Acórdão - Processo 0013300-34.2008.5.04.0027 (RO). Redatora: Maria Helena Mallmann Data: 14 jan. 2009. Origem: 27ª Vara do Trabalho de Porto Alegre
EMENTA: EQUIPARAÇÃO SALARIAL. AUXILIAR E TÉCNICO DE ENFERMAGEM. O fato de o empregado não possuir titulação em curso técnico de enfermagem não obsta seu direito à equiparação salarial se acaso demonstrado o preenchimentos dos requisitos do art. 461 da CLT. Apelo provido. [...]

Acórdão - Processo 0088800-81.2008.5.04.0003 (RO) Redator: Denis Marcelo De Lima Molarinho. Data: 17 dez. 2009. Origem: 3ª Vara do Trabalho de Porto Alegre
EMENTA: EQUIPARAÇÃO SALARIAL. AUXILIAR DE ENFERMAGEM QUE EXERCE AS MESMAS FUNÇÕES DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM. A ausência de qualificação formal de técnico de enfermagem não obsta, por si só, a equiparação salarial pretendida pelo auxiliar, quando comprovados os requisitos do art. 461 da CLT. Adoção do entendimento sedimentado na Súmula nº 48 deste Tribunal. Reclamante que, atualmente, conta com curso de formação de técnico em enfermagem. Recurso ordinário da reclamada desprovido. [...]

- a) orientar os pacientes na pós-consulta, quanto ao cumprimento das prescrições de enfermagem e médicas;
- b) auxiliar o Enfermeiro e o Técnico de Enfermagem na execução dos programas de educação para a saúde;
- VII - executar os trabalhos de rotina vinculados à alta de pacientes;
- VIII - participar dos procedimentos pós-morte.

Quanto aos parteiros, no Estado do Rio Grande do Sul, estes profissionais não atuam de forma regulamentada; em alguns Estados da Federação, aonde atuam, os mesmos são vinculados de forma especial ao COREN.

Art. 7º São Parteiros:

I - o titular do certificado previsto no art. 1º do Decreto-lei nº 8.778, de 22 de janeiro de 1946, observado o disposto na Lei nº 3.640, de 10 de outubro de 1959;

II - o titular do diploma ou certificado de Parteiro, ou equivalente, conferido por escola ou curso estrangeiro, segundo as respectivas leis, registrado em virtude de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil até 26 de junho de 1988, como certificado de Parteiro.

Art. 12. Ao Parteiro incumbe:

I - prestar cuidados à gestante e à parturiente;

II - assistir ao parto normal, inclusive em domicílio; e

III - cuidar da puérpera e do recém-nascido.

Parágrafo único. As atividades de que trata este artigo são exercidas sob supervisão de Enfermeiro Obstetra, quando realizadas em instituições de saúde, e, sempre que possível, sob controle e supervisão de unidade de saúde, quando realizadas em domicílio ou onde se fizerem necessárias.

O Decreto-Lei 8.778/46, no seu art.1, permitia àqueles enfermeiros práticos e parteiras que exerciam a profissão há mais de 02 anos, a oportunidade de serem submetidos a exame de habilitação em Escola de enfermagem oficial ou reconhecida, e nos estados em que não houvesse, o exame realizar-se-ia em Hospital Regional, perante comissão designada pelo Diretor do Departamento Nacional de Saúde, para o recebimento do certificado respectivo.

Art. 1º Os enfermeiros práticos e as parteiras que tenham mais de dois anos de efetivo exercício de enfermagem em estabelecimento hospitalar, poderão submeter-se aos exames de habilitação que lhes facultem o certificado de "prático de enfermagem" e de "parteira prática", respectivamente.

No Governo de Juscelino Kubitschek, foi assinada a Lei 3.640/1959, que no seu art. 2 dispensava do exame de habilitação previsto no art. 1 do Decreto supra os enfermeiros práticos e os parteiros com mais de 20 (vinte) anos de efetivo serviço profissional.

Art. 2º Estão dispensados do exame de habilitação previsto no artigo 1º do Decreto-lei nº 8.778, de 22 de janeiro de 1946, os enfermeiros práticos e os parteiros com mais de 20 (vinte) anos de efetivo exercício profissional.

As dimensões continentais de nosso País obrigam os nossos governantes a não desprezar mão de obra naqueles locais de difícil acesso, e, por isso, a prefeitura de Manaus, em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA)¹⁵, no dia 05 de maio, Dia Internacional da Parteira, iniciou o “2º Curso de Capacitação de Parteiras Tradicionais”, com 30 parteiras.

Iniciativa de igual monta está seguindo o Estado do Pará, com o projeto da Coordenadoria de Articulação do governo com a Sociedade Civil, chamado “Parteiras do Amapá”, que já reconheceu mais de 200 profissionais¹⁶.

1.1 JORNADA DE TRABALHO

As jornadas de trabalho impostas aos profissionais de enfermagem, em geral são plantões de 12 horas, diurnos ou noturnos, por serviço de escala ou turnos demasiadamente extenuantes, conforme nos ensina o mestre Alves¹⁷.

As condições de trabalho da enfermagem implicam em longas jornadas, no trabalho em turnos desgastantes (vespertinos e noturnos, domingos e feriados), nos rodízios, em multiplicidade de funções, repetitividade e monotonia, intensividade e ritmo excessivo de trabalho, ansiedade, esforços físicos, posições incômodas, na separação do trabalho intelectual e manual, no controle das chefias, desencadeando acidentes e doenças.

A Constituição Federal no seu art. 7º, Inciso XV; a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), nos arts. 67 a 69, e a Lei 605, de 05 de janeiro de 1949, estabelecem a garantia de um repouso remunerado para o trabalhador,

¹⁵ MANAUS. Secretaria Municipal de Saúde. **Curso de Capacitação de Parteiras Tradicionais**. Disponível em: <<http://semsa.manaus.am.gov.br/curso-para-parteiras-realizado-em-manaus-e-inedito-no-mundo-de-acordo-com-ministerio-da-saude/>> - site visitado em 08/11/10 as 18horas>.

¹⁶ PARÁ. **Parteiras do Amapá**. Disponível em: <<http://www.eaesp.fgvsp.br/subportais/ceapg/Acervo%20Virtual/Cadernos/Experi%C3%Aancias/1998/2%20-%20parteiras%20tradicionais.pdf>>. Acesso em: 08 nov. 2010.

¹⁷ ALVES, A. R. A. **Avaliação diagnóstica dos índices de absenteísmo da equipe de Enfermagem de um Hospital de Ensino**. Fortaleza, 1995.

preferencialmente aos domingos, nas atividades autorizadas a funcionar nesta data, que é caso dos hospitais e das clínicas.

É bem sabido que o profissional de saúde submete-se a desgastes de ordem física e intelectual durante seu turno de trabalho e sofre alterações psíquicas e emocionais, inerentes à própria profissão. Um plantão pode ser calmo ou extremamente desgastante.

Funções repetitivas, excesso de trabalho, e outras condições adversas como noites mal dormidas, manipulação de pacientes dependentes, administração de medicações venosas e procedimentos de enfermagem diversos como troca de fraldas, banhos no leito e medicações, e em especial as venosas, são fatores facilitadores ao acontecimento de um acidente laboral.

Há vários anos os profissionais de enfermagem firmam acordos coletivos entre os sindicatos representativos e as instituições de saúde reconhecendo a carga horária de 12x36 horas para estes profissionais.

Estes acordos têm sido homologados no Ministério do Trabalho, apesar de a CLT, no seu art. 58¹⁸, prever jornada de trabalho de 08 (oito) horas diárias no máximo para categoria, e que podem ser acrescidas de 02 (duas) horas extraordinárias de trabalho.

Vejamos decisão proferida pelo Tribunal Superior do Trabalho:

A Seção Especializada em Dissídios Individuais do Tribunal Superior do Trabalho isentou uma maternidade de Curitiba do pagamento de adicional de horas extras relativas às 11^a e 12^a horas trabalhadas por uma auxiliar de enfermagem que cumpria regime de 12 horas de trabalho por 36 horas de descanso.

Para a decisão, o tribunal levou em conta um acordo de compensação de jornada para a adoção do regime 12 X 36, com a participação do sindicato da categoria.

O pagamento do adicional de hora extra sobre as duas últimas horas da jornada, inicialmente negado pela Justiça do Trabalho da 9^a Região, foi concedido pela Segunda Turma do TST, ao julgar recurso de revista da auxiliar de enfermagem. A Turma considerou que a Constituição Federal

¹⁸ Art 58. A duração normal do trabalho, para empregados em qualquer atividade privada, não excederá a 8 (oito) horas diárias, desde que não seja fixado expressamente outro limite.

garante a duração da jornada normal do trabalho não superior a oito horas diárias, e a CLT permite a compensação de horários desde que não se ultrapasse o limite de dez horas diárias.

Ao interpor embargos contra a condenação, a Maternidade Curitiba argumentou que a jornada de 12 X 36 horas "é amplamente favorável" ao empregado e foi implantada por meio de acordo coletivo, cuja validade é garantida pela Constituição Federal .

O relator dos embargos, ministro Aloysio Corrêa da Veiga, acolheu a argumentação e observou que a limitação da jornada em dez horas diárias (artigo 59 , parágrafo 2º da CLT) é anterior à atual Constituição , "que deu novos contornos para o acordo de compensação de horários, sem a restrição imposta pela CLT". Para o relator, esse tipo de flexibilização tem respaldo no tratamento especial dispensado pela Constituição à organização sindical, "em que as entidades conquistaram autonomia e independência, mas, em contrapartida, ganharam maiores responsabilidades perante a categoria que representam".

Tamanho é a força do acordo que o Tribunal Superior do Trabalho negou ao auxiliar de enfermagem o pagamento de adicional de horas extras relativas a 11ª e 12ª hora trabalhada.

Tramita no Congresso Nacional o Projeto de Lei 2.295/00, que fixa a carga horária do enfermeiro de 40 para 30 horas semanais. Este Projeto tem o apoio da Frente Parlamentar em defesa dos Profissionais da Saúde.

De acordo com Maria Goretti, Presidente da Associação Brasileira de Enfermagem¹⁹, 90% dos profissionais de enfermagem são mulheres, e a redução da carga horária seria um benefício na qualidade de vida, já que muitas fazem jornadas duplas ou triplas no seu dia-a-dia.

Outra justificativa para a jornada de 30 horas é poder garantir um melhor atendimento ao paciente, aliada à possibilidade de diminuir os riscos ocupacionais inerentes à atividade profissional.

A Organização Internacional do Trabalho (OIT) recomenda a Jornada de 30 horas, argumentando a sua benesse.

O Brasil não recepcionou a Recomendação n.157 da OIT que trata do "emprego e condições de trabalho e de vida do pessoal de enfermagem", contudo, alguns pontos do mesmo são contemplados pela CLT.

¹⁹ Disponível em: <<http://www.abennacional.org.br>> Acesso em: 05 nov. 2010.

1.2 PISO SALARIAL

Uma das lutas da categoria de enfermagem é a definição de um piso salarial. Hoje na cidade de Porto Alegre, as negociações dos pisos de salariais, são feita pelo Sindicato dos Enfermeiros do Rio Grande do Sul (SERGS)²⁰ e pelo SINDSAUDE-RS²¹, para a categoria dos Técnicos e Auxiliares de enfermagem.

De acordo com esses sindicatos, a média salarial em Porto Alegre, uma das cidades mais desenvolvidas do Estado do Rio Grande do Sul, a faixa salarial de um enfermeiro não passa de R\$ 2.500,00 (dois mil e quinhentos reais); no interior do Estado chega-se à metade deste valor. A faixa salarial dos Técnicos de enfermagem fica em torno de R\$ 700,00 (setecentos reais).Esses valores acima podem ser ainda mais exíguos se o profissional trabalhar para uma empresa de enfermagem terceirizada.

Na tentativa de dar um norte a esta situação de caos, o COREN disponibiliza em seu site, já indicado, uma tabela de honorários para os procedimentos de enfermagem, dentro da sua categoria, conforme tabela disponível em seu site²².

O Boletim Sinais de Mercado de Trabalho²³, instrumento produzido trimestralmente pela Estação de Pesquisa dos Sinais de Mercado, da Universidade Federal de Minas Gerais, e indica o valor dos salários de contratação do pessoal de saúde admitido pelo sistema da CLT. Estes dados estatísticos são utilizados pela Organização Pan-Americana de Saúde²⁴, gestores governamentais, gerentes de serviços de saúde , entidades sindicais e demais lideranças da área de saúde.

²⁰ SERGS – Av .Borges de Medeiros , 308/75 – Centro- POA - sindenfrs@portoweb.com.br

²¹ Sindicato dos Profissionais de Enfermagem, Técnicos, Duchistas, Massagistas e Empregados em Hospitais e Casas de Saúde do RS – Rua João Guimarães 37, Santa Cecília - POA

²² CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. **Tabela de honorários**. Disponível em: <<http://www.portalcoren-rs.gov.br/web/honorarios.htm>>.

²³ UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. **Boletim Sinais de Mercado de Trabalho**. Disponível em: <http://www.opas.org.br/rh/areas_det.cfm?id_doc=102&id_area=4>. Acesso em: 12 out. 2010.

²⁴ A Organização Pan-Americana é um Organismo Internacional de Saúde, dedicado a melhorar as condições de saúde das Américas. Funciona como escritório Regional da Organização Mundial da Saúde.

Como consequência dos baixos salários, muitos profissionais de saúde têm buscado uma complementação salarial em um segundo emprego. Aproveitando-se da escala de serviço 12h/36 h, muitos profissionais saem de um plantão exaustivo e assumem outro, na tentativa de uma melhoria salarial;contudo, o cansaço, e o esgotamento físico e mental fazem com que as possibilidades de ocorrerem acidentes laborais aumente de forma considerável.

Além do projeto de lei que visa a reduzir a carga horária da enfermagem para 30 horas, tramita também o PL 4924/09, no qual se tenta propor a fixação de um piso salarial para a categoria.

O piso salarial do enfermeiro seria de R\$ 4.500,00 (quatro mil e quinhentos reais), cabendo aos técnicos de enfermagem 50% deste valor R\$ 2.250,00 (dois mil duzentos e cinquenta reais), e para os auxiliares 40%, R\$ 1.800,00 (mil oitocentos reais).

A justificativa do autor do projeto está prevista no art. 7º da CF/88:

Art. 7º São direitos dos trabalhadores urbanos e rurais, além de outros que visem à melhoria de sua condição social: [...]

V- piso salarial proporcional à extensão e a complexidade do trabalho;

2 MEIO AMBIENTE DO TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

Poucos são os profissionais de enfermagem que exercem atividades exclusivamente administrativas dentro do seu ambiente de trabalho; a maioria executa atividades de assistência ao paciente.

Após a Segunda Guerra, duas tendências marcantes surgem na internacionalização e multiplicação dos direitos fundamentais: a preocupação com o meio ambiente e a busca por uma melhor qualidade de vida²⁵.

Bobbio declara que dentre os direitos de terceira geração, o mais importante é o reivindicado pelos movimentos ecológicos: o direito de viver em um ambiente não poluído.²⁶

O texto constitucional garante ao povo brasileiro o direito a um meio ambiente ecologicamente equilibrado, essencial à sadia qualidade de vida. Porém o legislador pátrio não parou por aí, tutelando o meio ambiente do trabalho nos seus arts. 205 e 200, inciso VIII, CF/88

Art.205. Todos têm direito ao meio ambiente ecologicamente equilibrado, bem de uso comum do povo e essencial à sadia qualidade de vida, impondo-se ao Poder Público e à coletividade o dever de defendê-lo e preservá-lo para as presentes e futuras gerações. (caput)

Art.200. Ao sistema único de saúde compete além de outras atribuições, nos termos da lei:...

VIII- colaborar com a proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

Na legislação infraconstitucional tem-se a proteção do ambiente do trabalho, na CLT, capítulo V²⁷; Normas Regulamentadoras do Ministério do Trabalho; a Lei 8080/90²⁸; Convenções da OIT, ratificadas pelo Brasil.

²⁵ MELO, Sandro Nahmias. **Meio ambiente do trabalho**: direito fundamental. São Paulo: LTR, 2001, p. 17.

²⁶ Ibid., p. 7.

²⁷ Trata da SEGURANÇA E DA MEDICINA DO TRABALHO – seção I a XV.

²⁸ Art. 3º A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o

A ideia de proteção ao meio ambiente do trabalho tem prosperado nos dias atuais. Em alguns períodos históricos a humanidade se valia de trabalho escravo; este era visto como coisa e, portanto, era praticamente nula a preocupação com a saúde deste trabalhador e de seu ambiente de trabalho.

Alguns conceitos surgem, então, para aquilo que a doutrina chama de meio ambiente do trabalho. Vejamos dois dos muitos existentes. O primeiro e longo conceito do professor Amauri Mascaro do Nascimento:

O meio ambiente do trabalho é, exatamente, o complexo máquina-trabalho: as edificações do estabelecimento, equipamentos de proteção individual, iluminação, conforto térmico, instalações elétricas, condições de salubridade ou insalubridade, de periculosidade ou não, meios de prevenção á fadiga, outras medidas de proteção ao trabalhador, jornadas de trabalho e horas extras, intervalos, descanso, férias, movimentação, armazenagem e manuseio de materiais que formam o conjunto de condições de trabalho etc²⁹.

O meio ambiente envolve não somente o ambiente físico laboral da empresa ou indústria, engloba também as relações com o meio externo a esta.

Temos então a seguinte lição e conceito do renomado professor José Afonso da Silva:

A proteção de segurança do meio ambiente de trabalho significa proteção do meio ambiente e da saúde das populações externas aos estabelecimentos industriais, já que um meio ambiente interno poluído e inseguro expõe poluição e insegurança externa³⁰.

A importância do meio ambiente do trabalho está ligada não só ao aspecto físico do ambiente laboral, instalações, equipamentos, etc; mas ao bem-estar do trabalhador, pessoa humana. Um funcionário saudável e feliz produz mais e melhor, no entanto nem sempre foi assim.

Nos dias de hoje se busca a quarta etapa de proteção à saúde laboral, a etapa da qualidade de vida do trabalhador, iniciada em 1985. Segundo Sebastião

lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

²⁹ NASCIMENTO, Amauri Mascaro. A defesa processual do meio ambiente do trabalho. **Revista LTr**, São Paulo, v. 63, n.5, maio 1999, p. 584,

³⁰ SILVA, José Afonso da. **Direito ambiental constitucional**. São Paulo: Malheiros, 2000, p. 5.

Geraldo de Oliveira, ainda se encontra em fase de elaboração o grau de satisfação no ambiente de trabalho³¹.

Roma foi uma das primeiras civilizações a se preocuparem com as relações entre o trabalho e a enfermidade, demonstrando que esta preocupação vem de longa data.

A exposição aos fatores de risco aos quais os trabalhadores estão sujeitos já preocupava médicos como Bernardino Ramazzini³², em meados do século XVII, na Itália, ao descrever as doenças dos trabalhadores, citou as dermatites e a exaustão como doenças das parteiras. Essas doenças estavam relacionadas ao trabalho das parteiras na assistência às parturientes, ficando durante horas agachadas com as mãos estendidas. Além da postura inadequada, sofriam nas mãos os danos causados pela irritação do contato com as lóquios, secreção genital que ocorre após o parto.

A preocupação com a saúde dos trabalhadores e sua segurança remonta de muito antes de Cristo, conforme ilustra Quadro abaixo:

³¹ SILVA, José Antonio Ribeiro de Oliveira . **A saúde do trabalhador como um direito humano**. São Paulo: LTr, 2008, p 2008.

³² Bernardino Ramazzini: (1633 a 1714) foi um médico italiano precursor no uso de um derivado do quinino no tratamento de malária. Porém sua mais importante contribuição à medicina foi o trabalho sobre doenças ocupacionais chamado *De Morbis Artificum Diatriba* (Doenças do Trabalho) que relacionava os riscos à saúde ocasionados por produtos químicos, poeira, metais e outros agentes encontrados por trabalhadores em 52 ocupações. Este foi um dos trabalhos pioneiros e base da medicina ocupacional, que desempenhou um papel fundamental em seu desenvolvimento. Ele trabalhou como professor de medicina na Universidade de Pádua desde 1700 até sua morte.

EPOCA	ORIGEM	CONTRIBUIÇÃO
	Aristóteles (384-322 aC)	Cuidou do atendimento e prevenção das enfermidades dos trabalhadores em Minas
	Hipócrates (460–375 aC)	Revelou a origem das doenças profissionais que acometiam os trabalhadores nas minas de estanho.
SÉC. XIII	Avicena (908 – 1037)	Preocupou-se com o saturnismo ³³ e indicou-o como causa das cólicas provocadas pelo trabalho em pinturas que usavam tinta à base de chumbo
SÉC. XV	Ulrich Ellembog	Editou uma série de publicações em que preconizava medidas de higiene do trabalho
SÉC. XVI	Paracelso (1493 1541)	Divulgou estudos relativos às infecções dos mineiros do Tirol.
1700	Bernardino Ramazzine (1633 1714)	Divulgou sua obra clássica "De Morbis Articum Diatriba" (As Doenças dos Trabalhadores).

Quadro 1 – Saúde e segurança dos trabalhadores

Com a Revolução Industrial temos um aumento dos meios de produção, aliada às condições de trabalho indignas.

A grande concentração de pessoas nas cidades onde estavam instaladas as fábricas, fazia com que as condições das mesmas fossem inóspitas, doenças de toda sorte, habitações precárias, trabalho infantil, carga horária excessiva, contribuíam para um grande número de morte, a vida de um trabalhador era simplesmente desprezível.

A observação feita pelo mestre Sebastião Oliveira pertinente àquele momento é a seguinte:

Contando com a sorte ou o instinto de sobrevivência, cabia ao próprio trabalhador zelar pela sua defesa diante do trabalho agressivo e perigoso, porque as engrenagens aceleradas e expostas das engenhocas de então estavam acima da saúde ou da vida desprezível do operário. Segundo as concepções dessa época (o laissez-faire) os acidentes, as lesões e as

³³ Segundo a Nova Enciclopédia Médica, o saturnismo é o resultado de uma intoxicação por chumbo. Esta intoxicação pode ser provocada pelo trabalho com material de chumbo (doença profissional) ou também pelo uso prolongado de cosméticos e cremes à base deste metal.

enfermidades eram subprodutos da atividade empresarial e a prevenção jurídica do trabalhador.³⁴

2.1 ACIDENTES DO TRABALHO

Segundo Sebastião Geraldo de Oliveira, dados da OIT do ano de 1985 indicam que em cada três minutos um trabalhador perdia a vida em decorrência de acidente do trabalho ou de doença ocupacional³⁵.

Em 2003 no mundo ocorreu mais de 270 milhões de acidentes, uma média de 740 mil acidentes por dia. Deste número exorbitante, cerca de 2 milhões de pessoas morrem, prejuízo incalculável na esfera sentimental e considerável para a economia global. Uma única morte de trabalhador além de ser uma perda lastimável, representa aos cofres públicos prejuízo para nação de 20 anos ou 6.000 dias a menos de trabalho produtivo para um país.³⁶

O Brasil em 1975 deteve um recorde mundial no quesito acidentes de trabalho; conseguimos índices bem acima da economia mundial. Estes números não baixam, e o avanço neste sentido tem sido lento.

No Brasil, dados da Previdência Social³⁷ mostram que em 2007 foram registrados 653.090 acidentes e doenças do trabalho. Observem que este número, que já é alarmante, não inclui os trabalhadores autônomos (contribuintes individuais) e as empregadas domésticas.

Antes de passarmos à definição de acidente do trabalho, façamos um breve histórico sobre as leis acidentárias no Brasil.

³⁴ OLIVEIRA, Sebastião Geraldo de. **Proteção jurídica à saúde do trabalhador**. 4. ed. rev., ampl. e atual. São Paulo: LTr, 2002, p. 55-56.

³⁵ OLIVEIRA, Sebastião Geraldo de. **Indenizações por acidente do trabalho ou doença ocupacional**. São Paulo: LTr, 2005, p. 26

³⁶ MITCHEL, Oswaldo. **Acidentes do trabalho e doenças ocupacionais**. 3. ed. São Paulo: LTr, 2008, p. 52

³⁷ A Previdência social é uma garantia a proteção ao trabalhador e sua família, por meio de sistema público de política previdenciária solidária, inclusiva e sustentável, com o objetivo de promover o bem-estar social." A CF/88 trata do assunto nos artigos 201 e 202.

Com o surgimento da máquina a vapor temos a Revolução Industrial, que alavanca as atividades laborais; este é o início do drama do trabalho operário que não dispunha da menor proteção laborativa a seu favor.

O desenvolvimento técnico da máquina a vapor e seu aperfeiçoamento, foram certamente a causa do rápido processo de industrialização. Esse fato, verificado no campo da tecnologia, acarretou, desde logo, importantes consequências econômicas e profundas modificações na estrutura social³⁸.

Sem um sistema de leis protetivas e falta de regulamentação das profissões, as jornadas de trabalho exauriam os trabalhadores levando-os muitas vezes à morte.

As primeiras leis protetivas surgem na Europa, na Inglaterra; a Lei de Peel (1802), que limitava a 12 horas a jornada de trabalho dos menores, na França, em 1814 e na Alemanha as leis sociais de Bismark (1833) que criaram um sistema previdenciário de proteção à vida, saúde e integridade física ao trabalhador.³⁹

Num segundo momento na Alemanha com a constituição de Weimar, em 1919, considerada a base das democracias sociais, que disciplina a participação dos trabalhadores nas empresas, a criação de um direito unitário do trabalho, a liberdade de coalizão para a defesa e melhoria das suas condições de trabalho, o direito a um sistema de seguros sociais, o direito a colaboração dos trabalhadores com os empregadores na fixação dos salários e demais condições de trabalho e a representação dos trabalhadores na empresa⁴⁰.

Nas Américas o México foi pioneiro ao disciplinar matéria em sua constituição de 1917, no art. 123.⁴¹

³⁸ GOMES, Orlando; GOTTSCHALK, Élson. **Curso de direito do trabalho**. 16. ed. Rio de Janeiro. Forense, 2000, p. 2.

³⁹ NASCIMENTO, Amaury Mascaro. **Iniciação ao direito do trabalho**. 32. ed. São Paulo: LTr, 2006.

⁴⁰ Ibid., p. 25.

⁴¹ Artículo 123 - Toda persona tiene derecho al trabajo digno y socialmente útil; al efecto, se promoverán la creación de empleos y la organización social para el trabajo, conforme a la ley.

No Brasil existiam leis esparsas como se pode ver no Código Comercial de 1850:

Art.79 – Os acidentes imprevistos e inculcados, que impedirem aos prepostos o exercício de suas funções, não interromperão o vencimento do seu salário, contando que a inabilitação não exceda a 3 (tres) meses contínuos.

Art. 560 - Não deixará de vencer a soldada ajustada qualquer indivíduo da tripulação que adoecer durante a viagem em serviço do navio, e o curativo será por conta deste; se, porém, a doença for adquirida fora do serviço do navio, cessará o vencimento da soldada enquanto ela durar, e a despesa do curativo será por conta das soldadas vencidas; e se estas não chegarem, por seus bens ou pelas soldadas que possam vir a vencer.

Na jovem República a Lei 1313/1891, na qual se fixa a idade de 12 anos para o trabalho com jornada de trabalho limitada, e fixa a idade de 08 anos para a contratação como aprendiz. Contudo é com o Decreto-Legislativo n. 3.724, de 15 de janeiro de 1919, que se tem o marco da primeira Lei acidentária brasileira, aonde o empregador foi onerado com responsabilidade pelo pagamento das indenizações acidentárias⁴².

A segunda lei acidentária foi o Decreto n. 24.637, de 10 de julho de 1934, ampliando o conceito de acidente para abranger doenças profissionais atípicas e estabeleceu a obrigação do seguro privado ou depósito em dinheiro junto ao Banco do Brasil ou Caixa Econômica Federal para garantia do pagamento das indenizações, sendo que o depósito variava conforme o número de empregados⁴³.

O Decreto- Lei 7.036, de 10 de novembro de 1944, é a terceira lei acidentária e também promoveu o conceito de acidente do trabalho, incorporando as concausas⁴⁴ e acidente *in itinere*⁴⁵, obrigação do empregador em proporcionar segurança e higiene no trabalho e prevendo a obrigação do empregado em obedecer às normas de segurança.

⁴² OLIVEIRA, 2005, p. 31.

⁴³ Ibid., p. 31

⁴⁴ “ação ,omissão ou fato que concorre com uma conduta humana para a prática da infração penal”.

⁴⁵ Definido pela Súmula 90, I. “o tempo dispendido pelo empregado, em condução fornecida pelo empregador, até o local de trabalho de difícil acesso, ou não servido por transporte público regular, e para se retorno é computável na jornada de trabalho”

Com duração de seis meses e baixada por força do Ato institucional nº 05, o Decreto Lei n. 293, de 28 de fevereiro de 1967, atribuiu ao seguro acidente um caráter privado, permitindo ao Instituto Nacional da Previdência Social (INPS)⁴⁶ operar em concorrência com as Sociedades Seguradoras, sendo esta a quarta lei acidentária no Brasil.

Ainda em 1967, em 19 de outubro, foi promulgada a quinta lei acidentária, a Lei 5.316, que restaurava dispositivos do Decreto - Lei n. 7.036. Essa lei transfere ao INPS o monopólio do seguro de acidente do trabalho e criou planos específicos de benefícios previdenciários acidentários.⁴⁷

Melhorando o conceito de acidente do trabalho e das concausas, surge então a sexta lei acidentária, Lei n. 6.357, de 19 de outubro de 1976.

Em harmonia com a Constituição Cidadã⁴⁸, de 1988, surge a sétima e atual lei acidentária, a Lei 8.213⁴⁹, de 24 de julho de 1991. Os aspectos centrais do acidente do trabalho estão disciplinados nos arts. 19 a 23, esta lei é regulamentada pelo Decreto n. 3.048, de 06 de maio de 1999.

Vejamos então o conceito de acidente de trabalho e doenças ocupacionais, em conformidade com o caput do art. 19 da Lei 8.213/91⁵⁰.

Oswald Mitchel faz a seguinte observação: consideram-se acidente de trabalho as seguintes entidades:⁵¹

- A doença profissional: assim entendida a produzida ou desencadeada pelo exercício do trabalho peculiar a determinada atividade constante do Anexo II do Decreto n. 3048/99.

⁴⁶ O Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) do Brasil foi criado no ano de 1966, originando-se da fusão de todos os Institutos de Aposentadoria e Pensões existentes à época.

⁴⁷ Oliveira, 2005, p. 32

⁴⁸ Foi batizada como Constituição Cidadã, pelo saudoso constituinte Deputado Ulisses Guimarães, para ressaltar a conquista dos direitos sociais e individuais garantidos no "novo Contrato Social".

⁴⁹ Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências.

⁵⁰ Art. 19. Acidente do trabalho é o que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa ou pelo exercício do trabalho dos segurados referidos no inciso VII do art. 11 desta Lei, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte ou a perda ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho.

⁵¹ MITCHEL, 2008, p. 29.

- Doença do trabalho é aquela adquirida ou desencadeada em função de condições especiais em que o trabalho é realizado e com ele se relaciona diretamente, de acordo com o Anexo acima citado.

Exceção a esta regra nos ensina Oswaldo Michel em sua obra:

Em caso excepcional, constatando-se que a doença não incluída em doença profissional e doença do trabalho resultou de condições especiais em que o trabalho é executado e com ele se relaciona diretamente, a Previdência Social deve considerá-la acidente de trabalho.⁵²

Em complementação ao artigo precedente, o art. 20, da Lei 8.213/91, considera como acidente do trabalho:

Art. 20. Consideram-se acidente do trabalho, nos termos do artigo anterior, as seguintes entidades mórbidas:

I - doença profissional, assim entendida a produzida ou desencadeada pelo exercício do trabalho peculiar a determinada atividade e constante da respectiva relação elaborada pelo Ministério do Trabalho e da Previdência Social;

II - doença do trabalho, assim entendida a adquirida ou desencadeada em função de condições especiais em que o trabalho é realizado e com ele se relaciona diretamente, constante da relação mencionada no inciso I.

§ 1º Não são consideradas como doença do trabalho:

- a) a doença degenerativa;
- b) a inerente a grupo etário;
- c) a que não produza incapacidade laborativa;
- d) a doença endêmica adquirida por segurado habitante de região em que ela se desenvolva, salvo comprovação de que é resultante de exposição ou contato direto determinado pela natureza do trabalho.

§ 2º Em caso excepcional, constatando-se que a doença não incluída na relação prevista nos incisos I e II deste artigo resultou das condições especiais em que o trabalho é executado e com ele se relaciona diretamente, a Previdência Social deve considerá-la acidente do trabalho.

Ainda há que se destacar no art. 21 da Lei supra os equiparativos aos acidentes de trabalho:

Art. 21. Equiparam-se também ao acidente do trabalho, para efeitos desta Lei:

I - o acidente ligado ao trabalho que, embora não tenha sido a causa única, haja contribuído diretamente para a morte do segurado, para redução ou perda da sua capacidade para o trabalho, ou produzido lesão que exija atenção médica para a sua recuperação;

II - o acidente sofrido pelo segurado no local e no horário do trabalho, em conseqüência de:

- a) ato de agressão, sabotagem ou terrorismo praticado por terceiro ou companheiro de trabalho;
- b) ofensa física intencional, inclusive de terceiro, por motivo de disputa relacionada ao trabalho;

⁵² MITCHEL, 2008, p. 30.

c) ato de imprudência, de negligência ou de imperícia de terceiro ou de companheiro de trabalho;

d) ato de pessoa privada do uso da razão;

e) desabamento, inundação, incêndio e outros casos fortuitos ou decorrentes de força maior;

III - a doença proveniente de contaminação acidental do empregado no exercício de sua atividade;

IV - o acidente sofrido pelo segurado ainda que fora do local e horário de trabalho:

a) na execução de ordem ou na realização de serviço sob a autoridade da empresa;

b) na prestação espontânea de qualquer serviço à empresa para lhe evitar prejuízo ou proporcionar proveito;

c) em viagem a serviço da empresa, inclusive para estudo quando financiada por esta dentro de seus planos para melhor capacitação da mão-de-obra, independentemente do meio de locomoção utilizado, inclusive veículo de propriedade do segurado;

d) no percurso da residência para o local de trabalho ou deste para aquela, qualquer que seja o meio de locomoção, inclusive veículo de propriedade do segurado.

§ 1º Nos períodos destinados a refeição ou descanso, ou por ocasião da satisfação de outras necessidades fisiológicas, no local do trabalho ou durante este, o empregado é considerado no exercício do trabalho.

§ 2º Não é considerada agravação ou complicação de acidente do trabalho a lesão que, resultante de acidente de outra origem, se associe ou se superponha às conseqüências do anterior

A exposição diária ao ambiente laboral hospitalar faz com que profissionais de enfermagem tenham uma maior probabilidade de estarem expostos aos riscos ocupacionais vindo a acidentarem-se, bem como desenvolver uma grande gama de doenças laborais.

Os cursos de formação dos profissionais de enfermagem quer em nível de graduação ou técnico são bastante incipientes no que diz respeito ao assunto prevenção de acidente laboral e possibilidades de adquirir doenças ocupacionais. Conforme se pode notar nas ementas em anexo, tais assuntos ou não são abordados e se são é de forma genérica.

O reflexo da falta destas informações pode vir a implicar na possibilidade de riscos ocupacionais, para si ou para o paciente.

Um exemplo simples é o fato de que um grande número de profissionais da enfermagem, sequer tem a ideia que um torpedo de oxigênio se mal manipulado pode vir a se tornar uma poderosa bomba.

O oxigênio em contato com óleo ou graxa gera combustão espontânea, e o cilindro explode. O raio de ação da explosão é de no mínimo 50 (cinquenta) metros⁵³.

Outro exemplo é o desconhecimento pleno do perigo na manipulação indevida de citostáticos⁵⁴ pela equipe de enfermagem.

Muitos hospitais se valiam dos profissionais de enfermagem, na falta de farmacêuticos, para que preparassem os citostáticos a serem ministrados. Diante dos riscos proporcionados por estas drogas e a falta de habilitação técnica para esta manipulação, o COFEn baixou a resolução 210/1998, em conjunto com o CFF⁵⁵ 288/1996, determinando competência do farmacêutico no preparo dessas drogas.

A Associação Gaúcha dos Auditores do Trabalho (AGITRA) fez uma análise dos diversos acidentes do trabalho fatais no Rio Grande do Sul e constatou que entre 2001 e 2007 ocorreram 300.014 acidentes registrados, fora aqueles de trabalhadores informais que não foram sequer notificados⁵⁶.

Foram analisados 396 relatórios de acidentes elaborados pelos Auditores-Fiscais do trabalho da Seção de Segurança do Trabalho no Rio Grande do Sul (SEGUR/RS) no período compreendido entre 2001 e 2007.

Dos acidentes do trabalho relatados acima se referem a:

- 187 dos acidentes com vítimas, acarretaram 195 óbitos, já que em alguns acidentes morreram mais de um trabalhador;
- 185 acidentes exclusivamente com feridos, gerando 221 feridos, pelo mesmo motivo exposto acima;

⁵³ Disponível em: <<http://prefort.com.br/oxicot.htm>>. Acesso em: 06 nov. 2010.

⁵⁴ Os medicamentos citostáticos são os medicamentos empregados principalmente como antineoplásico (anticancerosos). Também se lhes conhece como citotóxicos ou quimioterápicos.

⁵⁵ Conselho Federal de Farmácia.

⁵⁶ BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Superintendência Regional do Trabalho e Emprego do Rio Grande do Sul. **Análise de acidentes do trabalho fatais no Rio Grande do Sul**. Porto Alegre, 2008, p. 17-27

- 23 acidentes com vítimas e feridos, dos quais 28 vieram a óbito e 47 não.
- 01 acidente sem vítima, mas foi incluído pelo potencial de morte do acidentado.

A tabela abaixo evidencia as estatísticas de acidentes do Trabalho no Estado do Rio Grande do Sul nos anos de 2001 a 2007:

Tabela 1: Ocorrências de acidentes do trabalho no estado do Rio Grande do Sul.

Ano	Trabalhadores	Acidentes do trabalho registrados				Acidentes p/100.000 trabalhadores	Óbitos	Óbitos p/ 100.000 trabalhadores	Óbitos p/ 10.000 acidentados
		Tipico	Trajeto	Doença	Total				
2001	1.982.425	30.190	3.108	1.994	35.292	1.780	163	8	46
2002	2.027.416	33.747	3.466	2.421	39.634	1.955	151	7	38
2003	2.079.813	33.817	3.881	2.437	40.135	1.930	126	6	31
2004	2.193.332	36.636	4.660	2.901	44.197	2.015	153	7	35
2005	2.235.473	36.942	4.690	2.716	44.348	1.984	128	6	29
2006	2.618.369	36.257	5.232	2.309	43.798	1.887	125	5	29
2007 ¹	2.618.369 ²	33.142	5.338	1.701	52.610 ³	2.009	151	6	38

Fonte: Previdência Social (2007).

Inúmeros destes acidentes e doenças tiveram como consequência o afastamento das atividades laborais de milhares de trabalhadores, levando-os a praticar o absenteísmo⁵⁷ pela ausência temporária ou definitiva com a sua incapacitação ou morte.

Ao ter um trabalhador acidentado, a empresa tem a responsabilidade de informar à Previdência Social o acidente laboral no 1ª dia útil seguinte ao da ocorrência do mesmo.

A comunicação deve ser feita utilizando-se o Cadastro da Comunicação de Acidente do Trabalho⁵⁸ – CAT (ANEXO), tendo em vista que a Lei nº 8.213/91 determina no caput do seu artigo 22 que todo acidente do trabalho ou doença

⁵⁷ Entende-se por absenteísmo como a falta do empregado ao trabalho, isto é, a soma dos períodos em que os empregados de uma determinada organização se encontram ausentes do trabalho, não sendo a ausência motivada por desemprego, doença prolongada e licença legal

⁵⁸ A Comunicação de Acidente do Trabalho – CAT- foi prevista inicialmente na Lei nº 5.316/67, com todas as alterações ocorridas posteriormente até a Lei nº 9.032/95, regulamentada pelo Decreto nº 2.172/97.

profissional deverá ser comunicado pela empresa ao INSS, sob pena de multa em caso de omissão.

Art. 22. A empresa deverá comunicar o acidente do trabalho à Previdência Social até o 1º (primeiro) dia útil seguinte ao da ocorrência e, em caso de morte, de imediato, à autoridade competente, sob pena de multa variável entre o limite mínimo e o limite máximo do salário-de-contribuição, sucessivamente aumentada nas reincidências, aplicada e cobrada pela Previdência Social.

Os acidentes de trabalho também deverão ser anotados na carteira de trabalho com o intuito de servir de prova para fins de cálculo trabalhista na indenização por acidente ou moléstia profissional, conforme preceito das Consolidações das Leis do Trabalho (CLT)⁵⁹, em seus artigos 30 e 40:

Art. 30 - Os acidentes do trabalho serão obrigatoriamente anotados pelo Instituto Nacional de Previdência Social na carteira do acidentado. (Redação dada pelo Decreto-lei nº 926, de 10.10.1969)

Art. 40 - As Carteiras de Trabalho e Previdência Sociais regularmente emitidas e anotadas servirão de prova nos atos em que sejam exigidas carteiras de identidade e especialmente: (Redação dada pelo Decreto-lei nº 229, de 28.2.1967)

III - Para cálculo de indenização por acidente do trabalho ou moléstia profissional. (Redação dada pelo Decreto-lei nº 229, de 28.2.1967)

O acidente de trabalho deverá ser caracterizado de duas formas distintas: administrativamente, através do setor de benefício do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) que estabelecerá o nexo entre o trabalho exercido e o acidente e, tecnicamente, através de perícia do INSS, para estabelecer o nexo de causa e efeito entre ao acidente e a lesão; a doença e o trabalho; a causa mortis e o acidente⁶⁰.

Através de um seguro social a Previdência Social no Brasil concede ao trabalhador os seguintes benefícios: auxílio-doença e auxílio acidente⁶¹. Ao dependente do segurado, pensão por morte.

⁵⁹ Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) – DEL 5.452 de 1º de maio de 1943.

⁶⁰ MITCHEL, PG 32

⁶¹ Benefício pago ao trabalhador que sofre um acidente e fica com seqüelas que reduzem sua capacidade de trabalho. É concedido para segurados que recebiam auxílio-doença. Site : visitado em 01/11/10 as 18:00hs <http://www.previdenciasocial.gov.br/conteudoDinamico.php?id=20>

2.2 ACIDENTES BIOLÓGICOS

O Decreto - Lei 3.048, de 06 de maio de 1999, traz, no seu anexo II, a relação de agentes patógenos biológicos que podem causar doenças em profissionais que trabalha em Hospital; laboratórios e outros ambientes envolvidos no tratamento de doenças transmissíveis.

XXV - MICROORGANISMOS E PARASITAS INFECCIOSOS VIVOS E SEUS PRODUTOS TÓXICOS

1. Mycobacterium; vírus hospedados por artrópodes; coccidióides; fungos; histoplasma; leptospira; rickettsia; bacilo (carbúnculo, tétano); ancilóstomo; tripanossoma; pasteurella.
2. Ancilóstomo; histoplasma; coccidióides; leptospira; bacilo; sepse.
3. Mycobacterium; brucellas; estreptococo (erisipela); fungo; rickettsia; pasteurella.
4. Fungos; bactérias; mixovírus (doença de Newcastle).
5. Bacilo (carbúnculo) e pasteurella.
6. Bactérias; mycobacteria; brucella; fungos; leptospira; vírus; mixovírus; rickettsia; pasteurella.
7. Mycobacteria, vírus; outros organismos responsáveis por doenças transmissíveis.
8. Fungos (micose cutânea).

A Norma Regulamentadora (NR32)⁶² estabelece diretrizes básicas para implementação de medidas de proteção e segurança à saúde dos profissionais de saúde e daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral conforme anexo.

A Portaria N.º3.214, de 08 de junho de 1978, aprova as Normas reguladoras relativas à segurança do trabalho.

A NR32, em seu Anexo D, classifica os agentes biológicos por classes de risco, a saber:

Classe de risco 1: baixo risco individual para o trabalhador e para a coletividade, com baixa probabilidade de causar doença ao ser humano.

Classe de risco 2: risco individual moderado para o trabalhador e com baixa probabilidade de disseminação para a coletividade. Podem causar doenças

⁶² Criada pela Portaria nº 37 de 06 de dezembro de 2002, da Secretaria de Inspeção do Trabalho e Diretor do Departamento de Segurança e Saúde no Trabalho.

ao ser humano, para as quais existem meios eficazes de profilaxia ou tratamento.

Classe de risco 3: risco individual elevado para o trabalhador e com probabilidade de disseminação para a coletividade. Podem causar doenças e infecções graves ao ser humano, para as quais nem sempre existem meios eficazes de profilaxia ou tratamento.

Classe de risco 4: risco individual elevado para o trabalhador e com probabilidade elevada de disseminação para a coletividade. Apresenta grande poder de transmissibilidade de um indivíduo a outro. Podem causar doenças graves ao ser humano, para as quais não existem meios eficazes de profilaxia ou tratamento.

A preocupação com os riscos biológicos surgem a partir da epidemia de HIV/AIDS nos anos 80, quando o (*Centers for Disease Control and Prevention*) (CDC) introduziu as "Precauções Universais", atualmente denominadas "Precauções Padrão", enfatizando a necessidade do profissional de enfermagem em usar luvas no contato com fluido corporal⁶³.

A OIT está preocupada com a quantidade de trabalhadores infectados pelo vírus do HIV, e as estatísticas são alarmantes, tentando coibir estes números desenvolve programas de conscientização junto a governos, empregadores e trabalhadores⁶⁴.

Segundo a pesquisa da OIT "El VIH/SIDA y el mundo del trabajo: estimaciones a nivel mundial, impacto y medidas adoptadas", de 2004, que no ano de 2015 o mundo terá em torno de 74 milhões de trabalhadores infectados no mundo, um pouco menos que a população da Alemanha. O Programa da OIT sobre HIV/Aids e o Mundo do Trabalho (ILO/Aids) está implementando uma estratégia global que contribua para conter a epidemia, por meio da conscientização e mobilização dos governos, organizações de empregadores e de trabalhadores e da integração do local de trabalho nos Planos Nacionais de HIV/Aids.

No dia 13 de maio de 2008, o Presidente Luis Inácio Lula da Silva assinou a Portaria Interministerial nº 152, de 13 de maio de 2008, que institui a Comissão Tripartite de Saúde e Segurança no Trabalho, composta de seis representantes do governo que farão parte da comissão, sendo dois do Ministério do Trabalho, dois da

⁶³ RISCOS ocupacionais entre trabalhadores de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 38, n. 4, dez. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342004000400006&script=sci_arttext&tlng=em>. Acesso em: 10 nov. 2010.

⁶⁴ ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. [Trabalhadores infectados pelo HIV] Disponível em: <http://www.oitbrasil.org.br/prgatv/prg_esp/hiv_aids.php> Acesso em: 13 nov. 2010.

Previdência Social e dois da Saúde; além de seis representantes dos empregadores e seis dos trabalhadores.

Esse foi o primeiro passo para avaliar e propor medidas para implementação, no País, da Convenção 187 da Organização Internacional do Trabalho (OIT), que trata da estrutura de promoção da segurança e saúde no trabalho, o Japão, seguido de Coreia do Sul já ratificaram⁶⁵.

A INBRAVISA⁶⁶ (Instituto Brasileiro de Auditoria em Vigilância Sanitária) elaborou as Precauções Padrão com o intuito de descrever os cuidados e os procedimentos necessários quando da ocorrência de acidentes envolvendo exposição a material biológico. Essas medidas contribuem para evitar a disseminação do vírus HIV e os da hepatite B e C no ambiente de trabalho.

O hospital é um local de trabalho complexo, que além de prover cuidados básicos de saúde, mantém atendimento de pequena a alta complexidade a um grande número de pessoas. Assim, o “ambiente hospitalar envolve a exposição dos profissionais de saúde e demais trabalhadores a uma diversidade de riscos, inclusive os biológicos.”⁶⁷

As estimativas dos acidentes de trabalho com material biológico em alguns países revelam a ocorrência de mais de 1.000 acidentes/dia.⁶⁸

O risco biológico é o mais frequente entre as exposições acidentais dos profissionais de enfermagem e, dentro desse grupo, as inoculações acidentais são as que despertam maior preocupação.

A exposição acidental inclui não só as inoculações parenterais⁶⁹ como também o contato com as mucosas e pele não íntegra com sangue, tecidos e outros

⁶⁵ ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. **Convenção 187**. Disponível em: <<http://www.normaslegais.com.br/trab/8trabalhista270508.htm>> Acesso em: 13 nov. 2010.

⁶⁶ INSTITUTO BRASILEIRO DE AUDITORIA EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA: site. Disponível em: <http://www.inbravisa.com.br/adeq_sanit.html>. Acesso em: 10 nov. 2010.

⁶⁷ CURSO de direito do trabalho 17. ed. atual. por Jose Augusto Rodrigues Pinto, Otávio Augusto Reis de Sousa. Rio de Janeiro: Forense, 2005, p. 1-4.

⁶⁸ Disponível em: <<http://www.riscobiologico.org/>>. Acesso em: 02 nov. 2010.

⁶⁹ Que se faz por outra via que não a digestiva (boca, reto, falando-se da ministração de um medicamento).

fluidos corpóreos potencialmente contaminados e pele íntegra quando o contato for prolongado.

A Coordenação de Doenças Transmissíveis/ Gerencia de DST (Doença Sexualmente Transmissível) / AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrome) ou SIDA (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) recebe atualmente em média 230 notificações por mês; são aproximadamente 07 acidentes biológicos por dia, tendo como consequência o contágio por material biológico.

Os acidentes de trabalho com material biológico representam um importante problema de saúde pública.

Entre os principais riscos envolvidos nos serviços de saúde, destacam-se os patógenos de transmissão sanguínea - o HIV - os vírus das hepatites B e C e as transmissões aéreas (tuberculose, varicela-zóster e sarampo).

Mesmo sendo baixos os riscos de infecção, em torno de 0,3% a 0,09%, após a exposição monocutânea, e o índice de quimioprofilaxia ser bem sucedida ser na faixa de 81% dos casos, é um risco considerável⁷⁰.

Os acidentes de trabalho com material biológico, como sangue e fluidos potencialmente contaminados devem ser considerados como caso de emergência médica, não urgência⁷¹, uma vez que para se obter maior eficácia no tratamento, as medidas profiláticas contra HIV e Hepatite devem começar imediatamente⁷².

A notificação do acidente com material biológico deve ser feita utilizando-se a Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) através de formulário próprio.

⁷⁰ RIO DE JANEIRO. Secretaria de Saúde: site. Disponível em: <<http://www.saude.rio.rj.gov.br/>> Acesso em: 10 nov. 2010.

⁷¹ **Atendimento de emergência:** São os que implicam em risco imediato de morte, causadores de lesões irreparáveis para o paciente, constatado em declaração do médico assistente; **Atendimento de urgência:** São os resultantes de acidentes pessoais decorrentes de fatores externos que causam lesão física não decorrente de problema de saúde e as complicações no processogestacional. Disponível em: <http://www.unimed.com.br/pct/index.jsp?cd_canal=54440&cd_secao=54436>. Acesso em: 10 nov. 2010.

⁷² Disponível em: <http://www.riscobiologico.org/pagina_basica.asp?id_pagina=127>. Acesso em: 10 nov2010.

2.3 ACIDENTES COM PERFUROCORTANTE OU PERFUROINCISIVOS

A ação perfurocortante ocorre pelo mecanismo de pressão, o instrumento irá penetrar o corpo, perfurando e cortando, pois são providos de ponta ou gume⁷³.

São várias as circunstâncias que propiciam condições para a ocorrência de acidentes com perfurocortante na área da saúde, o que vai repercutir tanto na saúde do trabalhador quanto em prejuízos para a empresa⁷⁴.

O grande número de manipulações dos profissionais de enfermagem com agulhas, cateteres intravenosos, lâminas e outros materiais utilizados na execução dos procedimentos técnicos de assistência ao paciente propiciam condições para o acidente com perfurocortante.

Segundo a Resolução nº 5/93 do CONAMA (Conselho Nacional do Meio Ambiente), perfurocortantes são seringas, agulhas, escalpes, ampolas, vidros de um modo em geral ou, qualquer material pontiagudo ou que contenham fios de corte capazes de causar perfurações ou cortes⁷⁵.

Assim como o acidente com material biológico, o grande perigo do acidente com perfurocortante é o contágio do vírus HIV e Hepatite B (HBV) e Hepatite C (HCV).

O índice de contaminação para a Hepatite B chega a ser superior a 30% de possibilidade de contágio, caso o paciente fonte seja positivo.

No caso da Hepatite C, o risco médio de aquisição é de 1,8% após a exposição com perfurocortante contaminado.

⁷³ Disponível em: <<http://www.marski.org/downloads/altamontanha/Manual-de-APH02.pdf>>. Acesso em: 13 nov. 2010.

⁷⁴ ACIDENTES de trabalho com perfurocortante envolvendo a equipe de enfermagem de um hospital de ensino. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/gentequefazsaude/bvsde/bvsacd/cd49/equipe.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2010.

⁷⁵ CONSELHO NACIONAL DO MEIO AMBIENTE. **Resolução nº 5/93**. Disponível em: <<http://www.mma.gov.br/port/conama/legiabre.cfm?codlegi=130>>. Acesso em: 12 out. 2010.

Dentre as medidas preventivas tomadas pela equipe de enfermagem, incluí-se a vacinação regular contra Hepatite.

Todo acidente, quer biológico ou perfurocortante, tem que ser notificado o mais rápido possível à Comissão de Controle e Infecção Hospitalar (CCIH)⁷⁶ e Comissão Interna de prevenção de acidentes (CIPA)⁷⁷, conforme previsão do art. 163 da CLT.

Art. 163 – Será obrigatória a constituição de Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA), de conformidade com instruções expedidas pelo Ministério do Trabalho, nos estabelecimentos ou locais de obra nelas especificadas.

Parágrafo único – o Ministério do Trabalho regulamentará as atribuições, a composição e o funcionamento das CIPA(s).

A título de curiosidade, a primeira CCIH do Brasil foi criada em 1963 no Hospital Ernesto Dornelles, em Porto Alegre, sob a orientação do Dr. Newton Neves, um sanitarista, que focou a ação no controle das doenças transmissíveis.

⁷⁶ Comissão de controle de Infecção Hospitalar

⁷⁷ Criada pelo Decreto-lei 7.036 de 10 novembro de 1944. MELO, 2001, p. 100.

3 PREVENÇÃO DOS ACIDENTES COM PESSOAL DE ENFERMAGEM

Em geral as causas de acidentes são relacionadas a fatores como condições inseguras no ambiente laboral; atos e atitudes praticados pelo elemento humano e eventos considerados como catástóficos, tais como furacões, inundações, etc.

Segundo Oswald Michel, “acidentes não surgem por acaso e são na maioria das vezes causados, portanto, passíveis de prevenção”.⁷⁸

Para fins de prevenção de acidente levamos em conta alguns fatores tais como o agente da lesão; a condição insegura; o acidente-tipo; o ato inseguro e o fator pessoal inseguro. Vejamos, pois a definição de cada um destes fatores:

- Agente da Lesão é aquilo que em contato com a pessoa irá determinar a lesão.

- Condição insegura é aquela que põe em risco o trabalhador, tais com falhas técnicas ou falta de dispositivos de segurança. Não há que se confundir condição insegura com os perigos inerentes a certas atividades laborais.

- O ato inseguro é a maneira como o trabalhador se expõe aos riscos de acidente, quer de forma consciente, quer inconsciente.

- O termo acidente-tipo serve para definir como se dá o contato entre o agente lesivo e a pessoa, e este contato pode se dar de forma violenta ou não.

As inoculações acidentais dos profissionais da área de saúde acidentados principalmente por agulhas gera grande preocupação já que atinge profissionais de saúde, pessoal de lavanderia e higienização de maneira geral . Preocupada com o assunto, em 1991, nos Estados Unidos, Janine Jagger, epidemiologista da Universidade da Virgínia, passou a se dedicar ao monitoramento de acidentes

⁷⁸ MITCHEL, 2008, p. 52.

percutâneos, criando o projeto EPINET (Exposure Prevention Information Network)⁷⁹.

O assunto é levado tão a sério nos EUA, que o então presidente Clinton assinou, em 06 de novembro de 2000, a Lei sobre Segurança e Prevenção com Agulha – HR 5178⁸⁰ – legislação que tem como objetivo prevenir 8 milhões de profissionais de saúde. E o Brasil? Aqui, os estudos existentes são realizados de forma individualizada, em serviços universitários, ou outros serviços de saúde.

Em conformidade com a Lei sobre Segurança das agulhas, os Centros para Prevenção e Controle das Doenças dos Estados Unidos estimaram que a seleção de dispositivos médicos mais seguros poderia evitar de 62 a 88 por cento dos ferimentos com instrumentos de perfurocortantes nas instituições de saúde daquele país.

No Brasil a Lei 9.273, de 03 de maio de 1996, sancionada pelo então presidente da República Fernando Henrique Cardoso, obrigou a inclusão de dispositivos de segurança em seringas descartáveis fabricadas e comercializadas no Brasil⁸¹.

Em igual direção o Ministério do Trabalho editou a portaria nº 939, publicada em 19 de novembro de 2008, estabelecendo prazo de dois anos a contar da publicação da mesma, para as empresas que comercializam ou produzam perfurocortantes se adequarem criando dispositivos de segurança na fabricação de seus produtos.

Agora no dia 19 de novembro de 2010 vence esse prazo, empresas e estabelecimento estão correndo contra o tempo para se adequarem à portaria.

⁷⁹ HENDRIKX, Hendrika Maria. **O poder da informação de**. Disponível em: <http://www.anent.org.br/boletim/janeiro_marco_03/bo_interno_internet.pdf>

⁸⁰ LEI sobre Segurança e Prevenção com Agulha – HR 5178. Disponível em: <http://www.axelbio.com/Needle_Safety_Prevention_Act.pdf?p_table=STANDARDS&p_id=10051> Acesso em: 12 out. 2010.

⁸¹ Art. 1º É obrigatória a inclusão de dispositivo de segurança que impeça a reutilização das seringas descartáveis fabricadas no País ou que venham a ser comercializadas no mercado nacional.

Empresas como a BD (Becton, Dickson company) e a accuk check da Roche já desenvolvem dispositivos que diminuem a probabilidade de lesões com perfurocortantes contaminados como a seringa que retrai a agulha para o interior da haste, em procedimentos como teste Hemoglicoteste (HGT)⁸² a lanceta para furar o paciente possui ponta retrátil, o que dificulta o profissional de saúde vir a se picar com a mesma, fotos em anexo

O Ministério Trabalho, através da Nr 32, estabeleceu as diretrizes básicas para a implementação “**de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde**”, bem como daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral.

As diretrizes para o risco com materiais biológicos fazem menção à classificação dos agentes biológicos; a implantação do Programa de Prevenção de Risco Ambiental (PPRA), prevista na NR 9; a implantação do Programa de Controle Médico de Saúde Operacional (PCMSO), prevista na NR 7 e art. 168 da CLT, respaldada na Convenção 161 da OIT.

Todas as medidas protetivas que dizem respeito ao meio ambiente de trabalho dos profissionais de saúde devem ser adotadas a partir de avaliação do PPRA, e todas as medidas que envolver o trabalhador acidentado são de responsabilidade do PCMSO.

Como visto em momento anterior, a norma que prevê adaptação das empresas fornecedoras de material perfurocortantes é a portaria GM nº 939; a proibição do reencape e desconexão manual de agulhas pelos profissionais de saúde; o descarte do perfurocortante usado pelo próprio trabalhador, dentre outras medidas.

Dentre as medidas preventivas a serem asseguradas pelo empregador a imunização a título gratuito é uma das mais importantes.

⁸² Teste feito para medir a quantidade de glicose existente no sangue.

O profissional de saúde deve resguardar-se quanto aos acidentes laborais, e para isso o uso de Equipamento de proteção individual (EPI) é imprescindível. A NR 32 determina que os mesmos, sendo descartáveis ou não, deverão estar à disposição em número suficiente nos postos de trabalho, de forma que seja garantido o imediato fornecimento ou reposição.

A Norma Reguladora nº 06⁸³ define Equipamento de Proteção Individual -EPI - todo dispositivo ou produto, de uso individual utilizado pelo trabalhador, destinado à proteção de riscos suscetíveis de ameaçar a segurança e a saúde no trabalho.

O controle quanto à qualidade do EPI é levado muito a sério, o fez com que o Ministério do Trabalho, através do seu Departamento de Segurança e Saúde do Trabalho editasse a portaria nº 125 de 12 de novembro de 2009, para suspender e cancelar os certificados de aprovação e/ou tomar medidas administrativas cabíveis.

O uso do EPI é imprescindível para segurança e proteção à saúde do profissional de enfermagem, todavia a maior prevenção vem de um fator intrínseco ao trabalhador que é a sua atenção, e cuidado, tendo em vista que quase a totalidade dos acidentes que acometem os profissionais de saúde é ocasionada pelo próprio profissional sem intervenção de terceiro.

A NR 32 veio para garantir a saúde e o ambiente de trabalho laboral, contudo, resguarda o empregador que cumpre as suas orientações.

Todos os cursos de capacitação profissional fornecidos pelo empregador devem ser registrados fazendo prova para si do cumprimento da norma. Também se deve registrar a entrega do EPI, e certificar-se de que todas as orientações quanto ao seu uso e emprego foram administradas.

Um trabalhador saudável, convivendo num ambiente laboral de qualidade, usando os melhores equipamentos, treinado e qualificado, sem dúvida irá produzir mais, e melhor.

⁸³ Aprovada pela Portaria nº 25/2001, Ministério do Trabalho –Secretaria de Inspeção do Trabalho – Departamento de Segurança e Saúde no Trabalho

Os hospitais do Rio Grande do Sul em sua grande maioria já estão adequados a esta nova visão. O que é bom para o paciente, para empresa e para o Estado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Inegável é a responsabilidade que o profissional de enfermagem enfrenta no seu trabalho do dia a dia. Tratar de um paciente requer atenção, dedicação e uma entrega quase sacerdotal.

Apesar da relevância do serviço de enfermagem junto à saúde do povo brasileiro, a realidade do profissional de enfermagem no Brasil não é muito diferente da de outros profissionais.

Baixos salários, condições precárias no ambiente hospitalar, falta de perspectivas de um plano de cargo e salários, motivam o profissional da enfermagem a ir a procura de um segundo emprego, não são poucos os profissionais que tem uma jornada dupla de trabalho.

A passo de tartaruga tramita a dez anos no congresso nacional o Projeto de Lei 2.295/00, que fixa a carga horária do enfermeiro de 40 para 30 horas semanais e a onze anos o Projeto de Lei 4.924/09, no qual se tenta propor a fixação de um piso salarial para a categoria.

Cansaço, repetição de tarefas, ambiente com alto risco laboral são ingredientes perfeitos para a ocorrência do acidente do trabalho. Administração de medicação, troca de fraldas, contato com pacientes isolados, procedimentos invasivos, tudo isso corrobora para o acidente laboral.

O Brasil dispõe de inúmeras leis protetivas ao trabalhador brasileiro, quer na esfera constitucional e infraconstitucional. Na esfera acidentária a Lei 8.213, que sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social, e em seu art. 19 define acidente do trabalho e doenças ocupacionais.

Com tantas medicações, diluições e aplicações os acidentes com perfurocortantes estão dentre os principais que afetam os profissionais de

enfermagem, fato que preocupa tanto às autoridades que políticas públicas estão sendo tomadas medidas efetivas para dirimir esta situação.

Uma grande vitória para a categoria foi a edição da Portaria nº 939/2008, estabelecendo prazo de dois anos, para as empresas que comercializam ou produzam perfurocortantes se adequem criando dispositivos de segurança na fabricação de seus produtos, prazo que vence em 19 de novembro de 2010.

Destaque também a possibilidade dos acidentes biológicos já que as estimativas dos acidentes de trabalho com material biológico em alguns países revelam a ocorrência de mais de 1.000 acidentes/ dia.

Desde o início dos anos 80 a preocupação com acidentes que envolvam sangue, secreções e fluidos corporais se tornou imanente pelo risco do contágio do vírus HIV.

Preocupação que tem feito a OIT desenvolver programas de conscientização junto a governos, empregadores e trabalhadores, visando a diminuir o número de infectados no ambiente laboral já que segundo estudos da OIT a estimativa para o ano de 2015 é de 74 milhões de trabalhadores infectados no mundo, prejuízo irreparável na ordem pessoal e considerável na economia mundial.

O profissional de saúde deve resguardar-se quanto aos acidentes laborais, e para isso o uso de Equipamento de proteção individual (EPI) é imprescindível para sua segurança e proteção.

A NR 32 veio para garantir diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde.

Um trabalhador saudável, convivendo num ambiente laboral de qualidade, usando os melhores equipamentos, treinado e qualificado, sem dúvida irá produzir mais, e melhor.

REFERÊNCIAS

ACIDENTES de trabalho com pérfurocortante envolvendo a equipe de enfermagem de um hospital de ensino. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/gentequefazsaude/bvsde/bvsacd/cd49/equipe.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2010.

ALVES, A. R. A. **Avaliação diagnóstica dos índices de absenteísmo da equipe de Enfermagem de um Hospital de Ensino**. Fortaleza, 1995.
Aprova as normas para avaliação da incapacidade decorrente de doenças especificadas em lei pelas Juntas de Inspeção de Saúde da Marinha, do Exército, da Aeronáutica e do Hospital das Forças Armadas.

BRASIL. **Decreto nº 57.272, de 16 de novembro de 1965**. Define a conceituação de Acidente em Serviço e dá outras providências.

_____. **Decreto nº 64.517, de 15 de maio de 1969**. Altera o Decreto nº 57.272, de 16 de novembro de 1965, que define a conceituação de Acidente em Serviço e dá outras providências.

_____. **Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem. Disponível em: <<http://www.normaslegais.com.br/trab/8trabalhista270508.htm>>. Acesso em: 13 nov. 2010.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Superintendencia Regional do Trabalho e Emprego do Rio Grande do Sul. **Análise de acidentes do trabalho fatais no Rio Grande do Sul**. Porto Alegre, 2008.

CHIAVENATO, Idalberto. **Recursos humanos na empresa**. 3.ed. São Paulo: Atlas, 1994. v. 2.

CONSELHO NACIONAL DO MEIO AMBIENTE. **Resolução nº 5/93**. Disponível em: <<http://www.mma.gov.br/port/conama/legiabre.cfm?codlegi=130>>. Acesso em: 12 out. 2010.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. **Código de Ética**. Disponível em: <<http://www.portalcofen.gov.br>>.

_____. **Tabela de honorários.** Disponível em: <<http://www.portalcoren-rs.gov.br/web/honorarios.htm>>.

CURSO de direito do trabalho 17. ed. atual. por Jose Augusto Rodrigues Pinto, Otávio Augusto Reis de Sousa. Rio de Janeiro: Forense, 2005.

HENDRIKX, Hendrika Maria. **O poder da informação de.** Disponível em: <http://www.anent.org.br/boletim/janeiro_marco_03/bo_interno_internet.pdf>

GOMES, Orlando; GOTTSCHALK, Élson. **Curso de direito do trabalho.** 16. ed. Rio de Janeiro. Forense, 2000.

ÍNDICE de absenteísmo no HUPA. Disponível em: <<http://www.uff.br/anaissegerenf/pdf/047%20-%20%CDNDICE%20DE%20ABSENTE%20CDSMO%20HUAP.pdf>>. Acesso em: 16 abr. 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE AUDITORIA EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA: site. Disponível em: <http://www.inbravisa.com.br/adeq_sanit.html>. Acesso em: 10 nov. 2010.

LEGISLAÇÃO da Anvisa. Disponível em: <<http://www.inbravisa.com.br/roteiros.htm>>. Acesso em: 30 ago. 2010.

LEGISLAÇÃO da Anvisa. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/gentequefazsaude/bvsde/bvsacd/cd49/seguero.pdf>>. Acesso em: 24 abr. 2010.

LEGISLAÇÃO da Anvisa. Disponível em: <<http://www.oportalsaude.com/default.asp?go=saturnismo>>. Acesso em: 08 set. 2010.

LEI sobre Segurança e Prevenção com Agulha – HR 5178. Disponível em: <http://www.axelbio.com/Needle_Safety_Prevention_Act.pdf?p_table=STANDARDS&p_id=10051> Acesso em: 12 out. 2010.

LIRA, Nazareth Freire de; BOMFIM, Maria Eliza de Souza. **Historia da enfermagem e legislação.** Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1989.

MANAUS. Secretaria Municipal de Saúde. **Curso de Capacitação de Parteiras Tradicionais**. Disponível em: <<http://semsa.manaus.am.gov.br/curso-para-parteiras-realizado-em-manaus-e-inedito-no-mundo-de-acordo-com-ministerio-da-saude/>>- Acesso em: 08 nov. 2010.

MEDICINA intesiva. Disponível em: <<http://www.medicinaintensiva.com.br/enfermagem-historia.htm#F>>. Acesso em: 15 set. 2010.

MELO, Sandro Nahmias. **Meio Ambiente do Trabalho: direito fundamental**. São Paulo: LTR, 2001.

MITCHEL, Oswaldo. **Acidentes do trabalho e doenças ocupacionais**. 3. ed. São Paulo: LTr, 2008.

MONTEIRO, Antonio Lopes; BERTAGNI, Roberto Fleury de Souza. **Acidentes do trabalho e doenças ocupacionais**. 2. ed. atual. com a Lei nº 9.876, de 26-11-1999. São Paulo: Saraiva, 2000.

NASCIMENTO, Amauri Mascaro. **A defesa processual do meio ambiente do trabalho**. São Paulo: LTr, 1999.

_____. **Iniciação ao direito do trabalho**. 32. ed. São Paulo: LTr, 2006.

O ESTADO de São Paulo: site. Disponível em: <http://www.estadao.com.br/estadaodehoje/20100710/not_imp579202,0.php>.

OLIVEIRA, José de. **Acidentes do trabalho: teoria, prática e jurisprudência**. 3. ed. atual. e ampl. São Paulo: Saraiva, 1977.

OLIVEIRA, Sebastião Geraldo de. **Indenizações por acidente do trabalho ou doença ocupacional**. São Paulo: LTr, 2005.

_____. **Proteção jurídica à saúde do trabalhador**. 4. ed. rev., ampl. e atual. São Paulo: LTr, 2002.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. **[Trabalhadores infectados pelo HIV]** Disponível em: <http://www.oitbrasil.org.br/prgatv/prg_esp/hiv_aids.php> Acesso em: 13 nov. 2010.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. **Convenção 187**. Disponível em: <<http://www.normaslegais.com.br/trab/8trabalhista270508.htm>> Acesso em: 13 nov. 2010.

PAIXÃO, Waleska. **História da enfermagem**. 5. ed. [s.l.]: Julio C. Reis- livraria, 1979.

PARÁ. **Parteiras do Amapá**. Disponível em: <<http://www.eaesp.fgvsp.br/subportais/ceapg/Acervo%20Virtual/Cadernos/Experi%C3%Aancias/1998/2%20-%20parteiras%20tradicionais.pdf>>. Acesso em: 08 nov. 2010. PORTARIA nº 016 -DGP, de 07 de março de 2001. Aprova as Normas Reguladoras Sobre Acidentes em Serviço.

PORTARIA nº 247 -DGP, de 07 de outubro de 2009. Aprova as Normas Técnicas sobre as perícias Médicas no Exército

PORTARIA normativa nº **1.174/MD, de 6 de setembro de 2006**

PROJETO de lei para redução da jornada de trabalho para os profissionais de saúde. Disponível em: <<http://www.portalcofen.gov.br/Site/2007/materias.asp?ArticleID=7727§ionID=38>>. Acesso em: 16 abr. 2010.

RAMAZZINI, B. **As doenças dos trabalhadores**. São Paulo: Fundacentro; 1985.

MUROFUSE, Neide Tiemi et al. Acidente biológico em hospital universitário do oeste do Paraná. **Revista Gaucha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 26, n. 2, p. 168-179, ago. 2005. Disponível em: <<http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4550/2481>>

RIO DE JANEIRO. Secretaria de Saúde: site. Disponível em: <<http://www.saude.rio.rj.gov.br/>> Acesso em: 10 nov. 2010.

RISCOS ocupacionais entre trabalhadores de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 38, n. 4, dez. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342004000400006&script=sci_arttext&tlng=em>. Acesso em: 10 nov. 2010.

SAÚDE e segurança ocupacional. Disponível em:
<<http://www.previdenciasocial.gov.br/conteudoDinamico.php?id=39>>. Acesso em: 16
abr. 2010.

SILVA, José Afonso da. **Direito ambiental constitucional**. São Paulo: Malheiros,
2000.

SILVA, José Antonio Ribeiro de Oliveira . **A saúde do trabalhador como um direito
humano**. São Paulo: LTr, 2008.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. **Boletim Sinais de
Mercado de Trabalho**. Disponível em:
<http://www.opas.org.br/rh/areas_det.cfm?id_doc=102&id_area=4>. Acesso em: 12
out. 2010.

ANEXO A - FOTO DE CAIXA PARA DESCARTE DE PERUROCORTANTE



ANEXO B - CARGA HORÁRIA DO CURSO DE TÉCNICO DE ENFERMAGEM EM PORTO ALEGRE

1° Módulo	CH
Anatomia e Fisiologia Humana	80h
Noções de Higiene e Microbiologia	80h
Nutrição e Dietoterapia Aplicada e Enfermagem	80h
Psicologia Aplicada a Enfermagem	80h
Português Aplicado a Enfermagem	80h
Subtotal	400h
2° Módulo	CH
Assistência de Enfermagem I	160h
Introdução à Farmacologia	80h
Assistência de Enfermagem Materno-Infantil	80h
Assistência de Enfermagem em Saúde Mental	40h
Noções de Ergonomia	40h
Subtotal	400h
3° Módulo	CH
Atendimento de Urgência	60h
Assistência de Enfermagem II	80h
Enfermagem na Área de Saúde Coletiva	80h
Enfermagem Médico-Cirúrgica	160h
Estágio I	100h
Subtotal	480h
4° Módulo	CH
Administração em Enfermagem	80h
Noções de Gerontologia e Atendimento Domiciliar	40h
Estágio II, III e IV	300h
Subtotal	420h
TOTAL	1700h

ANEXO C – CARGA HORÁRIA DO CURSO DE ENFERMAGEM UFRGS

Etapa 1		
Código	Disciplina/Pré-Requisito	Carga Horária
CBS05001	ANATOMIA - ENF I	75
BIO10001	BIOFÍSICA APLICADA À ENFERMAGEM	30
CBS01002	BIOQUÍMICA APLICADA À ENFERMAGEM I	90
ENF01001	FUNDAMENTOS DO CUIDADO HUMANO I	75
CBS05022	HISTOLOGIA HUMANA	60
BIO11418	INTRODUÇÃO À ECOLOGIA (PARA A ÁREA BIOMÉDICA)	30
HUM04002	INTRODUÇÃO À SOCIOLOGIA - A	60
Etapa 2		
Código	Disciplina/Pré-Requisito	Carga Horária
EDU02004	EDUCAÇÃO E SAÚDE INTRODUÇÃO À ECOLOGIA (PARA A ÁREA BIOMÉDICA)	30
CBS05023	FUNDAMENTOS DO CUIDADO HUMANO I INTRODUÇÃO À SOCIOLOGIA - A EMBRIOLOGIA HUMANA HISTOLOGIA HUMANA	30
CBS03001	FISIOLOGIA HUMANA - ENF BIOFÍSICA APLICADA À ENFERMAGEM BIOQUÍMICA APLICADA À ENFERMAGEM I ANATOMIA - ENF I HISTOLOGIA HUMANA	90
ENF03009	FUND. DO CUIDADO HUMANO II : INTRODUÇÃO À ADMINISTRAÇÃO EM ENFERMAGEM FUNDAMENTOS DO CUIDADO HUMANO I	45
ENF01008	FUNDAMENTOS TEÓRICO-FILOSÓFICOS DO CUIDADO HUMANO NA ENFERMAGEM FUNDAMENTOS DO CUIDADO HUMANO I INTRODUÇÃO À SOCIOLOGIA - A	30
BIO07716	GENÉTICA ENF BIOQUÍMICA APLICADA À ENFERMAGEM I HISTOLOGIA HUMANA	45
CBS06003	MICROBIOLOGIA E IMUNOLOGIA BIOFÍSICA APLICADA À ENFERMAGEM BIOQUÍMICA APLICADA À ENFERMAGEM I ANATOMIA - ENF I	60

	HISTOLOGIA HUMANA	
	PARASITOLOGIA - ENF	
	BIOFÍSICA APLICADA À ENFERMAGEM	
CBS06002	BIOQUÍMICA APLICADA À ENFERMAGEM I	45
	ANATOMIA - ENF I	
	HISTOLOGIA HUMANA	
PSI01003	PSICOLOGIA APLICADA À SAÚDE	30
	FUNDAMENTOS DO CUIDADO HUMANO I	
Etapa 3		
Código	Disciplina/Pré-Requisito	Carga Horária
	ANTROPOLOGIA DO CORPO E DA SAÚDE	
	EDUCAÇÃO E SAÚDE	
	FUND. DO CUIDADO HUMANO II	
HUM05002	INTRODUÇÃO À ADMINISTRAÇÃO EM ENFERMAGEM	30
	PSICOLOGIA APLICADA À SAÚDE	
	FUNDAMENTOS TEÓRICO-FILOSÓFICOS DO CUIDADO HUMANO NA ENFERMAGEM	
	FUNDAMENTOS DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO PARA O CUIDADO	
	MICROBIOLOGIA E IMUNOLOGIA	
MED05019	FISIOLOGIA HUMANA - ENF	30
	FUND. DO CUIDADO HUMANO II	
	INTRODUÇÃO À ADMINISTRAÇÃO EM ENFERMAGEM	
	FUNDAMENTOS DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA	
	GENÉTICA ENF	
	FISIOLOGIA HUMANA - ENF	
	PARASITOLOGIA - ENF	
	MICROBIOLOGIA E IMUNOLOGIA	
ENF03002	EDUCAÇÃO E SAÚDE	225
	FUND. DO CUIDADO HUMANO II : INTRODUÇÃO À ADMINISTRAÇÃO EM ENFERMAGEM	
	PSICOLOGIA APLICADA À SAÚDE	
	FUNDAMENTOS TEÓRICO-FILOSÓFICOS DO CUIDADO HUMANO NA ENFERMAGEM	
	INTRODUÇÃO À CINESIOLOGIA	
EFI04288	FISIOLOGIA HUMANA - ENF	30
	FUND. DO CUIDADO HUMANO II : INTRODUÇÃO À ADMINISTRAÇÃO EM ENFERMAGEM	
	PATOLOGIA	
	GENÉTICA ENF	
MED04403	FISIOLOGIA HUMANA - ENF	60
	FUND. DO CUIDADO HUMANO II : INTRODUÇÃO À ADMINISTRAÇÃO EM ENFERMAGEM	

ENF01007	PESQUISA E ENFERMAGEM I FUND. DO CUIDADO HUMANO II : INTRODUÇÃO À ADMINISTRAÇÃO EM ENFERMAGEM FUNDAMENTOS TEÓRICO-FILOSÓFICOS DO CUIDADO HUMANO NA ENFERMAGEM	30
Etapa 4		
Código	Disciplina/Pré-Requisito	Carga Horária
ENF03004	ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL I FUNDAMENTOS DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA FARMACOLOGIA I - ENF	90
CBS09001	FUNDAMENTOS DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA PATOLOGIA	45
ENF02001	FUNDAMENTOS DO CUIDADO HUMANO III FUNDAMENTOS DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA INTRODUÇÃO À CINESIOLOGIA ANTROPOLOGIA DO CORPO E DA SAÚDE PATOLOGIA FUNDAMENTOS DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO PARA O CUIDADO	225
Etapa 5		
Código	Disciplina/Pré-Requisito	Carga Horária
ENF03005	ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL II FARMACOLOGIA I - ENF FUNDAMENTOS DO CUIDADO HUMANO III ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL I	150
ENF01003	ENFERMAGEM NO CUIDADO AO ADULTO I FARMACOLOGIA I - ENF FUNDAMENTOS DO CUIDADO HUMANO III ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL I	225
CBS09002	FARMACOLOGIA II - ENF FARMACOLOGIA I - ENF FUNDAMENTOS DO CUIDADO HUMANO III ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL I	45
Etapa 6		
Código	Disciplina/Pré-Requisito	Carga Horária
ENF02002	ENFERMAGEM NO CUIDADO À MULHER FARMACOLOGIA II - ENF ENFERMAGEM NO CUIDADO AO ADULTO I ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL II	225
ENF01004	ENFERMAGEM NO CUIDADO AO ADULTO II FARMACOLOGIA II - ENF ENFERMAGEM NO CUIDADO AO ADULTO I ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL II	150
Etapa 7		
Código	Disciplina/ Pré-Requisito	Carga Horária
MAT02218	BIOESTATÍSTICA PESQUISA E ENFERMAGEM I	

ENF03006	ENFERMAGEM COMUNITÁRIA ENFERMAGEM NO CUIDADO AO ADULTO II e ENFERMAGEM NO CUIDADO À MULHER	225
ENF02003	ENFERMAGEM NO CUIDADO À CRIANÇA ENFERMAGEM NO CUIDADO AO ADULTO II e ENFERMAGEM NO CUIDADO À MULHER	225
Etapa 8		
Código	Disciplina/Pré-Requisito	Carga Horária
ENF03043	ADMINISTRAÇÃO EM ENFERMAGEM ENFERMAGEM NO CUIDADO À CRIANÇA ENFERMAGEM COMUNITÁRIA	180
ENF03008	ENFERMAGEM NA SAÚDE MENTAL III ENFERMAGEM NO CUIDADO À CRIANÇA ENFERMAGEM COMUNITÁRIA	30
	ESTÁGIO CURRICULAR I - ADMINISTRAÇÃO EM ENFERMAGEM ENFERMAGEM NO CUIDADO À CRIANÇA ENFERMAGEM COMUNITÁRIA	180
HUM04001	SOCIOLOGIA DA SAÚDE I ENFERMAGEM NO CUIDADO AO ADULTO II e ENFERMAGEM NO CUIDADO À MULHER	30
ENF99004	TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO I - ENF ENFERMAGEM NO CUIDADO À CRIANÇA ENFERMAGEM COMUNITÁRIA	45
Etapa 9		
Código	Disciplina/Pré-Requisito	Carga Horária
	ESTÁGIO CURRICULAR II - SERVIÇOS DA REDE BÁSICA ADMINISTRAÇÃO EM ENFERMAGEM	315
	ESTÁGIO CURRICULAR I - ADMINISTRAÇÃO EM ENFERMAGEM ESTÁGIO CURRICULAR III - SERVIÇOS HOSPITALARES ADMINISTRAÇÃO EM ENFERMAGEM	315
	TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO II - ENF ESTÁGIO CURRICULAR I - ADMINISTRAÇÃO EM ENFERMAGEM ADMINISTRAÇÃO EM ENFERMAGEM	30

ANEXO D - NORMA REGULAMENTADORA - 32

32.1.2 Para fins de aplicação desta Norma Regulamentadora – NR, entende-se por estabelecimentos de assistência à saúde, qualquer edificação destinada prestação de assistência à saúde da população, em qualquer nível de complexidade, em regime de internação ou não.

32.2 – Das responsabilidades do empregador

32.2.1 O empregador deve fornecer aos trabalhadores instruções escritas e, se necessário, afixar cartazes sobre os procedimentos a serem adotados em caso de acidente ou incidente grave.

32.2.2 O empregador deve informar os trabalhadores sobre os riscos existentes, as suas causas e as medidas preventivas a serem adotadas.

32.2.3 O empregador deve garantir ao trabalhador o abandono do posto de trabalho quando da ocorrência de condições que ponham em risco a sua saúde ou integridade física.

32.3 – Dos direitos dos trabalhadores

32.3.1 Interromper suas tarefas sempre que constatar evidências que, segundo o seu conhecimento, representem riscos graves e iminentes para sua segurança e saúde ou de terceiros, comunicando imediatamente o fato ao seu superior para as providências cabíveis.

32.3.2 Receber as orientações necessárias sobre prevenção de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho e uso dos equipamentos de proteção coletivos e individuais fornecidos gratuitamente pelo empregador.

32.4 – Medidas de proteção

32.4.1 As medidas de proteção devem ser adotadas a partir do resultado da avaliação, previstas no PPRA.

32.4.2 Caso os resultados da avaliação demonstrem que a exposição, ou a possível exposição, refere-se somente aos agentes biológicos classificados no grupo 1, do anexo I, devem ser adotadas as medidas citadas nos itens 32.8.1, 32.8.3, 32.8.4 e 32.10.18.

32.4.3 Nos laboratórios, a avaliação de risco prevista no PPRA, deve determinar a escolha do nível de biossegurança a ser adotado, conforme estabelecido na Resolução de Diretoria Colegiada n.º 50, de 21 de fevereiro de 2002, da ANVISA, Ministério da Saúde.

32.4.4 Os equipamentos de proteção individual - EPI, descartáveis ou não, deverão ser armazenados em número suficiente nos locais de trabalho, de forma a garantir o imediato fornecimento ou reposição, sempre que necessário.

32.4.5 Em todos os locais de trabalho onde se utilizem materiais pérfuro-cortantes, deve ser mantido recipiente apropriado para o seu descarte, conforme o estabelecido na NBR 13853, norma brasileira registrada no INMETRO.

32.4.5.1 Os trabalhadores que utilizarem objetos pérfuro-cortantes devem ser os responsáveis pelo seu descarte.

32.4.6 O limite máximo de enchimento do recipiente deve estar localizado 5 cm abaixo do bocal.

32.4.6.1 O recipiente deve ser mantido o mais próximo possível da realização do procedimento.

32.4.6.2 O recipiente deve ser posicionado de forma que a abertura possa ser visualizada pelos trabalhadores.

32.4.7 É vedado o reencape de agulhas.

32.4.8 Deve ser mantida a rotulagem original dos produtos químicos utilizados nos estabelecimentos de assistência à saúde.

32.4.9 Todo recipiente contendo produto químico manipulado ou fracionado deve ser identificado, de forma legível, por etiqueta com o nome do produto, composição química, sua concentração, data de envase e de validade.

32.4.10 É vedado o procedimento de reutilização das embalagens de produtos químicos.

32.4.11 Todo produto químico utilizado em estabelecimentos de assistência à saúde deve ter uma ficha toxicológica e constar do PPRA, previsto na NR-09.

32.4.11.1 A ficha toxicológica conterá, no mínimo:

- a) as características do produto: usos, propriedades físicas e químicas, formas de estocagem, métodos de avaliação qualitativa e quantitativa do ar;
- b) os riscos: toxicologia, incêndio e/ou explosão; e
- c) as medidas de proteção: coletiva, individual e controle médico da saúde dos trabalhadores.

32.4.11.2 Uma cópia da ficha deve ser mantida no local onde o produto é utilizado.

32.4.12 O empregador deve destinar local apropriado para a manipulação ou fracionamento de produtos químicos.

32.4.12.1 É vedada a realização de procedimentos de manipulação ou fracionamento de produtos químicos em qualquer local que não o apropriado para este fim.

32.4.12.2 Excetua-se a preparação de associação de medicamentos para administração imediata aos pacientes.

32.4.12.3 O local deve dispor, no mínimo, de:

- a) sinalização gráfica de fácil visualização para identificação do ambiente conforme NR-26;
- b) equipamentos que garantam a concentração dos produtos químicos no ar, abaixo dos limites de tolerância estabelecidos na NR-15, observando-se o nível de ação previsto na NR-9;
- c) equipamentos que garantam a exaustão do produto químico o mais próximo possível da fonte emissora, de forma a não potencializar a exposição de qualquer trabalhador, envolvido ou não, no processo de trabalho, não devendo ser utilizado o equipamento tipo coifa;
- d) chuveiro e lava-olhos; e
- e) equipamentos de proteção individual à disposição dos trabalhadores.

32.4.13 A manipulação ou fracionamento dos produtos químicos deve ser feita por trabalhador qualificado.

32.4.14 O transporte de produtos químicos somente poderá ser realizado por meio de veículos destinados para este fim.

32.4.15 As áreas de armazenamento de produtos químicos devem ser bem ventiladas e possuir sinalização adequada. Devem ser previstas áreas isoladas para os produtos químicos incompatíveis.

32.4.16 Nos laboratórios onde se utilizam solventes orgânicos, o sistema de prevenção de incêndio deve prever medidas especiais de segurança e procedimentos de emergência a serem adotados em caso de acidentes envolvendo derrame de líquidos inflamáveis.

32.4.17 Dos Gases Medicinais

32.4.17.1 Na movimentação, transporte, armazenamento, manuseio e utilização dos gases, bem como na manutenção dos equipamentos, devem ser observadas as recomendações do fabricante, desde que compatíveis com as disposições da legislação vigente.

32.4.17.1.1 As recomendações do fabricante devem ser mantidas no local de trabalho, à disposição da inspeção do trabalho.

32.4.17.2 Todos os estabelecimentos que realizam, ou que pretendem realizar esterilização, reesterilização ou reprocessamento por gás óxido de etileno, deverão atender o disposto na Portaria Interministerial n.º 482/MS/MTE de 16 de abril de 1999.

32.4.17.3 O empregador deve proibir:

- a) a utilização de equipamentos em que se constate vazamentos de gás;
- b) a utilização de equipamentos não projetados para resistir a pressões a que são submetidos;
- c) a utilização de cilindros que não tenham a identificação do gás;
- d) a movimentação dos cilindros sem a utilização dos equipamentos de proteção individual;
- e) a submissão dos cilindros a temperaturas extremas;
- f) a utilização do oxigênio e do ar comprimido para fins diversos aos que se destinam;
- g) o contato de óleos, graxas, hidrocarbonetos ou materiais orgânicos similares com gases oxidantes;
- h) a utilização de cilindros de oxigênio sem a válvula de retenção ou o dispositivo apropriado para impedir o fluxo reverso; e
- i) a transferência de gases de um cilindro para outro, independentemente da capacidade dos cilindros.

32.4.17.4 Os cilindros contendo gases inflamáveis, tais como hidrogênio e acetileno, devem ser armazenados a uma distância mínima de 8 metros daqueles contendo gases oxidantes, tais como oxigênio e óxido nítrico, ou através de barreiras vedadas e resistentes ao fogo.

32.4.17.5 Para o sistema centralizado de gases medicinais, deve ser fixadas placas, em local visível, com as seguintes informações:

- a) identificação das pessoas autorizadas a terem acesso ao local e treinadas na operação e manutenção do sistema;
- b) procedimentos a serem adotados em caso de emergência; e
- c) número de telefone para uso em caso de emergência.

32.4.17.6 Todos os equipamentos utilizados para a administração dos gases ou vapores anestésicos deve ser submetidos à manutenção corretiva e preventiva, dando-se especial atenção aos pontos de vazamentos para o ambiente de trabalho, buscando sua eliminação, ou quando impossível, sua redução.

32.4.17.6.1 A manutenção consiste, no mínimo, na verificação dos cilindros de gases, conectores, conexões, mangueiras, balões, traquéias, válvulas, aparelhos de anestesia e máscaras faciais para ventilação pulmonar.

32.4.17.7 Nos locais onde são utilizados gases ou vapores anestésicos, de forma a manter a concentração ambiental dos agentes abaixo dos limites de tolerância prevista na legislação vigente, devem ser instalados:

- a) sistema de exaustão o mais próximo possível da fonte emissora; e
- b) sistema de ventilação.

32.4.18 sem prejuízo do cumprimento do disposto na legislação vigente, os Equipamentos de Proteção Individual -EPI devem atender as seguintes exigências:

- a) garantir a proteção da pele, mucosas, via respiratória e digestiva do trabalhador;
- b) ser avaliados diariamente quanto ao estado de conservação e segurança; e
- c) estar armazenados em locais de fácil acesso e em quantidade suficiente para imediata substituição, segundo as exigências do procedimento ou em caso de contaminação ou dano.

32.4.19 Na inexistência de medidas de proteção coletiva ou na falta do EPI adequado, poderá a Autoridade Regional do Trabalho e Emprego suspender o início de qualquer

atividade relacionada à exposição às drogas de risco, nos termos do art. 161 da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT.

32.4.20 Gestão em segurança no trabalho

32.4.20.1 Nas atividades suscetíveis de apresentarem risco de exposição aos agentes biológicos, visando identificar riscos potenciais e introduzir medidas de proteção para sua redução ou eliminação, o PPRA, previsto na NR 9, deve-se atender o disposto nos subitens seguintes:

32.4.20.1.1 Na fase de reconhecimento, conter, no mínimo, os seguintes tópicos:

I. Identificação teórica dos agentes biológicos mais prováveis, considerando:

- a) as fontes de exposição;
- b) os reservatórios;
- c) as vias de transmissão;
- d) as vias de entrada;
- e) a quantidade, volume ou concentração do agente no material manipulado;
- f) a resistência do agente biológico;
- g) a possibilidade da presença de cepas multirresistentes;
- h) a possibilidade de desinfecção; e
- i) os estudos epidemiológicos e outras informações científicas.

II. Avaliação do local de trabalho e do trabalhador exposto, considerando:

- a) a descrição do local de trabalho;
- b) os fatores relativos à organização e aos procedimentos de trabalho;
- c) a possibilidade de disseminação do material infectado;
- d) a identificação das funções e dos trabalhadores expostos;
- e) a identificação nominal dos trabalhadores expostos aos agentes classificados nos grupos 3 e 4 do anexo I desta NR;
- f) a frequência de exposição;
- g) o nível de conhecimento do risco pelo trabalhador, segundo sua formação inicial e as informações recebidas;
- h) a possibilidade da adoção de medidas preventivas, assim como o acompanhamento de sua aplicação; e
- i) a possibilidade de avaliação dos níveis de exposição quando possível a identificação ou quantificação do agente biológico no local de trabalho.

III. A avaliação deve ser efetuada pelo menos 01 (uma) vez ao ano e:

- a) sempre que se produza uma mudança nas condições de trabalho, que possa alterar a exposição dos trabalhadores; e
- b) quando for detectado trabalhador vítima de infecção ou doença com suspeita denexo causal com a exposição aos agentes biológicos.

32.4.20.2 Para as atividades que impliquem uma exposição aos agentes biológicos pertencentes aos vários grupos, ou quando ainda não foi possível identificar os riscos, estes devem ser avaliados com base no perigo representado por todos os agentes biológicos identificados ou prováveis.

32.4.20.3 Os documentos que compõem o PPRA deverão estar sempre disponíveis aos trabalhadores interessados ou aos seus representantes.

32.4.20.4 A descrição detalhada dos riscos inerentes às atividades de estocagem, manuseio, preparo, transporte, administração e descarte das drogas de risco deverá constar, especificamente, do PPRA.

32.4.21 O local para o preparo das drogas de risco deve ser centralizado em área restrita e exclusiva, onde o acesso somente será permitido a pessoas autorizadas.

32.4.21.1 O local de preparo deve ser precedido por sala destinada a paramentação das pessoas autorizadas e dotadas de:

- a) pia e material para lavagem das mãos;
- b) lava-olhos;

- c) equipamentos de proteção individual para uso e reposição; e
- d) armários para guarda de pertences.

32.4.21.2 Com relação às drogas de risco, compete ao empregador:

- a) proibir fumar, comer ou beber na sala de preparo, bem como portar adornos ou maquiar-se;
- b) afastar das atividades, as trabalhadoras gestantes e nutrízes;
- c) proibir que os trabalhadores expostos realizem atividades envolvendo o risco de exposição aos agentes ionizantes; e
- d) fornecer aos trabalhadores avental confeccionado de material impermeável, com frente resistente, manga comprida e punho justo, quando do seu preparo.

32.4.21.3 O responsável pela manipulação, bem como o(s) auxiliare(s) deve(m) ser orientado(s) para lavar adequadamente as mãos antes e após a retirada das luvas.

32.4.21.4 O local de preparo das doses deve ser dotado de cabine de fluxo laminar vertical de proteção biológica com exaustão total externa, equipada com filtros HEPA (High Efficiency Particulate Air).

32.4.21.4.1 A cabine deve evitar a dispersão de partículas e na instalação da mesma devem ser previstos, no mínimo:

- a) suprimento de ar necessário ao seu funcionamento; e
- b) local e posicionamento, de forma a evitar a formação de turbulência aérea.

32.4.21.4.2 A cabine deve ser submetida à manutenção e troca de filtros de forma a prevenir a dispersão de partículas.

32.4.21.4.3 A área de trabalho da cabine de fluxo laminar deve ser submetida a processo de higienização, antes e após as atividades, e imediatamente quando ocorrer acidente com derramamento de droga de risco.

32.4.21.4.4 Nesta higienização, devem ser utilizados procedimentos adequados que garantam a descontaminação biológica e química.

32.4.21.5 Todos os locais e atividades relacionados ao manuseio, preparo, transporte, administração e descarte de drogas de risco devem dispor de normas e procedimentos a serem adotados, em caso de ocorrência de acidentes.

32.4.21.5.1 As normas e procedimentos devem ser padronizados, de modo a preservar a saúde dos trabalhadores e serem registrados em documento mantido, permanentemente, à disposição e de fácil acesso aos trabalhadores.

32.4.21.5.2 Uma via deve ser entregue ao trabalhador mediante recibo.

32.4.21.5.3 O documento e o recibo devem ser mantidos no local de trabalho, à disposição da inspeção do trabalho.

32.4.22 Gestão em saúde no trabalho

32.4.22.1 O PCMSO, além do previsto na NR 7, deve contemplar, ainda:

- a) avaliação dos riscos biológicos;
- b) localização das áreas de risco elevado segundo os parâmetros do Anexo I;
- c) identificação nominal dos trabalhadores expostos aos agentes biológicos classificados nos grupos 3 e 4, do anexo I, desta NR;
- d) vigilância médica dos trabalhadores expostos; e
- e) programa de vacinação.

32.4.22.2 Em caso de risco de exposição acidental aos agentes biológicos deve constar do

PCMSO, no mínimo:

- a) procedimentos a serem adotados para prevenir a soroconversão, o desenvolvimento de doenças ou, se for o caso, o diagnóstico precoce das mesmas;
- b) medidas para descontaminação do local de trabalho;
- c) tratamento médico de emergência para os trabalhadores expostos e lesionados;

- d) identificação de recursos humanos e suas respectivas responsabilidades;
- e) relação dos estabelecimentos de saúde que podem prestar assistência aos trabalhadores acidentados;
- f) formas de transporte dos acidentados; e
- g) relação dos estabelecimentos de assistência à saúde depositários de soros imune, vacinas, medicamentos necessários, material e insumos especiais.

32.4.22.3 O PCMSO deve estar à disposição dos trabalhadores, bem como da inspeção do trabalho.

32.4.22.4 No caso da ocorrência de acidentes de trabalho envolvendo a exposição aos agentes biológicos, com ou sem afastamento do trabalhador, deve ser emitida a Comunicação de Acidente de Trabalho - CAT.

32.4.22.5 O empregador deve:

- a) garantir a desinfecção adequada dos instrumentos de trabalho de utilização coletiva; e
- b) providenciar recipientes e meios de transporte adequados para materiais infecto contagiosos, fluídos e tecidos orgânicos.

32.4.22.6 Sempre que houver vacinas eficazes contra os agentes biológicos a que os trabalhadores estão, ou poderão estar, expostos, o empregador deve disponibilizá-las gratuitamente aos trabalhadores não imunizados.

32.4.22.7 O empregador deve fazer o controle da eficácia da vacinação e providenciar, se necessário, seu reforço.

32.4.22.8 O empregador deve assegurar que os trabalhadores sejam informados das vantagens e efeitos colaterais, assim como, dos riscos a que estará exposto por falta ou recusa de vacinação.

32.4.22.9 A vacinação deve obedecer às recomendações do Ministério da Saúde.

32.4.22.10 A vacinação deve ser registrada no prontuário clínico individual do trabalhador.

32.4.22.11 Na elaboração e implementação do PCMSO, devem ser consideradas as informações contidas nas fichas toxicológicas dos produtos químicos a que estão expostos os trabalhadores.

32.5 Capacitação

32.5.1 O empregador deve assegurar treinamento aos trabalhadores, devendo ser ministrado:

- a) antes do início da atividade profissional;
- b) sempre que ocorra uma mudança das condições de exposição dos trabalhadores aos agentes biológicos;
- c) durante a jornada de trabalho; e
- d) por profissionais de saúde de nível superior.

32.5.2 O treinamento deve ser adaptado à evolução do conhecimento e a identificação de

novos riscos biológicos incluindo, no mínimo, todos os dados disponíveis sobre:

- a) riscos potenciais para a saúde;
- b) precauções para evitar a exposição aos agentes;
- c) normas de higiene;
- d) utilização dos equipamentos de proteção coletiva, individual e das vestimentas;
- e) medidas a serem adotadas pelos trabalhadores no caso de ocorrência de incidentes e acidentes; e
- f) medidas para a prevenção de acidentes e incidentes.

32.5.3 O empregador deve manter os documentos comprobatórios da realização do treinamento que informem a carga horária, o conteúdo ministrado, o nome e a formação profissional do instrutor e os trabalhadores envolvidos.

32.5.4 Em todo setor onde exista risco de exposição aos agentes biológicos devem ser fornecidas aos trabalhadores instruções por escrito e em linguagem acessível, sobre as rotinas realizadas no local de trabalho e as medidas de prevenção de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho.

32.5.5 As instruções devem ser entregues ao trabalhador, mediante recibo, o qual deverá estar à disposição da inspeção do trabalho.

32.5.6 Cabe ao empregador capacitar os trabalhadores para o manuseio, preparo, transporte, administração e descarte de produto químico, antes do início de suas atividades.

32.5.6.1 O treinamento deve conter, no mínimo:

- a) a apresentação das fichas toxicológicas com explicação das informações nelas contidas;
- b) os procedimentos de segurança relativos à manutenção, utilização, transporte, movimentação, estocagem e descarte;
- c) os procedimentos a serem adotados em caso de acidentes e incidentes e em situações de emergência;
- d) as principais vias de exposição ocupacional; e
- e) os efeitos terapêuticos e adversos destes medicamentos e o possível risco à saúde a longo e curto prazo.

32.5.7 Os programas de treinamento devem ser ministrados por profissionais de saúde de nível superior e familiarizados com os riscos inerentes às drogas de risco.

32.6 Radiação ionizante

32.6.1 O atendimento das exigências desta NR, com relação a radiação ionizante, não desobriga o empregador de observar as disposições estabelecidas pelas normas da Comissão Nacional de Energia Nuclear - CNEN.

32.6.2 Nenhum trabalhador deve ser exposto à radiação ionizante sem que:

- a) seja necessário;
- b) tenha conhecimento dos riscos radiológicos associados ao seu trabalho;
- c) esteja adequadamente treinado para o desempenho seguro de suas funções;
- e
- d) esteja usando os EPI necessários à prevenção dos riscos a que estará exposto.

32.6.3 Toda trabalhadora gestante deve ser afastada das áreas controladas.

32.6.4 Cabe ao empregador:

- a) manter um supervisor de radioproteção, com certificado de qualificação em conformidade com a norma específica da CNEN;
- b) promover treinamento específico para os trabalhadores da instalação radiativa, que garanta o exercício das atividades em condições seguras;
- c) proceder novo treinamento sempre que ocorrerem alterações das condições de trabalho;
- d) anotar no registro individual do trabalhador os treinamentos ministrados;
- e) fornecer ao trabalhador, por escrito e mediante recibo, as instruções relativas aos riscos da exposição e aos regulamentos de radioproteção adotados na instalação radiativa; e
- f) dar ciência dos resultados das doses referentes às exposições de rotina, acidentais e de emergências, por escrito e mediante recibo, a cada trabalhador e ao médico coordenador do PCMSO ou médico encarregado dos exames médicos previstos na NR 7.

32.6.5 É obrigatório elaborar um Plano de Radioproteção para toda instalação radioativa contendo, no mínimo, as seguintes informações:

- a) identificação da instalação e da sua equipe de direção;
- b) função, classificação e descrição das áreas da instalação;

- c) descrição da equipe, instalações e equipamentos de radioproteção;
- d) descrição das fontes de radiação e dos correspondentes sistemas de controle e segurança, com detalhamento das atividades envolvendo sua aplicação e demonstração da otimização da radioproteção;
- e) função e qualificação dos trabalhadores da instalação;
- f) descrição dos programas e procedimentos relativos à monitoração individual, de área e do meio ambiente;
- g) descrição do sistema de gerência de rejeitos radioativos, estando a sua eliminação sujeita a limites autorizados ou estabelecidos em norma específica da CNEN;
- h) estimativa de taxas de dose para cada tipo de radiação em condições de exposição de rotina;
- i) descrição do serviço e controle médico dos trabalhadores, incluindo planejamento médico em caso de acidentes;
- j) programa de treinamento dos trabalhadores;
- k) descrição dos tipos de acidentes admissíveis, incluindo o sistema de detecção dos mesmos, destacando o acidente mais provável e o de maior porte, com detalhamento da árvore de falhas, quando houver e suas probabilidades;
- l) planejamento de procedimentos a serem adotados em situações de emergência até o completo restabelecimento da situação normal; e
- m) instruções gerais a serem fornecidas por escrito aos trabalhadores, de forma a garantir a execução dos respectivos trabalhos em segurança.

32.6.5.1 O Plano de Radioproteção deve ter o ciente expresso do empregador e do Supervisor de Radioproteção, e estar arquivado no local de trabalho e à disposição da inspeção do trabalho.

32.6.6 Cada trabalhador da instalação radiativa deve ter um registro individual atualizado, o qual deve ser conservado, no mínimo, por 30 (trinta) anos após o término de sua ocupação, contendo as seguintes informações:

- a) identificação, endereço e nível de instrução;
- b) datas de admissão e de saída do emprego;
- c) funções associadas às fontes de radiação com as respectivas áreas de trabalho, os riscos radiológicos a que esteve exposto, horários e períodos de ocupação;
- d) dosímetros individuais empregados;
- e) doses recebidas nos períodos de monitoração, doses anuais e doses integradas no período de ocupação na instalação;
- f) treinamentos necessários e treinamentos realizados;
- g) estimativas de incorporações;
- h) relatórios sobre exposições de emergências e de acidentes;
- i) históricos radiológicos anteriores; e
- j) nome e endereço do chefe imediato atual.

32.6.6.1 O registro individual dos trabalhadores deve ser mantido no local de trabalho e estar à disposição da inspeção do trabalho.

32.6.7 O prontuário clínico individual, previsto pela NR 7 deve ser mantido atualizado e ser conservado por toda a vida do trabalhador e, no mínimo, por 30 (trinta) anos após o término de sua ocupação.

32.6.8 O Serviço de Radioproteção deve ser o único órgão ou serviço autorizado pela direção da instalação radiativa para a execução das atividades de radioproteção especificadas nesta NR.

32.6.9 O Serviço de Radioproteção deve possuir instalações para:

- a) acomodação do pessoal;
- b) higiene pessoal;

- c) troca e guarda de vestimentas;
- d) descontaminação externa de pessoas;
- e) aferição, ajuste, guarda e descontaminação de equipamentos; e
- f) elaboração e arquivamento de documentos e registros;

32.6.10 O Serviço de Radioproteção deve possuir, no mínimo, os seguintes equipamentos para:

- a) monitoração individual dos trabalhadores, de área e ambiental;
- b) ensaio de instrumentos;
- c) proteção individual;
- d) descontaminação externa de pessoas e superfícies; e
- e) pronta comunicação entre pessoas da instalação e de instituições externas relevantes para o caso de notificação e tomada de decisão em emergências.

32.6.11 O acompanhamento de trabalhadores das áreas controladas deve ser executado através de monitoração individual, avaliação das doses e supervisão médica.

32.6.12 O médico coordenador do PCMSO ou o encarregado pelos exames médicos previstos na NR 7, deve possuir experiência e conhecimento relativo aos efeitos e à terapêutica, associados aos acidentes com radiações ionizantes.

32.6.13 Cabe ao empregador disponibilizar e tornar obrigatório o uso de dosímetros individuais por qualquer pessoa durante a sua permanência em áreas controladas.

32.6.14 A monitoração individual deve atender, no mínimo, aos seguintes requisitos:

- a) utilizar tantos dosímetros quantos forem necessários para a avaliação de doses de regiões do corpo em separado quando existir o risco de exposição não homogênea do corpo humano;
- b) adotar as providências para a imediata avaliação dos dosímetros individuais dos trabalhadores envolvidos em exposições de emergência ou acidentes, ou suspeita da ocorrência dos mesmos;
- c) estabelecer um programa de controle de qualidade dos dosímetros individuais mediante inspeções, aferições e ajustes; e
- d) providenciar a calibração e, quando necessário, a avaliação dos dosímetros individuais em instituições autorizadas pela CNEN.

32.6.15 As áreas restritas da instalação radiativa devem ser providas de meios adequados

para o controle de seu acesso, sendo este permitido somente a pessoas devidamente autorizadas pela direção da instalação radiativa e sob controle do Serviço de Radioproteção.

32.6.16 As áreas restritas da instalação radiativa devem estar devidamente sinalizadas, em

conformidade com as normas específicas da CNEN, em especial quanto aos seguintes aspectos:

- a) utilização do símbolo internacional de presença de radiação na entrada e saída das áreas restritas e nos locais onde existem fontes de radiação;
- b) identificação e classificação das áreas, perfeitamente visíveis na entrada e saída das mesmas;
- c) identificação das fontes de radiação e dos rejeitos, nas suas embalagens, recipientes ou blindagens;
- d) visualização do valor de taxas de dose e datas de medição em pontos de referência significativos, próximos às fontes de radiação, nos locais de permanência e trânsito dos trabalhadores;
- e) identificação de vias de circulação, entrada e saída para condições normais de trabalho e para situações de emergência;
- f) localização de equipamentos de segurança e instrumentos de medição para radioproteção;

- g) aviso sobre a presença e identificação de contaminação e de altos níveis de radiação, com datas de medição;
- h) visualização dos procedimentos a serem obedecidos em situações de acidentes ou de emergência; e
- i) presença e identificação de sistemas de alarmes sonoros e visuais para situações de acidentes ou de emergência, ou para condições de trabalho envolvendo altos níveis de exposição.

32.6.17 Deve ser estabelecido e executado um programa de monitoração contínua para todas as áreas restritas da instalação radiativa, tanto para condições normais de trabalho

como para situações de emergência.

32.6.18 Do Serviço de Medicina Nuclear

32.6.18.1 As áreas restritas de Serviço de Medicina Nuclear devem ter pisos e paredes impermeáveis que permitam sua descontaminação.

32.6.18.2 O laboratório de manipulação e armazenamento de fontes radioativas em uso, deve ser construído com material impermeável que possibilite sua descontaminação, constituído de pisos e paredes com cantos arredondados e provido de:

- a) bancadas lisas, de fácil descontaminação, recobertas com plástico e papel absorvente;
- b) cuba com, no mínimo, 40 cm de profundidade; e
- c) torneiras sem controle manual.

32.6.18.3 Nos casos de fontes voláteis, como por exemplo, o Iodo-131, ou de serviços que realizem estudos de ventilação pulmonar, é obrigatória a instalação de sistema de exaustão.

32.6.18.4 Nos locais onde são manipulados e armazenados materiais radioativos ou rejeito, deve ser vedado:

- a) comer, beber, fumar ou aplicar cosméticos; e
- b) armazenar alimentos, bebidas e bens pessoais.

32.6.18.5 Os trabalhadores envolvidos na manipulação de materiais radioativos e marcação

de fármacos devem usar luvas descartáveis, avental de chumbo e guarda-pó.

32.6.18.6 Ao término da jornada de trabalho, deve ser realizada a monitoração das superfícies, utilizando-se monitor de contaminação.

32.6.18.6.1 O mesmo procedimento deve ser feito nas luvas e nas mãos dos trabalhadores responsáveis pela manipulação de radiofármacos.

32.6.18.7 O local para armazenamento de rejeitos radiativos deve:

- a) ser localizado em área de acesso controlado;
- b) ser sinalizado;
- c) possuir blindagem adequada; e
- d) ser constituído de compartimentos, que possibilitem a segregação dos rejeitos por grupo de radionuclídeos, com meia-vida física próxima e por estado físico.

32.6.18.8 O quarto destinado à internação de paciente para administração de radiofármacos, deve possuir:

- a) paredes e pisos com cantos arredondados, revestidos de materiais impermeáveis, que permitam sua descontaminação;
- b) sanitário privativo;
- c) biombo blindado junto ao leito;
- d) sinalização; e
- e) acesso controlado.

32.6.18.9 O Plano de Radioproteção do Serviço de Medicina Nuclear deve atender ao disposto no item 32.6.5 e abordar ainda os seguintes tópicos:

- a) organização e gerenciamento relacionados com a segurança radiológica,

devendo ser estabelecidas as obrigações do responsável pela radioproteção e pelo manuseio do material radioativo;

b) os critérios de seleção de pessoal e os programas de treinamento específicos e de reciclagem;

c) controle radiológico ocupacional, devendo ser estabelecidos:

I. os controles relacionados com as fontes de radiação tais como: controle de acesso e sinalização específica, dispositivos de segurança, dispositivos e controles administrativos;

II. os níveis de referência;

III. os programas de monitoração dos locais de trabalho, individual e avaliação dos dados; e

IV. os procedimentos para atuação em emergência contendo a identificação das situações potenciais de acidentes e a avaliação das mesmas.

32.6.19 Dos Serviços de Radioterapia

32.6.19.1 A remoção e a colocação de fontes seladas em cabeçotes de equipamentos de teleterapia devem ser realizadas por empresas autorizadas pela CNEN e na presença de um representante da mesma.

32.6.19.2 O Plano de Radioproteção do Serviço de Radioterapia deve, além de atender ao disposto no item 32.6.5, conter as informações sobre:

a) os procedimentos de radioproteção utilizados durante as sessões de radioterapia, incluindo a monitoração da área com paciente internado, nos casos de braquiterapia;

b) o inventário das fontes de braquiterapia existentes; e

c) os procedimentos empregados para o transporte interno e externo de material radioativo, incluindo os adquiridos.

32.6.19.3 Os Serviços de Radioterapia devem adotar, no mínimo, os seguintes dispositivos de segurança:

a) salas de tratamento possuindo portas com intertravamento que previnam o acesso indevido de pessoas durante tratamentos, interrompendo a irradiação quando forem abertas e somente possibilitando reinício do tratamento a partir da sala de controle;

b) dispositivos luminosos indicadores de radiação, na sala de controle e dentro da sala de tratamento, em posição visível de modo a possibilitar a verificação da operação de equipamentos;

c) implementação de medidas especiais de segurança no sentido de prevenir a remoção acidental ou não autorizada de fontes, a ocorrência de incêndios e inundações; e

d) identificação de fontes de radiação, facilmente visível, nas blindagens, recipientes e cápsulas.

32.6.19.4 O preparo de fontes seladas somente pode ser realizado em recinto fechado, especialmente preparado para tal, com ventilação adequada, observando-se ainda, as seguintes medidas de prevenção:

a) somente permitir a presença de pessoas diretamente envolvidas com a atividade de preparo de fontes seladas; e

b) proibição de fumar, beber, comer e praticar qualquer atividade de higiene ou cuidado pessoal não relacionada com a preparação das fontes seladas.

32.6.19.5 Somente pessoas especificamente autorizadas pela direção do Serviço de Radioterapia serão responsáveis pelo armazenamento, uso, envio e recebimento de fontes seladas.

32.6.19.6 É expressamente proibido o manuseio de fontes seladas diretamente com os dedos.

32.6.19.7 O deslocamento de fontes seladas deve ser realizado de modo a expor o menor número possível de pessoas, em conformidade com o princípio da otimização.

32.6.19.8 Quando utilizados para o transporte de fontes seladas, os recipientes devem estar sinalizados com o símbolo de presença de radiação e marcados com atividade máxima permitida para o tipo de radionuclídeo a ser deslocado.

32.6.19.9 As vestimentas de pacientes e as roupas de cama devem ser monitoradas, após o término do tratamento, para constatação de ausência de fontes seladas.

32.6.19.10 Os operadores de fontes seladas para braquiterapia devem possuir treinamento para manipulação apropriada, mediante simuladores de fontes.

32.6.19.11 Os ambulatórios e camas destinados a pacientes em tratamento com fontes seladas devem ser segregados em alas ou salas.

32.6.19.11.1 As alas ou salas devem contar sempre com a equipe de saúde treinada em princípios de radioproteção.

32.7 - Dos resíduos

32.7.1 No manuseio de resíduos de serviços de saúde, deve ser atendido o disposto na NBR 12809, norma brasileira registrada no INMETRO.

32.7.2 Cabe ao empregador treinar os trabalhadores para, no mínimo, separar adequadamente os resíduos, reconhecer os sistemas de identificação e realizar os procedimentos de armazenamento, transporte e destinação dos resíduos.

32.7.3 A separação dos resíduos deve ser realizada no local onde são gerados, devendo ser observado que:

a) sejam utilizados recipientes que atendam as normas da ABNT, em número suficiente para o armazenamento;

b) os recipientes estejam localizados em local apropriado e o mais próximo possível da fonte geradora; e

c) os recipientes sejam identificados e sinalizados, segundo as normas da ABNT.

32.7.4 Os sacos plásticos utilizados no acondicionamento dos resíduos de saúde devem atender ao disposto na NBR 9191.

32.7.5 Todo recipiente contendo resíduos de serviços de saúde deve ser:

a) preenchido até 2/3 de sua capacidade;

b) fechado de tal forma que não permita o derramamento do conteúdo, mesmo que virado com a abertura para baixo;

c) retirado imediatamente do local de geração após o preenchimento e fechamento; e

d) mantido íntegro até o processamento ou destinação final do resíduo.

32.7.6 Para os recipientes destinados a coleta de material perfuro-cortante, o limite máximo de enchimento deve estar localizado abaixo 5 cm do bocal.

32.7.7 O transporte manual do recipiente, contendo resíduos de serviços de saúde, deve ser realizado de forma que não exista o contato do mesmo com outras partes do corpo, além das mãos do trabalhador.

32.7.8 Sempre que o transporte do recipiente contendo resíduos de serviços de saúde possa comprometer a segurança e a saúde do trabalhador, devem ser utilizados meios técnicos apropriados, de modo a preservar a sua saúde e integridade física.

32.7.9 Em cada unidade geradora de resíduos, deve existir local apropriado para o armazenamento temporário dos recipientes que atenda, no mínimo, as seguintes características:

I. ser dotado de:

a) pisos e paredes laváveis;

b) ralo sifonado;

c) ponto de água;

d) ponto de luz;

e) ventilação adequada; e

- f) abertura dimensionada de forma a permitir a entrada do carro de coleta;
- II. ser mantido limpo, desprovido de quaisquer odores e vetores;
- III. não armazenar resíduos que não estejam acondicionados em recipientes;
- IV. não ser utilizado para fins diversos a que se destina; e
- V. estar devidamente sinalizado e identificado.

32.7.10 O transporte dos recipientes contendo resíduos de serviço de saúde, para a área de armazenamento externo, deve atender os seguintes requisitos:

- a) ser feito através de veículos apropriados, providos de tampa;
- b) utilizar sempre o menor percurso e o mesmo sentido; e
- c) adotar percurso que não coincida com o mesmo utilizado por pessoas, para o transporte de roupas limpas, alimentos, medicamentos e outros materiais.

32.7.11 Em todos os estabelecimentos de assistência à saúde, deve existir local apropriado para o armazenamento externo dos recipientes contendo os resíduos de serviço de saúde, até que sejam recolhidos pelo sistema de coleta externa.

32.7.11.1 O local, além de atender as características descritas no item 32.5.9, deve ser dimensionado de forma a permitir a separação dos recipientes que contenham resíduos de serviço de saúde incompatíveis entre si.

32.7.12 Os rejeitos radioativos, tipo B.1, devem ser tratados conforme disposto na Resolução CNEN-NE-6.05.

32.8 – Condições sanitárias e de conforto nos locais de trabalho

32.8.1 Todo setor onde exista risco de exposição ao agente biológico deve ter um lavatório apropriado para higiene das mãos provido de água corrente, sabonete líquido toalha descartável e lixeira com tampa de acionamento por pedal.

32.8.1.1 É vedado o uso deste lavatório para fins diversos do especificado.

32.8.2 No caso de quartos ou enfermarias destinados ao isolamento de pacientes portadores de doenças infecto-contagiosas, deve ser previsto um lavatório para cada quarto/enfermaria.

32.8.3 O uso de luvas não substitui a lavagem das mãos, o que deve ocorrer antes e após o uso daquelas.

32.8.4 Os trabalhadores com feridas e/ou lesões nas mãos, antes de iniciar as atividades laborais, devem cobri-las com compressas impermeáveis. Na impossibilidade de cobri-las, deve-se evitar o contato com os pacientes.

32.8.5 Todas as áreas dos estabelecimentos de assistência à saúde deverão ser mantidas, permanentemente, em perfeitas condições de limpeza e providas de:

- a) pisos antiderrapantes, paredes, tetos ou forros lisos, resistentes, impermeáveis e laváveis;
- b) portas de superfícies lisas e laváveis;
- c) lixeiras com tampa, de acionamento por pedal, excetuando desta exigência os setores de manutenção; e
- d) armários, bancadas e outros mobiliários de material liso, lavável e impermeável, permitindo desinfecção e fácil higienização e em bom estado de conservação interno e externo.

32.8.6 Os colchões devem ser revestidos de material lavável e impermeável, permitindo desinfecção e fácil higienização.

32.8.6.1 O revestimento do colchão não pode apresentar solução de continuidade.

32.8.7 Dos refeitórios

32.8.7.1 Os refeitórios dos estabelecimentos de assistência à saúde devem atender ao disposto na NR 24.

32.8.7.2 Os estabelecimentos em que trabalhem até 300 pessoas, devem ser dotados de locais para refeição dos trabalhadores, que atendam aos seguintes requisitos mínimos:

- a) localização fora da área do posto de trabalho;

- b) piso lavável;
- c) limpeza, arejamento e boa iluminação;
- d) mesas e assentos em número correspondente ao de usuários;
- e) lavatórios instalados nas proximidades ou no próprio local;
- f) fornecimento de água potável; e
- g) estufa, fogão ou similar para aquecer as refeições.

32.8.7.3 Os lavatórios para higiene das mãos devem ser providos de papel toalha, sabonete líquido e lixeira com tampa, de acionamento por pedal.

32.8.8 Das lavanderias

32.8.8.1 A lavanderia deve possuir duas áreas distintas, sendo uma considerada suja e outra limpa, devendo ocorrer na primeira o recebimento, classificação, pesagem e lavagem de roupas, e na segunda, a manipulação da roupa lavada.

32.8.8.2 Independente do porte da lavanderia, devem ser instaladas máquinas de lavar de porta dupla ou de barreira, em que a roupa utilizada é inserida pela porta da máquina situada na área suja, por um operador e, após lavada, retirada na área limpa através de outra porta.

32.8.8.2.1 A comunicação entre as duas áreas somente é permitida por meio de visores e interfones.

32.8.8.3 A calandra deve ter:

- a) um termômetro para cada câmara de aquecimento, indicando a temperatura das calhas ou do cilindro aquecido; e
- b) um termostato.

32.9 Da manutenção de máquinas e equipamentos.

32.9.1 Os trabalhadores que realizam a manutenção, além do treinamento específico para

sua atividade, devem também ser submetidos a treinamento, antes de iniciar suas atividades e de forma continuada, com o objetivo de mantê-los familiarizados com os princípios de: higiene pessoal, descontaminação, infectologia, sinalização, rotulagem preventiva, advertência de riscos, tipos de EPI, seu uso correto e acessibilidade em situações de emergência.

32.9.2 Nenhum equipamento poderá ser submetido a manutenção sem prévia descontaminação, salvo em casos de necessidade de mantê-lo em uso por pacientes, quando então, este processo deve ser realizado de acordo com procedimentos previamente estabelecidos.

32.9.3 As máquinas, equipamentos e ferramentas devem ser submetidos à inspeção preventiva e manutenção permanente de acordo com as instruções dos fabricantes, desde que compatíveis com as normas técnicas oficiais e legislação vigentes.

32.9.3.1 O empregador deve estabelecer um cronograma de manutenção preventiva do sistema de abastecimento de gases e das capelas, devendo manter um registro individual da mesma, assinado pelo profissional que a realizou.

32.9.4 Os equipamentos e os meios mecânicos utilizados para o transporte devem ser submetidos periodicamente à manutenção, de forma a conservar os sistemas de rodízio em perfeito estado de funcionamento.

32.9.5 Os dispositivos, tipo manivelas, de ajuste das camas devem ser submetidos a manutenção, assegurando a lubrificação permanente de forma a garantir sua operação sem sobrecarga para os trabalhadores.

32.9.6 Os sistemas de climatização devem ser submetidos a procedimentos de verificação do estado de limpeza, remoção de sujidade por métodos físicos e manutenção do estado de integridade e eficiência de todos os seus componentes.

32.9.6.1 O atendimento do disposto neste item não desobriga o cumprimento da Portaria MS/GM n.º 3523 de 28/08/98.

32.10 Das disposições gerais

32.10.1 Nos estabelecimentos de assistência à saúde, devem ser atendidas:

- a) condições de conforto relativas aos níveis de ruído de acordo com o estabelecido na NBR 10152, norma brasileira registrada no INMETRO; e
- b) iluminação adequada, conforme o estabelecido na Norma Regulamentadora 17 – Ergonomia.

32.10.2 No processo de elaboração e implementação do PPRA e do PCMSO, deverão também ser consideradas as atividades desenvolvidas pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar – CCIH do estabelecimento.

32.10.3 Antes da utilização de qualquer equipamento, os operadores devem receber treinamento quanto ao modo de operação e aos riscos associados.

32.10.4 Em todo estabelecimento de assistência à saúde deve existir um programa de controle de insetos, o qual deve ser comprovado sempre que exigido pela inspeção do trabalho.

32.10.5 As cozinhas devem ser dotadas de exaustores e de outros equipamentos de forma a reduzir ao máximo a dispersão de gorduras e vapores.

32.10.6 Os postos de trabalho devem ser organizados de forma a evitar deslocamentos e esforços desnecessários.

32.10.7 Em todo posto de trabalho devem ser previstos dispositivos estáveis, que permitam aos trabalhadores atingir locais mais altos sem sobreesforço e sem risco.

32.10.8 Nos procedimentos de deslocamento de pacientes da cama para a maca, banheiras, vasos sanitários e cadeiras, deve ser privilegiado o uso de dispositivos de transferência apropriados.

32.10.9 Sempre que o peso a ser transportado possa comprometer a segurança e saúde do trabalhador, devem ser utilizados meios mecânicos apropriados.

32.10.10 Todo estabelecimento de atenção à saúde deve ter local adequado, dotado de ventilação apropriada, para a realização de procedimentos que provoquem odores fétidos.

32.10.11 Os trabalhadores dos estabelecimentos de assistência à saúde devem receber treinamento:

- a) para usar mecânica corporal correta na movimentação de pacientes, de forma a preservar a saúde e a integridade física dos trabalhadores; e
- b) em técnicas de imobilização e contenção de pacientes com comportamento agressivo.

32.10.12 O empregador deve vedar a realização de procedimentos de pipetar com a boca.

32.10.13 Os trabalhadores que realizam a limpeza dos estabelecimentos de assistência à saúde devem ser treinados, antes de iniciar suas atividades e de forma continuada, em relação aos princípios de: higiene pessoal, infectologia, sinalização, rotulagem preventiva, advertência de riscos e tipos de EPI, seu uso correto e acessibilidade em situações de emergência.

32.10.14 Para as atividades de limpeza e conservação, cabe ao empregador:

- a) disponibilizar carro funcional destinado à guarda e transporte dos materiais e produtos indispensáveis a realização das atividades;
- b) providenciar equipamentos adequados para limpeza dos vidros e dos tetos;
- c) proibir a varredura seca; e
- d) proibir o uso de adornos pelos trabalhadores.

32.10.15 As empresas de limpeza e conservação que atuam nos estabelecimentos de assistência à saúde devem cumprir, no mínimo, o disposto nos itens 32.10.13 e 32.10.14.

32.10.16 A comprovação do treinamento deve ser mantida no local de trabalho, à disposição da inspeção do trabalho.

32.10.17 A observância das disposições regulamentares constantes dessa Norma

Regulamentadora - NR não desobriga as empresas do cumprimento de outras disposições que, com relação à matéria, sejam incluídas em códigos ou regulamentos sanitários dos

Estados ou Municípios e outras oriundas de convenções e acordos coletivos de trabalho, ou constantes nas demais NR e legislação federal pertinente à matéria.

32.10.18 Cabe ao empregador vedar:

- a) a utilização de pias de trabalho para fins de higiene pessoal;
- b) fumar, usar adornos e manusear lentes de contato nos postos de trabalho;
- c) alimentar-se e beber nos postos de trabalho;
- d) guardar alimentos em locais não destinados para este fim; e
- e) uso de calçados abertos.

32.10.19 O empregador deve fornecer, sem ônus para o empregado, vestimenta de trabalho adequada aos riscos ocupacionais em condições de conforto, bem como responsabilizar-se por sua higienização.

32.10.20 Antes de sair do ambiente de trabalho, após o seu turno laboral, os trabalhadores devem retirar suas vestimentas e os equipamentos de proteção individual, que possam estar contaminados por agentes biológicos e colocá-los em locais para este fim destinados.

32.10.21 Toda trabalhadora gestante deve ser afastada de qualquer contato com gases e/ou vapores anestésicos.

ANEXO E – MATERIAIS PARA TESTE

ANTES DA ATIVAÇÃO



DEPOIS DA ATIVAÇÃO



BD Integra™ Seringa de Segurança

Lanceta para teste de HGT



ANEXO F – COMUNICAÇÃO DE ACIDENTES DE TRABALHO - CAT



PREVIDÊNCIA SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DO TRABALHO - CAT

1- Emitente
1- Empregador 2- Sindicato 3- Médico 4- Segurado ou dependente
5- Autoridade pública
2- Tipo de CAT
1- Inicial 2- Reabertura 3- Comunicação de Óbito
em:

I - EMITENTE

Empregador

3- Razão Social /Nome

4- Tipo 1- CGC/CNPJ 2- CEI 3- CPF 4-NIT

5- CNAE

6- Endereço - Rua/Av.

Complemento (continuação)

Bairro

CEP

7- Município

8-UF

9- Telefone

Acidentado

10- Nome

11- Nome da mãe

12- Data de nasc.

13- Sexo
1- Masc. 3-
Fem.

14- Estado civil
1- Solteiro 2- Casado 3-
Viúvo
4- Sep. judic. 5- Outro
6 - Ignorado

15- CTPS- Nº /Série/ Data de emissão

16- UF

17- Remuneração Mensal

18- Carteira de Indentidade

Data de emissão

Orgão Expedidor

19- UF

20- PIS/PASEP/NIT

21- Endereço - Rua/Av/

Bairro

CEP

22- Município

23- UF

24- Telefone

25- Nome da ocupação

26- CBO

[consulte CBO](#)

27- Filiação à Previdência Social
1- Empregado 2- Tra. avulso 7- Seg.
especial
8- Médico residente

28-

Aposentado?
1- sim 2- não

29-Áreas

1- Urbana 2- Rural

Acidente ou Doença

30- Data do acidente

31- Hora do acidente

32- Após quantas horas de trabalho?

33- tipo

1-Típico 2- Doença 3-
Trajeto

34- Houve

afastamento?
1-sim 2-não

35- Último dia trabalhado

36- Local do acidente

37 - Especificação do local do acidente

38- CGC/CNPJ

39- UF

40-Município do local do acidente

41-Parte(s) do corpo atingida(s)

42- Agente causador

43- Descrição da situação geradora do acidente ou doença

44- Houve registro policial ? 1- sim 2- não45- Houve morte ? 1- sim 2- não**Testemunhas**

46- Nome

47- Endereço - Rua/Av/nº/comp.

Bairro

CEP

48- Município

49- UF

Telefone

50- Nome

51- Endereço - Rua/Av/nº/comp.

Bairro

CEP

52- Município

53- UF

Telefone

Local e data

Assinatura e carimbo do emitente

II - ATESTADO MÉDICO

Deve ser preenchido por profissional médico.

Atendimento

54- Unidade de atendimento médico

55-Data

56- Hora

57- Houve

internação
1-sim 2- não

58- Duração provável do

tratamento dias

59- Deverá o acidentado afastar-se do trabalho durante o tratamento?

1-sim 2-não**Lesão**

60- Descrição e natureza da lesão

Diagnóstico

61- Diagnóstico provável

62- CID-10

63- Observações:

Local e data

Assinatura e carimbo do médico com CRM

III - INSS

64- Recebida em

65- Código da Unidade

66- Número do CAT

67- Matrícula do servidor

Matrícula

Assinatura do servidor

Notas:

1- A inexatidão das declarações desta comunicação implicará nas sanções previstas nos artigos. 171 e 299 do Código Penal.

2- A comunicação de acidente do trabalho deverá ser feita até o 1º dia útil após o acidente, sob pena de multa, na forma prevista no art. 22 da Lei nº 8.213/91.

A COMUNICAÇÃO DO ACIDENTE É OBRIGATÓRIA, MESMO NO CASO EM QUE NÃO HAJA AFASTAMENTO DO TRABALHO

ANEXO G – PROJETO DE LEI Nº 2.295, DE 2000



CÂMARA DOS DEPUTADOS

PROJETO DE LEI

Nº 2.295, DE 2000

(Do Senado Federal)

PLS Nº 161/99

Dispõe sobre a jornada de trabalho dos Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem.

(ÀS COMISSÕES DE TRABALHO, DE ADMINISTRAÇÃO E SERVIÇO PÚBLICO; E DE CONSTITUIÇÃO E JUSTIÇA E DE REDAÇÃO (ART. 54). APENSEM-SE A ESTE O PROJETO DE LEI Nº 969, DE 1999, E SEU APENSADO)

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º O art. 2º da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, passa a vigorar acrescido do seguinte § 2º, numerando-se o atual parágrafo único como § 1º:

“Art. 2º

“§ 1º

“§ 2º A duração normal da jornada de trabalho dos Enfermeiros, Técnicos, Auxiliares de Enfermagem e Parteiras não excederá a seis horas diárias e a trinta horas semanais.”

Art. 2º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Senado Federal, em 17 de dezembro de 1999

Senador Geraldo Melo

Primeiro Vice-Presidente do Senado Federal,
no exercício da Presidência

ANEXO H - CONVENÇÃO 187

C187 Convenio sobre el marco promocional para la seguridad y salud en el trabajo, 2006

Convenio sobre el marco promocional para la seguridad y salud en el trabajo (Nota: Fecha de entrada en vigor: 20:02:2009.)

Descripcion:(Convenio)

Convenio: C187 Lugar: Ginebra. Fecha de adopcion: 15:06.2006. Sesion de la Conferencia:95. Ver las ratificaciones que ha recibido este ConvenioEstatus: Instrumento actualizado Este Convenio fue adoptado desde 1985 y se considera actualizado. La Conferencia General de la Organización Internacional del Trabajo: Convocada en Ginebra por el Consejo de Administración de la Oficina Internacional del Trabajo, y congregada en dicha ciudad, en su nonagésima quinta reunión, el 31 de mayo de 2006;

Reconociendo la magnitud a escala mundial de las lesiones, enfermedades y muertes ocasionadas por el trabajo, y la necesidad de proseguir la acción para reducirla;

Recordando que la protección de los trabajadores contra las enfermedades, sean o no profesionales, y contra los accidentes del trabajo es uno de los objetivos fundamentales de la Organización Internacional del Trabajo establecidos en su Constitución;

Reconociendo el impacto negativo de las lesiones, enfermedades y muertes ocasionadas por el trabajo sobre la productividad y sobre el desarrollo económico y social;

Tomando nota de que en el apartado g) del párrafo III de la Declaración de Filadelfia se dispone que la Organización Internacional del Trabajo tiene la obligación solemne de fomentar, entre las naciones del mundo, programas que permitan proteger adecuadamente la vida y la salud de los trabajadores en todas las ocupaciones;

Teniendo en cuenta la Declaración de la OIT relativa a los principios y derechos fundamentales en el trabajo y su seguimiento, 1998;

Tomando nota de lo dispuesto en el Convenio sobre seguridad y salud de los trabajadores, 1981 (núm. 155), la Recomendación sobre seguridad y salud de los trabajadores, 1981 (núm. 164), y otros instrumentos de la Organización Internacional del Trabajo pertinentes para el marco promocional para la seguridad y salud en el trabajo;

Recordando que la promoción de la seguridad y salud en el trabajo forma parte del programa de trabajo decente para todos, de la Organización Internacional del Trabajo;

Recordando las conclusiones relativas a las actividades normativas de la OIT en el ámbito de la seguridad y salud en el trabajo una estrategia global adoptadas por la

Conferencia Internacional del Trabajo en su 91.^a reunión (2003), en particular respecto a la conveniencia de velar por que se dé prioridad a la seguridad y salud en el trabajo en los programas nacionales;

Haciendo hincapié en la importancia de promover de forma continua una cultura nacional de prevención en materia de seguridad y salud;

Después de haber decidido adoptar determinadas propuestas relativas a la seguridad y la salud en el trabajo, cuestión que constituye el cuarto punto del orden del día de la reunión, y

Después de haber decidido que dichas propuestas revistan la forma de un convenio internacional, adopta, con fecha quince de junio de dos mil seis, el siguiente Convenio, que podrá ser citado como el Convenio sobre el marco promocional para la seguridad y salud en el trabajo, 2006.

I. DEFINICIONES

Artículo 1 A los efectos del presente Convenio:

- a) la expresión política nacional se refiere a la política nacional sobre seguridad y salud en el trabajo y el medio ambiente de trabajo, elaborada de conformidad con los principios enunciados en el artículo 4 del Convenio sobre seguridad y salud de los trabajadores, 1981 (núm. 155);
- b) la expresión sistema nacional de seguridad y salud en el trabajo o sistema nacional se refiere a la infraestructura que conforma el marco principal para la aplicación de la política y los programas nacionales de seguridad y salud en el trabajo;
- c) la expresión programa nacional de seguridad y salud en el trabajo o programa nacional se refiere a cualquier programa nacional que incluya objetivos que deban alcanzarse en un plazo determinado, así como las prioridades y medios de acción destinados a mejorar la seguridad y salud en el trabajo, y los medios para evaluar los progresos realizados, y
- d) la expresión cultura nacional de prevención en materia de seguridad y salud se refiere a una cultura en la que el derecho a un medio ambiente de trabajo seguro y saludable se respeta en todos los niveles, en la que el gobierno, los empleadores y los trabajadores participan activamente en iniciativas destinadas a asegurar un medio ambiente de trabajo seguro y saludable mediante un sistema de derechos, responsabilidades y deberes bien definidos, y en la que se concede la máxima prioridad al principio de prevención.

II. OBJETIVO

Artículo 2

1. Todo Miembro que ratifique el presente Convenio deberá promover la mejora continua de la seguridad y salud en el trabajo con el fin de prevenir las lesiones, enfermedades y muertes ocasionadas por el trabajo mediante el desarrollo de una política, un sistema y un programa nacionales, en consulta con las organizaciones más representativas de empleadores y de trabajadores.

2. Todo Miembro deberá adoptar medidas activas con miras a conseguir de forma progresiva un medio ambiente de trabajo seguro y saludable mediante un sistema

nacional y programas nacionales de seguridad y salud en el trabajo, teniendo en cuenta los principios recogidos en los instrumentos de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) pertinentes para el marco promocional para la seguridad y salud en el trabajo.

3. Todo Miembro, en consulta con las organizaciones más representativas de empleadores y de trabajadores, deberá examinar periódicamente las medidas que podrían adoptarse para ratificar los convenios pertinentes de la OIT en materia de seguridad y salud en el trabajo.

III. POLÍTICA NACIONAL

Artículo 3

1. Todo Miembro deberá promover un ambiente de trabajo seguro y saludable mediante la elaboración de una política nacional.

2. Todo Miembro deberá promover e impulsar, en todos los niveles pertinentes, el derecho de los trabajadores a un medio ambiente de trabajo seguro y saludable.

3. Al elaborar su política nacional, todo Miembro deberá promover, de acuerdo con las condiciones y práctica nacionales y en consulta con las organizaciones más representativas de empleadores y trabajadores, principios básicos tales como: evaluar los riesgos o peligros del trabajo; combatir en su origen los riesgos o peligros del trabajo; y desarrollar una cultura nacional de prevención en materia de seguridad y salud que incluya información, consultas y formación.

IV. SISTEMA NACIONAL

Artículo 4

1. Todo Miembro deberá establecer, mantener y desarrollar de forma progresiva, y reexaminar periódicamente, un sistema nacional de seguridad y salud en el trabajo, en consulta con las organizaciones más representativas de empleadores y de trabajadores.

2. El sistema nacional de seguridad y salud en el trabajo deberá incluir, entre otras cosas:

a) la legislación, los convenios colectivos en su caso, y cualquier otro instrumento pertinente en materia de seguridad y salud en el trabajo;

b) una autoridad u organismo, o autoridades u organismos responsables de la seguridad y salud en el trabajo, designados de conformidad con la legislación y la práctica nacionales;

c) mecanismos para garantizar la observancia de la legislación nacional, incluidos los sistemas de inspección, y

d) disposiciones para promover en el ámbito de la empresa la cooperación entre la dirección, los trabajadores y sus representantes, como elemento esencial de las medidas de prevención relacionadas con el lugar de trabajo.

3. El sistema nacional de seguridad y salud en el trabajo deberá incluir, cuando proceda:

a) un órgano u órganos consultivos tripartitos de ámbito nacional para tratar las cuestiones relativas a la seguridad y salud en el trabajo;

b) servicios de información y asesoramiento en materia de seguridad y salud en el trabajo;

c) formación en materia de seguridad y salud en el trabajo;

- d) servicios de salud en el trabajo, de conformidad con la legislación y la práctica nacionales;
- e) la investigación en materia de seguridad y salud en el trabajo;
- f) un mecanismo para la recopilación y el análisis de los datos relativos a las lesiones y enfermedades profesionales, teniendo en cuenta los instrumentos de la OIT pertinentes;
- g) disposiciones con miras a la colaboración con los regímenes pertinentes de seguro o de seguridad social que cubran las lesiones y enfermedades profesionales, y
- h) mecanismos de apoyo para la mejora progresiva de las condiciones de seguridad y salud en el trabajo en las microempresas, en las pequeñas y medianas empresas, y en la economía informal.

V. PROGRAMA NACIONAL

Artículo 5

1. Todo Miembro deberá elaborar, aplicar, controlar y reexaminar periódicamente un programa nacional de seguridad y salud en el trabajo en consulta con las organizaciones más representativas de empleadores y de trabajadores.

2. El programa nacional deberá:

- a) promover el desarrollo de una cultura nacional de prevención en materia de seguridad y salud;
- b) contribuir a la protección de los trabajadores mediante la eliminación de los peligros y riesgos del trabajo o su reducción al mínimo, en la medida en que sea razonable y factible, de conformidad con la legislación y la práctica nacionales, con miras a prevenir las lesiones, enfermedades y muertes ocasionadas por el trabajo y a promover la seguridad y salud en el lugar de trabajo;
- c) elaborarse y reexaminarse sobre la base de un análisis de la situación nacional en materia de seguridad y salud en el trabajo, que incluya un análisis del sistema nacional de seguridad y salud en el trabajo;
- d) incluir objetivos, metas e indicadores de progreso, y
- e) ser apoyado, cuando sea posible, por otros programas y planes nacionales de carácter complementario que ayuden a alcanzar progresivamente el objetivo de un medio ambiente de trabajo seguro y saludable.

3. El programa nacional deberá ser ampliamente difundido y, en la medida de lo posible, ser respaldado y puesto en marcha por las más altas autoridades nacionales.

VI. DISPOSICIONES FINALES

Artículo 6

El presente Convenio no constituye una revisión de ninguno de los convenios o recomendaciones internacionales del trabajo.

Artículo 7

Las ratificaciones formales del presente Convenio serán comunicadas para su registro al Director General de la Oficina Internacional del Trabajo.

Artículo 8

1. El presente Convenio obligará únicamente a aquellos Miembros de la Organización Internacional del Trabajo cuyas ratificaciones haya registrado el Director General de la Oficina Internacional del Trabajo.
2. Entrará en vigor doce meses después de la fecha en que las ratificaciones de dos Miembros hayan sido registradas por el Director General.
3. Desde dicho momento, el presente Convenio entrará en vigor, para cada Miembro, doce meses después de la fecha de registro de su ratificación.

Artículo 9

1. Todo Miembro que haya ratificado el presente Convenio puede denunciarlo a la expiración de un período de diez años, a partir de la fecha en que se haya puesto inicialmente en vigor, mediante un acta comunicada para su registro al Director General de la Oficina Internacional del Trabajo. La denuncia no surtirá efecto hasta un año después de la fecha en que se haya registrado.
2. Todo Miembro que haya ratificado el presente Convenio y que, en el plazo de un año posterior a la expiración del período de diez años mencionado en el párrafo precedente, no invoque el derecho de denuncia previsto en este artículo quedará obligado durante un nuevo período de diez años, y en lo sucesivo podrá denunciar este Convenio durante el primer año de cada nuevo período de diez años, en las condiciones previstas en este artículo.

Artículo 10

1. El Director General de la Oficina Internacional del Trabajo notificará a todos los Miembros de la Organización Internacional del Trabajo el registro de todas las ratificaciones y denuncias que le comuniquen los Miembros de la Organización.
2. Al notificar a los Miembros de la Organización el registro de la segunda ratificación que le haya sido comunicada, el Director General llamará la atención de los Miembros de la Organización sobre la fecha en que entrará en vigor el presente Convenio.

Artículo 11

El Director General de la Oficina Internacional del Trabajo comunicará al Secretario General de las Naciones Unidas, para su registro de conformidad con el artículo 102 de la Carta de las Naciones Unidas, una información completa sobre todas las ratificaciones y denuncias que haya registrado.

Artículo 12

Cada vez que lo estime necesario, el Consejo de Administración de la Oficina Internacional del Trabajo presentará a la Conferencia una memoria sobre la aplicación del Convenio, y considerará la conveniencia de inscribir en el orden del día de la Conferencia la cuestión de su revisión.

Artículo 13

1. En caso de que la Conferencia adopte un nuevo convenio que implique una revisión del presente, y a menos que el nuevo convenio contenga disposiciones en contrario:

a) la ratificación, por un Miembro, del nuevo convenio revisor implicará, ipso jure, la denuncia inmediata del presente Convenio, no obstante las disposiciones contenidas en el artículo 9, siempre que el nuevo convenio revisor haya entrado en vigor;

b) a partir de la fecha en que entre en vigor el nuevo convenio revisor, el presente Convenio cesará de estar abierto a la ratificación por los Miembros.

2. El presente Convenio continuará en vigor en todo caso, en su forma y contenido actuales, para los Miembros que lo hayan ratificado y no ratifiquen el convenio revisor.

Artículo 14

Las versiones inglesa y francesa del texto de este Convenio son igualmente auténticas.