Universidade de São Paulo

Faculdade de Saúde Pública

**Análise dos acidentes com material biológico em hospital
universitário: uma abordagem a partir da análise das
atividades de trabalho**

Sandra Donatelli

**Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Saúde Pública para
obtenção do título de Mestre em
Ciências.**

**Área de Concentração: Saúde
Ambiental.**

**Orientador: Prof. Associado Rodolfo
Andrade de Gouveia Vilela**

São Paulo

2013

**Análise dos acidentes com material biológico em hospital
universitário: uma abordagem a partir da análise das
atividades de trabalho**

Sandra Donatelli

**Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Saúde Pública para
obtenção do título de Mestre em
Ciências.**

**Área de Concentração: Saúde
Ambiental.**

**Orientador: Prof. Associado Rodolfo
Andrade de Gouveia Vilela**

São Paulo

2013

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida **exclusivamente** para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Livre-Docente Rodolfo Andrade de Gouveia Vilela por ter me recebido como orientanda, por sua disponibilidade, paciência e dedicação em transmitir de modo incansável seus conhecimentos.

Aos Professores Doutores Ildeberto Muniz de Almeida Lys Esther Rocha, Aparecida Mari Iguti, pela postura amiga e por todo ensinamento transmitido de modo atencioso e gentil sempre.

Agradeço a todos os servidores do Hospital, do SESMT e da Divisão de Enfermagem, que participaram deste estudo, ofertando suas contribuições, direta ou indiretamente, principalmente àqueles que participaram das reuniões e entrevistas, por sua atenção e vontade de criar um ambiente de trabalho melhor.

Aos amigos e colegas de trabalho, Marco Antonio Bussacos e Maria Cristina Gonzaga, José Marçal Jackson Filho, Leônidas Ramos Pandaggis e muitos outros, pelo convívio diário, por sua paciência e carinho. E, especialmente, à Doutora Leda Leal Ferreira, além de chefe, uma amiga: obrigada por tudo.

À Fundacentro, por incentivar seu corpo de servidores na busca de conhecimentos.

Aos colegas e amigos de pós-graduação, Eduardo Costa Sá, Kleber dos Santos, e, principalmente, a Manoela Gomes Reis Lopes, por toda sua contribuição, gentileza, atenção e carinho dispensados.

A todos os professores das disciplinas cursadas na pós-graduação por me aceitarem em suas salas de aula e a todos os colegas que tive a oportunidade de conhecer e conviver, mesmo que por curto espaço de tempo.

A toda minha família, que, de uma forma ou de outra, mesmo sem saber, me estimulou a buscar ânimo e vontade para seguir nesta jornada em busca de conhecimento.

Aos meus amigos, *gordinhas e gordinhos do coração*, pela paciência e compreensão durante este período de ausências.

DONATELLI, S. Análise dos acidentes com material biológico em hospital universitário: uma abordagem a partir da análise das atividades de trabalho. [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2013.

RESUMO

Este estudo teve por objetivo compreender, a partir da análise das atividades de trabalho, os aspectos que estão presentes nas origens dos acidentes de trabalho com material biológico que ocorrem com os profissionais AE/TE em hospital universitário. Foi realizado no Instituto Central de um grande complexo hospitalar, que conta com um efetivo de enfermagem de pouco mais 2.000 profissionais. Foram utilizados dois métodos. Um, a Análise Coletiva do Trabalho – ACT, método pelo qual os trabalhadores são levados a falar como realizam seu trabalho em reuniões de grupos. O outro, o Modelo de Análise e Prevenção de Acidentes de Trabalho – M.A.P.A., que consiste na análise em profundidade de acidentes de trabalho, no qual se faz entrevistas e observação buscando compreender os antecedentes causais proximais e distais situados na origem dos acidentes. As constatações da ACT revelaram a característica dinâmica do trabalho e suas variabilidades. Evidenciando que para dar conta de todas as tarefas e atividades há uma alta exigência de tempo, que o trabalho exige uma constante vigilância/atenção dos AE/TE para com os detalhes, que mobiliários e equipamentos são antigos e carecedores de manutenção, a pouca valorização do pessoal de enfermagem, que o trabalho sofre interrupções constantes, efetivo trabalhando no limite mínimo. Com o MAPA foram revelados aspectos de sobrecarga de trabalho, realização de procedimentos em ritmo acelerado, falta de desenho ou planejamento da gestão de segurança que considere as peculiaridades e variabilidades das situações de trabalho, bem como falha no cumprimento de Normas Regulamentadoras do Ministério do Trabalho e Emprego - MTE.

Palavras-chave: acidentes do trabalho; exposição ocupacional a material biológico, ACT, MAPA.

DONATELLI, S. Analysis of occupational accidents with biological material in a university hospital: an approach based on the analysis of work activities. [Master's Thesis]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2013.

ABSTRACT

This study aimed to understand, from the analysis of work activities, the aspects that are present in the origins of accidents with biological material that occur with health professionals in a university hospital. It was held at the Central Institute of a large hospital complex, which has a staff of little more than 2,000 nursing professionals. Two methods were used. One of them , Analysis Collective Labor – “ACT” method by which workers are brought to say the way they perform their work in a group meeting. The other one, the Model Analysis and Prevention of Accidents –“ M.A.P.A”, which consists of in depth analysis of accidents in which one does interviews and observation in order to understand the causal, proximal and distal antecedents located at the origin of the occurrences of accidents. The findings of the “ACT” revealed the dynamic nature of work and its variability. Showing that to meet all the tasks and activities there is a high requirement of time, the job requires constant vigilance and attention of the nursing technicians for the details, the furniture and equipment are old and they need maintenance, the devaluation of nursing staff, the duty suffers constant interruptions, professionals working in the limit. The” M.A.P.A” revealed aspects of overload labor, perform procedures at a fast pace, lack of design or planning of security management that considers the peculiarities and variability of work situations, as well as failure to comply with the Regulatory Standards of Minister of Labor and Employment “MTE”.

Keywords: accidents; occupational exposure to biological material, “ACT”, “M.A.P.A”

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	1
2. PREVENÇÃO DE ACIDENTES DE TRABALHO	7
2.1. Modelo de Análise e Prevenção de Acidentes de Trabalho- M.A.P.A.....	16
2.2. Análise Coletiva do Trabalho – ACT.....	18
3. OBJETIVOS	22
3.1. Geral	22
3.2. Específicos	22
4. METODOLOGIA	23
4.1. A demanda e contexto do estudo.....	28
4.2. Questões éticas	32
RESULTADOS.....	33
5. - O TRABALHO DE AUXILIADORES E TÉCNICOS DE ENFERMAGEM.....	34
5.1. Rotinas de trabalho e cuidados integrais	38
5.2. Passagem de plantão entre turnos	40
5.3. Verificar os controles dos pacientes	43
5.4. Medicações	44
5.5. Intervalo para café	49
5.6. Controle das atividades e fluxo entre diferentes profissionais: as “Anotações”	50
5.7. Higienização dos pacientes - os banhos.....	53
5.8. Diferenças entre as rotinas das clínicas	56
5.9. Intercorrências	59
5.10. Diferentes possibilidades de “engano”, “falha” ou “erro”	61

5.11. O duplo vínculo num mesmo serviço e as longas jornadas de trabalho.	63
5.12. Escala de trabalho e plantões	65
5.13. Ser “emprestado”	70
5.14. Convênios particulares (dupla porta).....	72
5.15. Questão de saúde e dos trabalhadores	74
5.16. Bom e ruim no trabalho	76
6. ANÁLISE DOS ACIDENTES DE TRABALHO	84
6.1. Acidente com perfurocortante	84
6.1.1. Descrição do acidente	84
6.1.2. Análise de mudanças	93
6.1.3. Análise de barreiras	95
6.1.4. Gestão de segurança	96
6.1.5. Gestão da produção e suas variabilidades (mudanças)	97
6.2. Acidente com respingo	101
6.2.1. Descrição do acidente	101
6.2.2. Análise de mudanças	103
6.2.3. Análise de barreiras	103
6.2.4. Gestão de segurança	105
6.2.5. Gestão da produção e variabilidades (mudanças)	106
7. DISCUSSÃO	110
7.1. Da análise dos acidentes	121
8. CONCLUSÃO	130
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	136
10. ANEXOS	153

Anexo I - Termo de Responsabilidade	153
Anexo II - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	154
Anexo III – CV Lattes Prof. Rodolfo Vilela.	157
Anexo IV – CV Lattes Sandra Donatelli.	158

Lista de figuras

Figura 1: Bandeja com medicações separadas (destaque: etiquetas de identificação dos pacientes e medicações)	45
Figura 2: Carrinho de medicações com gavetas numeradas	49
Figura 3: Exemplo de Alerta da Divisão de Farmácia sobre sons e grafias dos medicamentos	62
Figura 4: Puncionando acesso venoso com jelco e polifix de dupla entrada .	86
Figura 5: Equipo conectado ao polifix para o paciente receber medicação, em destaque o injetor lateral (borrachinha) e a extensão (mangueirinha)	86
Figura 6: Demonstração de como segurou o injetor lateral (=borrachinha) e dobrou a mangueira (extensão) do equipo para fazer a limpeza (=salinização)	87
Figura 7: Polifix com duas entradas/aceesos instalados com jelco (agulha de silicone instalada na veia do paciente, acesso venoso) em braço de paciente	87
Figura 8: Modelo de equipo utilizado no procedimento do acidente em destaque a conexão e o injetor lateral (borrachinha) por onde foi introduzida a agulha para limpeza do equipo	88
Figura 9: Conexão para unir o equipo ao polifix	88

Lista de quadros

Quadro1 - Comparação entre tarefas descritas na legislação para as profissões de AE/TE.	35
Quadro2. Síntese da Análise do acidente com perfurocortante	99
Quadro3. Síntese da Análise do acidente com respingo	107

Lista de tabelas

Tabela 1: Número de acidentes de trabalho registrados nas atividades de atendimento hospitalar no período de 2007 a 2011, segundo a classificação do CNAE	04
Tabela 2: Acidentes com exposição a material biológico – EMB	30
Tabela 3: Absenteísmo por motivo e grandes grupos do CID-10 referentes ao período de 1/1/2012 a 31/12/2012	30

1. INTRODUÇÃO

O “Relatório de Estatísticas Mundiais” elaborado pela Organização Mundial da Saúde, registra aproximadamente 28,8 milhões de trabalhadores da saúde no mundo (médicos, enfermeiros, pessoal de odontologia, dentre outros) expostos a materiais biológicos, considerando-se apenas o pessoal com vínculo formal de trabalho (WHO, 2012, p.120)

No Brasil, o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)¹ registra mais de 2,3 milhões de profissionais (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem farmacêuticos etc.) vinculados a estabelecimentos de saúde. Há que se considerar que muitos possuem mais de um vínculo empregatício (BRASIL/MS/DATASUS, 2011).

Com a finalidade de chamar a atenção para os problemas de saúde enfrentados por profissionais da saúde, a Organização Internacional do Trabalho lançou em 2010 um encarte no qual destaca alguns riscos emergentes para esta década (2010/2020), dentre os quais os riscos biológicos e a biotecnologia (OIT, 2010).

Os acidentes de trabalho com material perfurocortante constituem uma preocupação para os profissionais de saúde, porque estão relacionados ao risco de exposição a materiais biológicos. Alguns estudos sobre este tema serão apresentados a seguir.

Estudo epidemiológico descritivo realizado no Hospital Universitário de Londrina, no período de 1995 a 2000 detectou que 36,92% (791) dos acidentes ocorridos em todo o hospital, no período referido, o foram por exposição a materiais biológicos com a equipe de enfermagem, cujo profissional mais acidentado foi o auxiliar de enfermagem (representa o maior número de trabalhadores da equipe de enfermagem). No entender dos autores,

---

¹ (CNES: situação da base de dados nacional em 10/04/2010. Nota: caso um profissional tenha mais de um vínculo, ele foi contado tantas vezes quantos vínculos tiver).

a realidade dos processos de trabalho e de vida pode exercer grande interferência em seu desgaste laboral (SÊCCO, *et al.*, 2003).

Outra investigação mostrou que, dos 73 profissionais entrevistados (9 enfermeiras, 8 técnicos e 56 auxiliares de enfermagem, correspondendo a 50% da amostra total da população), 96% demonstraram ter conhecimento sobre o risco para a contaminação pelo HIV e tomar as medidas de precaução-padrão. Dos participantes do estudo, 40% sofreram acidente com agulha, dos quais 12% ocorreram durante procedimento de punção venosa e 25% no preparo da medicação. Houve uma prevalência de profissionais do sexo feminino, com idade entre 20 e 30 anos, exercendo a profissão há menos de 10 anos. Os procedimentos considerados de maior risco para a ocorrência de acidentes foram: punção venosa; troca de curativos em lesão com sangue ou secreção; medicação parenteral; e aspiração (SPRICIGO E MADUREIRA, 2003).

Estudo de análise retrospectiva quantitativa e qualitativa, por meio de entrevistas realizadas no HC-UNESP, corrobora com os anteriores ao revelar que, embora não tenha ocorrido contaminação do profissional, dentre os acidentes analisados, a maioria da equipe era composta por mulheres, na faixa etária de 21-40 anos. Segundo o estudo, os auxiliares de enfermagem foram os mais acidentados, pois seriam trabalhadores a possuir menor conhecimento e qualificação profissional e, estariam mais sujeitos aos acidentes. Houve prevalência nas lesões percutâneas com sangue, e sua origem, na maioria dos casos, envolveu agulhas com lúmen². Na análise qualitativa, o sentimento de medo da contaminação prevaleceu; a conclusão do estudo citado revelou haver certo grau de desconhecimento ou a banalização, pelos profissionais, das possibilidades de contaminação (SILVA, *et al.*, 2010).

Levantamento quantitativo realizado com base nos dados do SINAN-NET de uma Unidade Sentinela em Saúde do Trabalhador de Curitiba verificou a ocorrência de 2.683 casos de acidentes de trabalho que acometeram 82% de profissionais do sexo feminino, auxiliares de enfermagem (30%), na faixa

---

² Agulha com lúmen: agulha oca, utilizada na coleta de material biológico, como sangue, ou para aplicação medicamentosa.

etária de 20-40 anos (71%), com exposição percutânea (73%), envolvendo agulhas com lúmen (56%) (KON, *et al.*, 2011).

Pesquisa para analisar os fatores determinantes dos acidentes e condutas pós-acidentes com material biológico em atendimento pré-hospitalar identificou que a maioria dos acidentados era do sexo masculino (56%), com incidência de acidentes de 19,8%, no período de junho de 2005 a maio de 2006. Destes, 56,5% foram por contato com fluidos corporais, e 39,1% com material perfurocortante. Apenas 8,7% dos acidentes foram notificados com CAT e, em 52,2% dos casos, nenhuma conduta pós-exposição foi tomada. A categoria mais acidentada foi a dos médicos (33,3% dos casos), seguida pelos condutores de ambulâncias (24%). Para os autores, o fato de não terem sido tomadas as providências necessárias pós-acidente sugeriu que há desinformação ou desinteresse em relação aos aspectos epidemiológicos, por parte dos profissionais. A falta de registro foi referida como originária do fato de não passarem pelo protocolo de acompanhamento sorológico (PAIVA E OLIVEIRA, 2011).

O Boletim Epidemiológico “Acidentes de Trabalho com Exposição Potencial a Material Biológico”, que se baseou nas notificações do Sistema de Informações de Agravos de Notificações (SINAN), mostra que as notificações de acidentes de trabalho com exposição a material biológico estão aumentando, uma vez que em 2007 houve 15.735 casos de AT-Bio e, em 2010, foram 32.734, ou seja, um acréscimo de 108,0% no número de casos notificados; um aumento significativo para um período de três anos (UFBA/ISC/PISAT, 2011).

Este boletim revela outras informações relevantes sobre os acidentes de trabalho com exposição a material biológico: a) a população de trabalhadores mais atingida é do sexo feminino: mulheres, 24.540 casos notificados, contra 3.445 casos em homens, no ano de 2010; b) a principal causa, entre as mulheres, foi descarte inadequado de material perfurocortante em bancadas e leitos hospitalares (19,94%), seguida de administração de medicação endovenosa (18,99%) e, entre os homens, descarte de material perfurocortante

em sacos de lixo (32,61), seguido pelo descarte de material perfurocortante em bancada e leitos hospitalares (17,79%) (UFBA/ISC/PISAT, 2011).

Segundo o Anuário Estatístico da Previdência Social nas atividades de atendimento hospitalar (classificação do CNAE de nº 8610), o número de acidentes de trabalho registrados no período de 2007 a 2011 chegou a mais de 220 mil, conforme a Tabela 1 (BRASIL/MPS/AEPS, 2013):

Tabela 1: número de acidentes de trabalho registrados nas atividades de atendimento hospitalar no período de 2007 a 2011, segundo a classificação do CNAE.

ANO	2007	2008	2009	2010	2011
Classificação	38.855	43.871	48.379	48.311	44.185
CNAE 8610					
%	5,9	5,8	6,9	6,8	6,2
TOTAL GERAL	659.523	755.980	733.365	701.496	711.164
Fonte:(BRASIL/MPS/AEPS, 2013)					

No Brasil, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA estabelece regulamentação sobre o papel das comissões de Controle de Infecção Hospitalar – CCIH em estabelecimentos de saúde, através de leis e portarias, com objetivo de que sejam mantidos programas de controle de infecções hospitalares e também ampliando a obrigatoriedade de notificação (BRASIL, Lei n. 9.431, de 6/1/1997, MS/GM, Portaria n. 2.616/98).

A notificação de acidentes com risco de contaminação biológica é compulsória no país, conforme a Portaria MS/GM nº. 104, de 25 de janeiro de 2011, que dispõe sobre a “*definição das terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo,*

critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde” (BRASIL/MS, Portaria nº.104 de 25/01/2011).

O Ministério da Saúde, em busca da prevenção destes eventos elaborou o manual de “Diretrizes Gerais para o Trabalho em Contenção com Agentes Biológicos”, que tem por finalidade definir requisitos mínimos para o trabalho seguro com agentes biológicos (BRASIL/MS/SCTIE, 2010).

A recomendação do Ministério da Saúde, nos acidentes por material perfurocortante, com risco de contaminação por material biológico, é a de que a avaliação seja feita imediatamente após o acidente, devendo estar baseada na anamnese do acidente, na caracterização do paciente-fonte, na análise do risco, na notificação do acidente, além da orientação de manejo e das medidas de cuidado com o local exposto. São condutas que se referem à verificação das exposições ocupacionais a materiais biológicos potencialmente contaminados com os vírus HIV- Vírus da imunodeficiência humana; HBV- Vírus da hepatite B; HCV- Vírus da hepatite C; e diferem para cada tipo de vírus (BRASIL/MS, 2006).

O Ministério do Trabalho, por sua vez, elaborou a Norma Regulamentadora-32 (NR 32), publicada pela Portaria nº. 485, de 11 de novembro de 2005, com recente alteração feita pela Portaria nº. 1.748, de 30 de agosto de 2011, que introduziu o Anexo III, prescrevendo a obrigatoriedade do Plano de Prevenção de Riscos de Acidentes com Materiais Perfurocortantes.

A NR-32 faz a classificação dos agentes biológicos em 4 classes de riscos. A classe de risco 1 implica baixo risco individual para o trabalhador e para a coletividade - baixa probabilidade de causar doença ao ser humano. Sucessivamente, a classe 2 implica risco moderado, a classe 3, risco elevado, com probabilidade de disseminação para a coletividade, e a classe 4, risco elevado com grande poder de transmissibilidade do agente biológico de indivíduo a indivíduo (BRASIL/MTE, 2005).

Esta mesma norma também define riscos biológicos, bem como regras e orientações para a implantação de medidas de proteção e gestão de segurança à

saúde dos trabalhadores da saúde, a partir da elaboração de programas voltados à segurança dos trabalhadores. Prevê, ainda, a capacitação continuada, a disponibilidade de materiais em locais de fácil acesso e também estabelece diretrizes gerais para procedimentos de movimentação de pacientes (MTE/Portaria GM 485, 2005). A Norma define a exposição a material biológico como sendo:

“(...)aquela em que há contato com sangue, fluidos corporais orgânicos potencialmente infectantes (sêmen, secreção vaginal, liquor e líquidos sinovial, pleural, peritonal, pericárdico e amniótico), fluidos orgânicos potencialmente não-infectantes (suor, lágrima, fezes, urina e saliva), exceto se contaminados com sangue (MS, 2006:6). Agentes biológicos são os microorganismos, geneticamente modificados ou não, as culturas de células, os parasitas, as toxinas e os príons (MTE, NR 32, Portaria GM n.º 485, 2005).”

Estas regulamentações visam aprimorar e permitir maior controle dos acidentes, bem como dispor os órgãos internos dos estabelecimentos de saúde de parâmetros para realizar planos preventivos para a promoção e proteção da integridade física e psíquica dos profissionais da saúde, que estão diariamente expostos aos agentes biológicos. Elas também revelam a preocupação e a dificuldade de notificação dos acidentes ocupacionais envolvendo material biológico.

Justifica-se a importância desse estudo para a saúde do trabalhador, bem como para a saúde pública, pelo fato de que os serviços de saúde constituem-se em ambientes complexos, que apresentam diferentes riscos aos trabalhadores da saúde e ainda por serem os acidentes de trabalho com perfurocortantes, um problema quanto ao risco de infecção por material biologicamente contaminado, com a possibilidade de transmissão de algum agente patógeno pelo sangue, como nos casos das hepatites B e C e do HIV. Tratam-se de doenças graves e que, mesmo não havendo a soroconversão, implicam sofrimento para o acidentado e para sua família, além de envolverem

custos financeiros altos com os tratamentos de profilaxia. Neste sentido, entende-se que este tipo de acidente deva ser evitado; para tanto se faz necessário compreender sua origem.

O assunto é duplamente relevante para a saúde pública: pela sua magnitude epidemiológica, alcançando importante segmento da classe trabalhadora, que, por outro lado, desempenha papel estratégico no cuidado da saúde da população.

Esta proposta está inserida no projeto temático: “Acidente de trabalho: Da análise sócio-técnica à construção social de mudanças”, submetido e aprovado na FAPESP (referência: 2012/04721-1) tendo como instituição proponente a Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - FSP/USP.

2. PREVENÇÃO DE ACIDENTES DE TRABALHO

O acidente do trabalho é conceituado pela Lei nº 8.213, de 24/07/1991, em seu artigo 19, como *“aquele 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”* (BRASIL, MPS, 1991).

No século XX, os acidentes foram considerados resultantes de “atos inseguros (falha humana) e condições inseguras (causas materiais ou naturais)”, geradas pelos trabalhadores por negligência, imperícia ou falta de atenção às normas de segurança. O homem era considerado como causa única dos acidentes de trabalho que sofria. Segundo De La Garza e Fadier, na década de 1930, a visão do processo acidental era unicausal, e a prevenção baseada na hipótese de que certos indivíduos possuíam predisposição para assumir atitudes de risco. A evolução da psicologia do trabalho possibilitou avanços,

procurando agir sobre a atitude, o que orientou a prevenção para ações voltadas mais para aspectos da formação dos trabalhadores (DE LA GARZA E FADIER, 2007, p.127 e 128).

Na década de 1960, novos estudos orientaram para uma prevenção a partir da noção de multicausalidade, definindo o acidente como um sintoma de disfuncionamento do sistema organizacional. A partir da década seguinte (1970), surgem ferramentas de análise de acidentes, como, por exemplo, a árvore de causas, que procura identificar as causas, os fatores de risco, os roteiros ou as classes dos acidentes, as quais têm como ponto de partida a ideia de que, conhecendo as explicações sobre os eventos, pode-se inferir sobre suas consequências em eventos similares e, portanto, identificar os fatores de risco e formular uma proposta de prevenção real das possíveis causas de acidentes (NEBOIT, 2003; DE LA GARZA E FADIER, 2007).

Contudo, essas abordagens conduziram à análise do erro humano e à problemática da confiabilidade humana, mantendo assim uma visão negativa sobre o erro humano ainda presente nas empresas que, segundo De La Garza e Fadier (2007), deve-se a duas modalidades de investigação de acidentes: uma centrada na investigação jurídica, que tem como objetivo a responsabilização; e outra, na investigação de prevenção que objetiva a análise e compreensão dos acidentes ou eventos, para a redução ou eliminação das causas (DE LA GARZA E FADIER, 2007, p.129).

A temática da culpabilização, foi tratada por Vilela (2004), em análise sobre laudos obtidos das investigações de causas de acidentes graves e fatais, realizados pelo Instituto de Criminalística (IC) de Piracicaba/SP e, observou que as análises refletem modelos reducionistas pautados em visão tradicional, cuja causa principal geralmente culpa a vítima, ou seja, são centrados na explicação de uma causa única por erro da vítima (VILELA, *et al.*, 2004). O mesmo autor afirma que ainda predomina no mundo e no Brasil a ideia de que o acidente seja um evento simples, com origens em uma única causa ou poucas, que são decorrentes das falhas dos trabalhadores, de suas ações ou

omissões, e do fato de eles não respeitarem as normas ou regras de segurança, dos “atos inseguros” (VILELA, *et al.*, 2004).

Aderindo à crítica ao ato inseguro e condições inseguras, Lima (2005) discorre sobre os modelos organizacionais prescritivos, que se assentam na preocupação em tentar dominar as variações no trabalho pelo aperfeiçoamento contínuo dos modelos de normas e regras que visam assegurar uma efetividade do resultado planejado, desconsiderando a distância que existe entre as orientações normatizadoras (prescritas) das tarefas e o trabalho real. Assim, a empresa, em uma tentativa exagerada de controlar todo o processo de produção, tem na atividade humana, subjetiva, uma fonte de não confiabilidade (LIMA, 2005).

A abordagem sobre os fatores humanos pressupõe que os eventos indesejados ou acidentes não sejam considerados propriamente um erro, mas *“uma adaptação parcial de uma representação ou de um conhecimento”*, que indicam limites de adaptação dos trabalhadores em relação às situações críticas, tais como situações de pressa ou urgência; o quanto o sistema é dinâmico ou não e a gestão de múltiplos constrangimentos (DE LA GARZA E FADIER, 2007, p.129).

Contudo, dentre os diversos modelos de análise de acidentes, três categorias se destacam: a primeira, chamada de tradicional, descreve que os acidentes são o fruto de sequências de eventos, de fenômenos simples, oriundos do não cumprimento das normas de prescrição de segurança. Trata-se de modelos centrados em aspectos individuais e comportamentais; consequentemente, o acidente aconteceria por negligência ou erro do operador de linha de frente (acidentado), pelo não seguimento das condutas de segurança. A segunda categoria descreve os acidentes dentro de uma cadeia de mudanças, as causas e os efeitos não teriam uma relação linear como no modelo tradicional, mas seriam multifatoriais. Neste caso, seria necessário buscar as causas das causas dos acidentes no tempo e espaço, tirando-se de cena a noção centrada no comportamento inadequado do trabalhador. São

abordagens que consideram a multicausalidade e a complexidade das situações em que se insere o acidente (HOLLNAGEL, 2003³, ALMEIDA, 2006).

A terceira categoria, chamada de modelo sistêmico, destaca que a complexidade do acidente precisa ser analisada a partir da compreensão das características de funcionamento dos sistemas, de modo contrário à abordagem tradicional, que examina as partes de um sistema, decompondo-o, dividindo-o, como se a parte funcionasse independentemente do todo. Na abordagem sistêmica, o que se procura analisar é o sistema na sua integralidade, *“assumindo que algumas de suas propriedades só podem ser tratadas adequadamente na sua inteireza”* (ALMEIDA, 2008, p.9).

Na abordagem sistêmica, a multiplicidade de causas, a complexidade das situações e do acidente com suas variabilidades, os aspectos da organização da produção, da organização e divisão do trabalho e projetos estão relacionados de modo intrínseco, portanto o acidente não pode ser descrito ou investigado com base em uma única causa ou procurando-se um único responsável para culpar. Vilela (2010:35), apoiado em Llory (1999), considera que os acidentes são *“reveladores de realidades mascaradas dentro do silêncio organizacional”* e permitem questionar a organização do trabalho com suas ideias, práticas e concepções sobre segurança. Neste sentido, a abordagem sistêmica tem se aproximado de estudos da corrente da *ergonomia da atividade* (corrente Franco Belga) em suas construções (VILELA, 2010, p.35).

O desenvolvimento industrial, acompanhado de avanços tecnológicos e de acidentes, gerou a necessidade de criação de técnicas específicas para fazer frente a diferentes problemas, dentre os quais, os acidentes de trabalho. Para que fosse possível conhecer tais fenômenos, a ciência dedicou-se à investigação dos fatores neles envolvidos, criando diferentes técnicas e métodos para a compreensão e transformação da realidade.

---

³ Disponível em: http://www.mte.gov.br/seg_sau/pub_cne_analise_acidente.pdf, 2004

O método da árvore de causas – ADC é um deles. Pode ser empregado, com o objetivo de gerir as condições de trabalho, para a preservação da saúde ou integridade dos trabalhadores e dos meios de produção.

Este método desenvolvido por pesquisadores do Instituto Nacional de Pesquisas e Segurança (INRS) da França, na década de 1970, até hoje tem sido de grande importância e, para seus criadores, sua aplicação e uso será tanto melhor quanto for a *“capacidade da empresa de integrá-lo a uma política de prevenção planejada e concebida como um elemento entre os demais de gerenciamento da empresa”* (BINDER, MONTEAU, ALMEIDA, 1995, p.14).

Neste método, o acidente é considerado como um “acontecimento complexo que coloca em jogo grande número de fatores interdependentes”, revelando algum disfuncionamento na empresa (BINDER, MONTEAU, ALMEIDA, 1995, p.23).

O acidente é descrito como produto de interações entre os componentes do sistema. Esses componentes são compostos por quatro elementos: as pessoas envolvidas; a tarefa a ser realizada; os materiais e meios necessários e; o meio ambiente físico e organizacional em que o trabalho é executado. Assim, pelo menos um desses elementos deve ser uma mudança em componente. E, analisar o acidente, é então, identificar o que mudou, como interagiu com os demais componentes e como o sistema permitiu as origens dessas mudanças.

A mudança em questão também costuma aparecer no ambiente em que se insere o sistema de modo que o acidente surge durante tentativa de adaptação a essa mudança.

Para fazer frente à complexidade das situações de trabalho, o método tem dois objetivos: *“1) instrumentalizar uma busca sistemática de dados, para a pesquisa de elementos característicos do acidente e; 2) permitir identificar fatores de risco comuns a diferentes situações de trabalho, visando sua eliminação”*. Para tanto, há necessidade de montar um quadro durante o processo de investigação, que deve considerar dois antecedentes: o antecedente-estado, que consiste nas condições permanentes da situação de

trabalho, e o antecedente-variação, que consiste nas condições habituais de trabalho e suas modificações durante o curso do trabalho (BINDER, MONTEAU, ALMEIDA, 1995, p. 23 e 24).

Ao discutir as indicações de uso do método os seus criadores chegaram a considerar que a sua indicação estaria, por excelência, nos casos em que a ocorrência do acidente exigisse interações entre as mudanças. Sistemas em que uma mudança no trabalho normal seja suficiente para desencadear um acidente deveriam ter seu funcionamento considerado inaceitável – do ponto de visto da segurança. A análise desse tipo de acidentes tende a revelar contribuições de grande número de fatores presentes o tempo todo no sistema de modo que contraria normas de segurança vigentes.

Outra importante técnica a ser utilizada para a análise de acidentes consiste na Análise de Barreiras. Considera-se que um acidente aconteceu pela liberação de uma energia, e as barreiras, entendidas como equipamentos, construções, ou regras, têm a função de interromper ou controlar essa liberação de energia, impedindo o acidente ou incidente.

As barreiras são classificadas de acordo com suas características estruturais e se dividem em: barreiras físicas ou materiais, que incluem uma parede, uma porta corta-fogo, uma cerca etc.; barreiras funcionais, que impedem que determinadas ações sejam feitas, por exemplo, um sistema de intertravamento; barreiras simbólicas, que necessitam de interpretação, por exemplo, normas ou regras, placas de sinalização, ordens de serviço etc. Cada uma das barreiras possui uma função específica e, portanto, um sistema de barreiras correspondente. *“A função descreve o objeto da barreira ou a maneira específica pela qual ela alcança seu propósito. O sistema de barreiras corresponde à estrutura física ou organizacional da barreira e permite que ela realize sua função”* (ALMEIDA, 2008:20 e HOLLNAGEL, 2008, p. 225-226).

Ainda no arcabouço das abordagens sistêmicas encontra-se o método *Systems-Theoretic Accident Models and Processes – STAMP*, de Leveson (2004). Esse sistema consiste em compreender a gestão de riscos, considerando

todos os níveis hierárquicos possíveis, ou seja, avaliar não apenas as situações de trabalho e a empresa, mas incluir na análise os responsáveis pela elaboração de normas, legislações e políticas públicas (LEVESON, 2004).

No método as noções de alça de informação e de controle são importantes para manter as operações em equilíbrio, em um sistema dinâmico. Os níveis hierárquicos superiores elaboram os constrangimentos através de normas e procedimentos, tentando controlar o comportamento do sistema, mas os trabalhadores constroem modelos mentais sobre seu trabalho, ou o que têm de produzir, com base nas situações de trabalho reais.

Os níveis hierárquicos superiores são responsáveis pelo controle daqueles inferiores. Nesse sentido, podem impor limites de controle aos níveis inferiores - são constrangimentos aos graus de liberdade para a execução das tarefas, podendo ser leis, normas etc. Os níveis superiores da hierarquia também definem as formas de comunicação, ascendente ou descendente, que informam sobre o funcionamento do sistema. Porém os gestores, ou controladores hierárquicos, não possuem as informações dessas representações mentais, criando modelos que não correspondem à realidade da situação e tomando decisões que podem ser insuficientes para a confiabilidade do sistema (ALMEIDA, 2006, p.10).

Outra ferramenta disponível para pensar a gestão da segurança e a prevenção de acidentes com perfurocortantes, foi a tradução e adaptação, pela FUNDACENTRO, fundação pública pertencente ao Ministério do Trabalho, em conjunto com o “Projeto Risco biológico”, do “Manual de implementação: programa de prevenção de acidentes com materiais perfurocortantes em serviços de saúde”, do “*Centers for Disease Control and Prevention – CDC*” (RAPPARINI, *et.al.*, 2010).

O manual tem como principal motivação a necessidade de que os acidentes envolvendo risco de contaminação biológica sejam evitados ao máximo. Ele traz instruções de como os serviços de saúde podem elaborar e implementar um programa de prevenção de acidentes com perfurocortantes,

bem como atender às exigências legais previstas na NR 32, do Ministério do Trabalho e Emprego, dentre outras normas e regulamentos federais, estaduais e municipais.

O programa de prevenção do manual prevê uma “*abordagem sistemática, ampla, organizacional, de melhoria contínua do desempenho de todos os processos empregados para prover produtos e serviços de qualidade*”. Ele contempla ainda conceitos da higiene do trabalho, que priorizam as intervenções e prevenções, com base em uma hierarquia estratégica de controle (RAPPARINI, *et.al.*, 2010, p.11).

Este manual sugere que seja feito pelo estabelecimento de saúde a análise e controle dos acidentes de trabalho com perfurocortante para serem utilizados no planejamento de ações de prevenção. Porém esta análise se restringe à elaboração e manutenção de um banco de dados cujas principais informações a serem coletadas referem-se à: função/ocupação do trabalhador; setor do serviço no qual está alocado; tipos de perfurocortantes envolvidos no acidente; tipos de procedimentos durante os quais ocorreram os acidentes (por exemplo: coleta de sangue); momento da ocorrência (descarte de agulha, por exemplo); circunstâncias relacionadas aos acidentes (por exemplo: durante o uso de perfurocortante em um paciente). Ou seja, refere-se a instrumento de análise de acidentes a partir do preenchimento de formulários (questionários) para identificar fatores básicos ou causais de acidente, recomendando a Análise da Causa Raiz (RCA), embora faça sugestão de que outros métodos para investigação de fatores contribuintes para o acidente possam ser utilizados, tais como fluxogramas, diagrama de peixe etc.

O manual possui dois componentes principais: o primeiro, constituído de etapas para o desenvolvimento e a implementação de um programa de prevenção de acidentes de trabalho com materiais perfurocortantes, que incluem atividades de cunho administrativo e organizacional, com a criação de equipe multidisciplinar para a sua elaboração, com processos contínuos de revisão e avaliação. O segundo, contempla os processos operacionais, atividades que visam formar uma cultura prevencionista de segurança, um

sistema de notificação de acidentes, a análise dos dados, e a seleção e avaliação de materiais perfurocortantes (RAPPARINI, *et.al.*, 2010).

A abordagem que orienta o programa está pautada no conceito de “*hierarquia de controles usado pela higiene do trabalho e visa a priorizar as intervenções de prevenção*”. Assim, uma primeira prioridade consiste em “eliminar e reduzir” o uso de material perfurocortante como as agulhas. O próximo passo na hierarquia consiste em usar um controle de engenharia no ambiente, ou no próprio material perfurocortante, como por exemplo um dispositivo (barreira física) que impeça o material de ficar exposto, por exemplo, uma agulha retrátil. O passo seguinte ocorre a partir da constatação de que as medidas anteriores não foram suficientes, ou não estavam disponíveis; muda-se de escala na hierarquia para implementar mudanças nas práticas de trabalho, ou no uso dos equipamentos de proteção individual.

O manual sugere que, para um programa de prevenção eficiente o conceito de hierarquia de controle pode ser utilizado em conjunto com outras alternativas ao uso de perfurocortantes, através de procedimentos que possam eliminar ou diminuir seu uso. Os controles de engenharia são importantes, pois isolam ou retiram do ambiente alguns perigos e isso levou ao desenvolvimento de muitos tipos de dispositivos de segurança como as caixas de descarte de agulhas, dispositivos retráteis etc. Porém, os dispositivos de segurança ou as estratégias de segurança não funcionam de modo semelhante em todos os ambientes de trabalho e, assim, os profissionais precisam desenvolver programas próprios para selecionar as tecnologias que lhes são mais adequadas. No manual, foi feita referência sobre a existência de poucos estudos que forneçam informações sobre novas práticas de trabalho voltadas para redução dos riscos de acidentes com perfurocortantes durante o atendimento ao paciente, pois o foco tem sido feito sobre as medidas de controle de engenharia (RAPPARINI, *et.al.*, 2010).

Apesar das implementações das práticas de trabalho e das constantes inovações das medidas de controle de engenharia, o sucesso na prevenção tem sido limitado. O manual de implementação revela que a reavaliação de fatores

organizacionais pode ter um papel fundamental na prevenção de acidentes, bem como nos ambientes de trabalho em que a cultura de segurança se faz forte e “*correlacionada com a produtividade, custo, qualidade do produto e satisfação dos trabalhadores*”, o número de acidentes tende a ser menor, seja porque a organização possui programas de segurança bem desenvolvidos, seja porque a gestão mostra que está comprometida com a segurança de seus trabalhadores (RAPPARINI, *et.al.* 2010).

2.1. Modelo de Análise e Prevenção de Acidentes de Trabalho - M.A.P.A.

O Modelo de Análise e Prevenção de Acidentes de Trabalho – MAPA é resultado do trabalho de uma equipe de pesquisa que conduziu a proposta de projeto “Ações Interinstitucionais para o diagnóstico e prevenção de acidentes do trabalho” realizado na Região de Piracicaba (ALMEIDA E VILELA, 2010).

O modelo tem por objetivo principal realizar a análise de acidentes do trabalho. Ele se apropria de conceitos da Ergonomia – que tem por objetivo específico de estudo a atividade real dos trabalhadores em situação de trabalho - e das teorias de acidentes do trabalho, bem como da abordagem sistêmica. Deve ser aplicado após a ocorrência do Acidente de Trabalho e tem como finalidade compreender os eventos ocorridos e intervir sobre seus determinantes, de modo a evitar novas ocorrências (ALMEIDA E VILELA, 2010).

A sua aplicação requer uma investigação minuciosa, que compreende a coleta de informações com os trabalhadores e a equipe, a análise de documentos, a análise e observação do processo de trabalho, após a ocorrência do acidente.

O roteiro compreende as seguintes etapas: (a) Identificação das empresas e das vítimas; (b) Descrição do trabalho habitual (sem acidentes) ou perturbações, suas variabilidades mais frequentes e os ajustes ou regulações usualmente adotados pelos trabalhadores para lidar com as mesmas; (c)

Descrição do acidente propriamente dito, que se subdivide em (c1) Análise de mudanças; (c2) Análise das barreiras e de seu funcionamento na prevenção e proteção do operador; (d) Análise de aspectos conceituais e que auxiliam na compreensão do comportamento dos operadores; (e) Medidas adotadas pela empresa depois do acidente; (f) Análise de aspectos gerenciais e organizacionais; Análise da gestão de saúde e segurança do trabalho e; Análise da gestão de produção, que pode se desdobrar na gestão de manutenção, de pessoal, de materiais, de projetos, política de pessoal etc.; (g) conclusão especificada em termo de falhas ou aspectos identificados nas análises conduzidas nos itens b, c, d e e, e sintetizadas como rede de fatores em interação com origens em aspectos gerenciais e organizacionais (gestão de produção, de manutenção, de pessoal, de materiais, de projetos etc.) associadas a contribuições da gestão de saúde e segurança e ou de falhas ou inadequações de concepção de componentes do sistema e ou à sua adequação às características psicofisiológicas dos seres humanos em situação de trabalho; (h) Recomendações de prevenção (ALMEIDA E VILELA, 2010).

O modelo utiliza-se de mecanismos que procuram levar à compreensão de que os eventuais erros ou falhas dos operadores, relacionados aos acidentes, são de fato consequências, e não causas dos eventos, portanto possíveis de serem identificados em função das variações relatadas pelos trabalhadores. E ele tem como objetivos: a) prevenir acidentes do trabalho; b) difundir a compreensão de acidentes do trabalho como fenômenos resultantes de uma rede de fatores em interação, superando a visão dicotômica (atos/condições inseguras); c) identificar a rede de fatores de acidentes cuja interação levou ao evento, sobretudo aqueles mais a montante da lesão, relacionados a aspectos organizacionais e gerenciais do sistema em questão; d) investigar a situação de trabalho habitual e as origens das mudanças e alterações que ocorreram, contribuindo para o evento, bem como a análise de barreiras existentes e de seu efetivo funcionamento; e) a partir do caso específico, avaliar fatores relacionados ao gerenciamento de riscos adotado na organização, de forma a

contribuir com a prevenção de novos eventos e subsidiar ações de outros órgãos e instituições.

2.2. Análise Coletiva do Trabalho – ACT.

O método de Análise Coletiva do Trabalho - ACT – foi desenvolvido para ouvir os trabalhadores sem que o pesquisador vá ao local de trabalho para fazer observações.

Consiste na análise do trabalho feita pelos próprios trabalhadores, desde que, dispostos a participar voluntariamente e a falar sobre o que fazem. A ideia principal reside em compreender como os trabalhadores descrevem e analisam seu próprio trabalho, baseados exclusivamente em sua fala e sua memória. O método foi desenvolvido exclusivamente para ouvir os trabalhadores, e abrir espaço para que o trabalho fosse eleito tema “*digno de ser analisado*”, com o simples objetivo de melhor conhecê-lo e compreendê-lo (FERREIRA, 2011, p. 110).

Mas, falar sobre o trabalho pode ser perigoso e, prevendo situações que pudessem vir a prejudicar os trabalhadores a autora do método propôs algumas condições para sua realização:

- “*Condições éticas: participação voluntária, anonimato e ausência de superiores hierárquicos nas reuniões, como forma de garantir aos trabalhadores que sua participação não lhes prejudicará;*
- *Condições políticas: de preferência sobre problemas reais ou com uma verdadeira demanda, formulada por representações sindicais de trabalhadores, e tentar engajá-las no processo de pesquisa;*
- *Condições materiais: oferecer, para os trabalhadores se reunirem, horários e locais fora da empresa;*
- *Condições técnicas: trabalhar com grupos e não individualmente, apresentar uma pergunta condutora – ‘o que você faz no seu trabalho?’ – para balizar as discussões, garantir a presença de pesquisadores interessados, com capacidade de escuta e um*

mínimo de experiência em análise do trabalho (FERREIRA, 2011, p. 110).”

Assim, um grupo de trabalhadores voluntários explica, aos pesquisadores, o que fazem no trabalho, ou seja, como realizam suas atividades, em reuniões feitas com pequenos grupos (entre 10 e 15 participantes), seguirão uma pergunta-chave: “*o que você faz no seu trabalho?*”, a partir da qual descreverão como realizam suas atividades no dia a dia de trabalho (FERREIRA, 1993).

A atenção a alguns pontos se faz necessária, como o aspecto da participação voluntária, pois é preciso que o trabalhador esteja disposto a falar sobre o que faz e como faz e sinta-se à vontade; a garantia do anonimato, para que o trabalhador sinta-se seguro e para a posterior divulgação dos resultados é outro ponto importante, além da realização das reuniões fora do local de trabalho (FERREIRA, 1993).

Para as reuniões, utiliza-se o auxílio da gravação, desde que consentida pelos participantes do grupo, para melhor formular os resultados da pesquisa. Pode-se realizar uma ou várias reuniões, com diferentes grupos ou com o mesmo grupo, com duração que não exceda muito a 90 minutos.

A questão importante no método é a compreensão das atividades de trabalho em detalhes, e os pesquisadores não devem demonstrar que as entenderam, se não for verdade. É preciso esmiuçar a descrição, até que se compreenda por que o trabalho é feito, como é feito, quais os tempos necessários para fazer aquilo, quais as regras envolvidas que devem ser seguidas, a divisão de trabalho, os instrumentos usados, etc. Segundo Ferreira (1993) trata-se de uma fala situada sobre o trabalho e suas condições reais de realização, ou seja não se trata de uma fala ingênua ou sobre qualquer assunto, é uma fala dirigida à atividade real.

Neste sentido, alguns conceitos auxiliam nas descrições sobre o trabalho como os sugeridos e utilizados pela ergonomia da atividade (Wisner,

...). As *estratégias operatórias* são invisíveis e agem como os planos, guias ou representações para as ações. O *modo operatório* é a parte visível e objetiva do trabalho dos operadores compreendendo seus gestos, ações, movimentos e verbalizações. As *competências* que dizem respeito aos conhecimentos e às habilidades desenvolvidas pelos operadores e atuam nesse processo, por exemplo, influenciando as estratégias escolhidas que são diferentes quando formuladas por trabalhadores experientes ou novatos. O trabalhador experiente tem estoque ou repertório de competências maior e as mobiliza ao escolher como fará o trabalho, tanto antes de iniciar a tarefa, quanto durante sua realização ou quando pode se deparar com variabilidades que precisa detectar, diagnosticar e tratar. Nesse momento as diferenças no repertório de competências dos operadores surgem e influenciam na condução da ação e nas escolhas do que e como fazer (GUÉRIN *et al.*, 2001).

O método da ACT pode ser sintetizado em cinco fases: o planejamento; as reuniões com pequenos grupos de trabalhadores; a preparação do material; a redação de um relatório preliminar; e a publicação dos resultados.

A partir das transcrições das fitas, passa-se à fase de análise. A ACT, enquanto instrumento que permite revelar aspectos do trabalho para sua reflexão e compreensão e não propõe categorias de análise, o que deixa o método um pouco vulnerável e dificulta essa tarefa para o pesquisador, mas também proporciona liberdade para as escolhas dos pesquisadores.

Segundo Ferreira (2011) a falta de uma base teórica que ajude a interpretar os resultados da ACT faz falta, porém seria necessário o desenvolvimento de uma teoria sobre o trabalho para a elaboração de categorias de análise. No entanto, no estágio atual da sociedade, isso parece tarefa difícil, pois não se tem consenso nem mesmo sobre um conceito de trabalho.

Assim, para interpretar os resultados da ACT Ferreira (2011) sugere um conceito de trabalho que possui dupla face: uma, a da “atividade” e, outra, a face do “emprego”. A face da “atividade” refere-se ao campo do “trabalho vivo

ou concreto” empregado por Marx, ou “trabalho real ou efetivo” como se utiliza a ergonomia. A face do “emprego” refere-se ao campo da produção de valores (dos salários, dos rendimentos) e está ligada à ideia de *“trabalho abstrato de Marx que se materializa no mercado com a compra e venda da força de trabalho”* (FERREIRA, 2011, p. 115).

Para a autora e criadora do método de Análise Coletiva do Trabalho – ACT - não se poderia compreender a influência do trabalho na vida das pessoas apenas com o estudo sobre uma das duas faces, por exemplo, estudando-se apenas a atividade/subjetividade do trabalho e esquecendo-se a segunda face, por mais que uma das faces possa parecer mais importante que a outra em determinadas situações. Na verdade, se faz necessário procurar olhar o trabalho a partir de uma perspectiva de convergência entre as duas faces a fim de melhor compreender o trabalho e seus efeitos sobre as pessoas e suas vidas (FERREIRA, 2011).

O método da ACT já foi empregado em pesquisas com diferentes categorias profissionais, com os pilotos de avião (FERREIRA *et al.* 1992), com os petroleiros (FERREIRA *et al.* 1996), cortadores de cana (FERREIRA *et al.* 1997), pescadores de lagosta (FERREIRA *et al.* 2002) só para citar alguns exemplos.

A escolha da Análise Coletiva do Trabalho funda-se no fato de ser um método que permite ao trabalhador falar sobre seu trabalho. Revela a pesquisadores e trabalhadores o conteúdo do trabalho, as relações de trabalho, o ambiente em que se trabalha, seus prazeres e sofrimentos, o que é bom e ruim no trabalho. Este método possibilita ao trabalhador descobrir seu *saber fazer*, suas habilidades, ao falar sobre as atividades de trabalho realizadas cotidianamente, valorizando suas competências. Ele permite também o revelar e identificar as atividades entre os trabalhadores, uma vez que o processo acontece em grupo.

3. OBJETIVOS

3.1. Geral

Compreender os aspectos e o processo de trabalho que concorrem para a ocorrência dos acidentes de trabalho com material biológico em unidade/departamento do hospital, definido conjuntamente com o SESMT;

3.2. Específicos

- Estudar e descrever as rotinas e atividades de trabalho dos auxiliares e técnicos de enfermagem;
- Analisar dois acidentes de trabalho com vistas a revelar a rede de múltiplos fatores cuja interação contribui para o acidente.
- Estudar a possibilidade de complementaridade entre os métodos da ACT e do MAPA, procurando compreender a complexidade da situação de trabalho.

4. METODOLOGIA

No estudo, foram aplicados dois métodos: a Análise Coletiva do Trabalho, e, o outro, o Modelo de Análise e Prevenção de Acidentes de Trabalho – M.A.P.A., descritos no capítulo 2.

O delineamento do estudo foi de cunho qualitativo, que abrange diferentes estratégias. Neste sentido, pensou-se em desenvolvê-la na modalidade de pesquisa ação, de modo que a equipe do SESMT pudesse participar ativamente das etapas da pesquisa na qualidade de membros da equipe de investigação, de coautores do estudo e de gestores (THIOLLENT, 2005; FLICK, 2009).

Entendia-se que desse modo os diagnósticos e recomendações de mudança seriam reconhecidos e efetivamente implementados na organização. Essa abordagem pressupõe uma forte interação entre pesquisadores, atores e membros das situações investigadas; a negociação e o consenso sobre os objetivos; a participação ativa dos interessados (com ciclos de ação/reflexão/ação); o levantamento de dados e interpretação, com procedimentos coletivos (grupos, seminários, oficinas, redes etc.); a devolução da informação aos interessados; a elaboração de ações viáveis, a avaliação de resultados e, por fim, a sistematização do conhecimento obtido.

Após a aprovação do estudo pelos Comitês de Ética, foi realizada uma reunião de apresentação sobre o projeto a todos os enfermeiros-chefes do Instituto Central. Tal medida visava nossa apresentação para que os profissionais fossem liberados a participar nos momentos das reuniões ou das entrevistas.

O estudo foi realizado nas dependências do hospital. As quatro reuniões de grupo para a Análise Coletiva do Trabalho foram realizadas em uma sala de discussão de casos médicos, disponibilizada pela Divisão de Enfermagem. As reuniões duraram em média 1h30m, foram gravadas com o consentimento de todos os participantes presentes e depois foram transcritas na íntegra para a

análise posterior. As reuniões de ACT contaram todas com a presença da colega de pesquisa Manoela Lopes.

As reuniões de Análise Coletiva do Trabalho aconteceram no período entre 06 de novembro e 04 de dezembro de 2012. Em duas das datas agendadas, as pessoas não compareceram no período da tarde. Não se conseguiu agendar reuniões com o pessoal do período noturno, e também não foi possível fazer uma reunião com o grupo de chefia.

Os dias marcados atenderam ao cronograma da Divisão de Enfermagem para datas que são especificamente planejadas, com a finalidade de que os profissionais tenham a oportunidade de participar de treinamentos internos, ou seja, as reuniões de ACT aconteceram em horário de expediente, no período da manhã e da tarde, nas três datas agendadas previamente.

Para que as reuniões acontecessem a Divisão de Enfermagem agendava os encontros e liberava os profissionais que iriam participar, tendo então o controle desta participação, o que de certa maneira dificulta a livre expressão dos participantes um dos preceitos indicados pelos proponentes da metodologia.

No início das reuniões, era realizada uma exposição sobre o estudo e os participantes foram informados sobre o Termo de Responsabilidade utilizado nas reuniões de ACT, para substituir o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.

Também foi solicitado que assinassem uma lista de presença, para controle exclusivo da pesquisadora⁴ e assegurou-se aos participantes das reuniões que o sigilo seria mantido. Os presentes eram informados de que sua participação era voluntária, que poderiam ou não falar e, caso não estivessem à vontade, poderiam sair da sala de reunião.

---

⁴ Esta lista foi controle único e exclusivo da pesquisadora, não foi encaminhada às chefias. Consistia apenas em controle sobre quantas pessoas participaram das reuniões.

Os profissionais convidados a participar, voluntariamente, das reuniões de Análise Coletiva do Trabalho – ACT - foram enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, de todas as clínicas do Instituto Central do hospital.

O número de participantes para as reuniões de ACT não foi delimitado, quem compareceu pode participar. O total de participantes foi de 34 pessoas, a quase totalidade mulheres, com a participação de três homens (todos técnicos de enfermagem). Em uma das reuniões participaram três enfermeiras assistenciais.

A análise dos dados foi feita a partir das transcrições das reuniões de ACT e procurou-se identificar aspectos do trabalho que caracterizassem seu conteúdo, seus aspectos organizacionais e de relações que se estabelecem no ambiente de trabalho, agrupados de acordo com temas que eram tratados pelos participantes e organizados de modo a permitir uma fiel exemplificação da realidade de trabalho.

No texto, as falas dos profissionais aparecem grafadas em *itálico*, para facilitar a identificação e diferenciá-las das citações literais. A validação das reuniões de ACT foi realizada em uma única reunião em 18 de junho de 2013, onde participaram 02 trabalhadores. Nela releu-se com os participantes a parte dos resultados e quando detectavam informações escritas de modo incorreto corrigiram.

Para a análise dos acidentes com o MAPA, foi solicitado ao SESMT que verificasse os acidentes mais recentes, acontecidos em período não superior há um mês com risco de contaminação biológica e envolvendo perfurocortante.

Dos três acidentes selecionados pelo SESMT, não foi possível contatar um dos acidentados, o que impediu sua inclusão no estudo. Dos outros dois acidentes, obteve-se o aceite dos acidentados e de suas chefias. Neste contexto, foram feitas entrevistas com as enfermeiras chefes e uma assistencial e com os dois acidentados.

Para a realização da análise dos acidentes, o procedimento inicial era também o de apresentação do estudo, com a solicitação de participação voluntária, mas envolvendo a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido - TCLE.

Para a análise do acidente com perfurocortante, foi possível gravar três entrevistas individuais, sendo uma com a chefia e duas com a acidentada. Também foi possível realizar dois dias de observação e fotografar o ambiente e um procedimento similar ao do acidente. Ao todo, foram feitas seis visitas a esta clínica, para a análise do acidente.

No acidente com respingo, foram realizadas quatro entrevistas individuais (duas com a chefia e duas com a acidentada). A gravação não foi permitida pelos entrevistados e não foi autorizada a realização de fotografias.

As entrevistas individuais, para a análise dos acidentes com MAPA, aconteceram no período de 29 de novembro de 2012 a 22 de maio de 2013. Período tão longo deveu-se ao fato de que as entrevistas e as datas para observação eram marcadas, porém, muitas foram adiadas e transferidas, quando chegávamos ao hospital, por motivos variados, como: faltas de colegas, morte de algum paciente, ou eles haviam esquecido da entrevista marcada e pediam para remarcar para outra data.

Todas as visitas de observação, bem como as entrevistas individuais na análise dos dois acidentes, foram acompanhadas por um engenheiro e um técnico de segurança do trabalho do SESMT.

As entrevistas com gestores do SESMT e da Divisão de Enfermagem foram realizadas também com o acompanhamento dos participantes do SESMT e com a pesquisadora do grupo Manoela Lopes.

Também foi realizado para o SESMT um curso em duas etapas (dois dias diferentes) sobre o MAPA, entre os meses de outubro e novembro de 2012. A finalidade foi a de instrumentalizá-los (médicos, engenheiros, técnicos de segurança do trabalho) com os conceitos e com a técnica de análise de

acidentes do MAPA, para possível uso do método nas atividades do SESMT do hospital.

O curso teve duração de oito horas, foi realizado sob a coordenação e orientação do Professor Rodolfo Vilela e contou com a participação das alunas Manoela Lopes e Sandra Donatelli, além de mais cinco integrantes do SESMT do hospital.

A metodologia utilizada no curso foi a de apresentação dos princípios do MAPA, na primeira etapa, e discussão de casos, na segunda etapa.

Foram solicitados os seguintes documentos:

- dados sobre rotatividade referente ao ano de 2012;
- dados sobre absenteísmo referente ao ano de 2012;
- PPRA (Programa de Prevenção de Riscos Ambientais) das clínicas onde os acidentes aconteceram;
- dados sobre os acidentes com exposição a material biológico e perfurocortantes;
- procedimento operacional padrão – POP.

Dos documentos solicitados, foram recebidos, no mês de maio de 2013, os dados sobre absenteísmo geral por CID-10, de todos os afastamentos ocorridos no ano de 2012, o que dificultou a análise e o tratamento de modo detalhado. Neste sentido, a Tabela 3 informa a frequência geral de agravos à saúde dos trabalhadores de acordo com a CID-10. Também foram entregues duas planilhas sobre o PPRA realizado na clínica onde ocorreu o acidente com perfurocortante. Estas planilhas descrevem de modo sucinto a atividade para as funções de enfermeiro-chefe, encarregado, assistencial e auxiliar de enfermagem juntos e a de médico, e os agentes e o tipo de risco. Quanto aos dados sobre os acidentes com exposição a material biológico, que o SESMT começou a contabilizar em maio de 2012, recebemos as informações referentes

ao ano de 2012, a partir do mês de maio, e dos meses de janeiro e fevereiro de 2013, tendo sido todos os “documentos” entregues em folhas impressas, sem timbre do hospital ou do SESMT.

Para as análises dos dois acidentes de trabalho, tivemos acesso às duas Comunicações de Acidentes do Trabalho – CAT.

4.1. A demanda e o contexto do estudo

A demanda partiu do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT) do Hospital, ligado a Faculdade de Medicina da USP, com necessidade de aprimorar as medidas de prevenção de acidentes com exposição a material biológico (ATMB), bem como melhorar a estratégia de adesão aos procedimentos de prevenção aos acidentes com risco de exposição a agentes biológicos.

Programas e campanhas preventivas foram implantados no hospital, com divulgação de manuais de procedimentos, folhetos, cursos de capacitação para prevenção dos ATMB, conforme informou o SESMT, mas não foram suficientes para evitar que os acidentes continuassem a ocorrer. O grupo gestor do SESMT reconheceu ainda que a ocorrência deste tipo de acidente não é analisada por insuficiência de engenheiros e técnicos do serviço e que, na investigação de alguns casos, ainda predomina o uso de abordagens tradicionais, que reduzem o fenômeno ao comportamento errôneo das vítimas.

Ao SESMT foi solicitado que indicasse uma equipe mínima para compor e acompanhar o andamento do estudo em todas as suas etapas. Assim, participaram das análises dos acidentes com o método do MAPA um engenheiro de segurança do trabalho e um técnico de segurança do trabalho.

O hospital, associado à Faculdade de Medicina da USP, para fins acadêmicos que tem como finalidades o ensino, a pesquisa e a prestação de serviços de alta complexidade à comunidade. Para efeitos administrativos, o

hospital é uma autarquia estadual de direito público, vinculada à Secretaria de Estado da Saúde, SP.

Inaugurado em 1944, o Hospital foi criado pelo Decreto 13.192, de 19 de janeiro de 1943 e sua inauguração oficial aconteceu em 19 de abril de 1944, o complexo hospitalar pode ser comparado a uma cidade. Ocupando uma área de aproximadamente 340.000 metros quadrados, conta com um corpo efetivo de aproximadamente 18.000 pessoas, não contabilizados os prestadores de serviços terceirizados de limpeza e segurança. Equipado com cerca de 2.200 leitos e um efetivo de aproximadamente 14.000 funcionários, regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Ao ano, são realizados cerca de 1,2 milhão de atendimentos ambulatoriais, 66.000 internações e fornecidas 9 milhões de refeições (HCNET, 2013).

Ele é composto por seis institutos especializados (Instituto Central; do Coração; de Ortopedia e Traumatologia; de Psiquiatria; de Radiologia e da Criança), dois hospitais auxiliares (de Suzano e da Cotoxó), uma Divisão de Medicina de Reabilitação (Unidade Vila Mariana), o Hospital Estadual de Sapopemba, Unidade de Reabilitação Umarizal, a Casa da AIDS e o Prédio da Administração.

O Instituto Central, local no qual centralizamos as Análises Coletivas do Trabalho e o estudo dos Acidentes de Trabalho, possuía, em 2010, um corpo de funcionários de 5.850 pessoas, ocupando cargos/funções diversificados. Os cargos/funções dos auxiliares (saúde) somavam 3.335 pessoas e técnicos (saúde)⁵ 882 pessoas; estes dois cargos/funções foram descritos de modo agrupado. (HCFMUSP, 2010, p. 6-8)

A diretoria que assumiu o SESMT no ano de 2011, iniciou um trabalho de levantamento e organização dos acidentes de trabalho que acontecem no complexo hospitalar. Em 2012, a partir do mês de maio, ela conseguiu dar

---

⁵ Os cargos/funções de auxiliar (saúde) foram agrupados e envolvem: auxiliar de análises clínicas, anestesia, enfermagem, farmácia, dentre outros. Os cargos/funções de técnico (saúde) também foram agrupados em: técnico de eletrocardiograma, enfermagem, instrumentação, laboratório, dentre outros.

início à contabilização dos números de acidentes do trabalho, conforme tabela 2 abaixo, contendo os meses iniciais de 2013:

Tabela 2: Acidentes com exposição a material biológico - EMB.

EMB	MAI 2012	JUN 2012	JUL 2012	AGO 2012	SET 2012	OUT 2012	NOV 2012	DEZ 2012	JAN 2013	FEV 2013	TOTAL
EMB por perfuro	9	12	14	12	10	10	19	8	8	6	108
EMB sem perfuro	1	4	6	4	3	2	5	7	4	7	43
TOTAL	10	16	20	16	13	12	24	15	12	13	151

Fonte: SESMT/HCFMUSP, informação fornecida em 11 março 2013.

Em levantamento anterior, realizado nos últimos seis meses de 2011 pelo SESMT, com base em informações obtidas no Departamento de Moléstias Infecciosas (MI), foi detectada a notificação de 97 acidentes de trabalho com material perfurocortante, dos quais 34% atingiram médicos residentes; 22% auxiliares de enfermagem e 20% pessoal da limpeza. Estas informações foram relatadas verbalmente, em reunião ocorrida no dia 06 de dezembro de 2011, entre membros do SESMT e os proponentes deste estudo.

Os dados recebidos referentes ao absenteísmo foram divididos por grandes grupos do CID-10 e consistem nas informações constantes na Tabela 3.

Tabela 3: Absenteísmo por motivo e grandes grupos do CID-10 referentes ao período de 1/1/2012 a 31/12/2012.

CID-10	FREQUÊNCIA	%
Nº de dias de afastamento		
M	5.516	18,39
J	4.301	14,34
S	2.664	8,88
K	2.573	8,58
R	2.562	8,54

A	2.397	7,99
H	2.343	7,81
N	1.316	4,39
F	1.092	3,64
Z	1.018	3,39
I	730	2,43
G	696	2,32
L	640	2,13
O	554	1,85
T	500	1,67
B	471	1,57
D	196	0,65
E	173	0,58
C	149	0,50
W	39	0,13
Q	29	0,10
Y	21	0,07
V	9	0,03
X	8	0,03
P	4	0,01
Total de dias de afastamento em 2012 (todos os CID)	30.001	100

Fonte: SESMT/HCFMUSP maio de 2013.

No ano de 2012, como se pode observar da tabela 3 a terceira maior causa de afastamentos no hospital refere-se ao grande grupo⁶ S (Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas) da CID-10, dentro do qual encontram-se os acidentes de trabalho.

Quando ocorre um acidente por ATMB, no hospital, o caminho a ser percorrido é o seguinte: o primeiro atendimento médico que deve ser buscado pelo acidentado é o da enfermagem na qual trabalha, que preencherá uma carta de notificação interna de acidente com material biológico e encaminhará o servidor, com esta carta, à Divisão de Enfermagem. Em seguida, a Divisão de

⁶ Grandes grupos do CID-10: M- Doenças do sistema muscular e do tecido conjuntivo; J- Doenças do aparelho respiratório; S- Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas; K – doenças do aparelho digestivo; R- Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte; A – Algumas doenças infecciosas e parasitárias; H – Doenças do olho e anexos; N- Doenças do aparelho geniturinário; F - Transtornos mentais e comportamentais; Z - Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde; I - Doenças do aparelho circulatório; G - Doenças do sistema nervoso; L - Doenças da pele e do tecido subcutâneo; O - Gravidez, parto e puerpério; T- Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas; B - ; D - Neoplasmas (tumores) e Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários; E - Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas; C - Neoplasmas (tumores); W - ; Q - Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas; Y - Causas externas de morbidade e de mortalidade; V - Causas externas de morbidade e de mortalidade; X - ; P - Algumas afecções originadas no período perinatal

Enfermagem encaminha o acidentado para o Departamento de Moléstias Infecciosas (MI), no Instituto Central (IC). O MI, após ter realizado as medidas de atendimento e procedimentos de exames sorológicos e profilaxia, conforme o caso e sua avaliação, encaminhará o acidentado ao SESMT, médico do trabalho, para que seja emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) e verificados os procedimentos do primeiro atendimento.

No caso de o acidente ocorrer no período noturno ou em finais de semana e feriados, o acidentado deve procurar o pronto-socorro do hospital para os primeiros atendimentos e, depois, realizar a segunda etapa junto ao SESMT, na primeira segunda-feira subsequente.

4.2. Questões Éticas

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, sob o parecer nº. 107.535, e ao Comitê de Ética do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP – HCFMUSP, sob o parecer nº. 103.512.

Os cuidados éticos respeitaram a Resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde, bem como a garantia de anonimato aos participantes da pesquisa, que, para tanto, utilizou dois instrumentos que visam esclarecer e garantir aos participantes informações sobre a pesquisa.

Para garantir o anonimato dos profissionais que participaram da Análise coletiva do trabalho, utilizou-se como instrumento o Termo de Responsabilidade (anexo I), assinado pelos pesquisadores e entregue a cada indivíduo participante.

Para as entrevistas individuais, foi entregue e assinado em duas vias (uma para o entrevistado e outra para a pesquisadora), o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo II).

RESULTADOS

5. O TRABALHO DE AUXILIARES E TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

Para exercer as atividades nas diferentes clínicas do hospital, há uma complexa rede de profissionais com diferentes níveis de formação: são enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, médicos internos, residentes e professores, nutricionistas, fisioterapeutas, para citar alguns. As tarefas são diferentes, interconectadas e possuem grande número de descrição de procedimentos.

As noções de tarefa e atividade em ergonomia conduzem a algumas questões: o que é pedido ao indivíduo? O que ele tem que fazer? E o que ele efetivamente faz, e como o faz? A diferença consiste no que é chamado de trabalho prescrito e trabalho real. Em ergonomia, o trabalho prescrito está contido nas atribuições da tarefa que indica “*o que deve ser feito*”; a prescrição do trabalho está inserida em normas, manuais operacionais ou de procedimentos e contém a ideia de obrigação sobre aquilo que deve ser feito. A atividade, “*o que realmente é feito*”, remete àquilo que o indivíduo traz de si e coloca de si para fazer o trabalho; já o que lhe foi pedido, é o trabalho prescrito. “A tarefa antecede à atividade e visa orientá-la e determiná-la de uma forma mais ou menos completa (LEPLAT E HOC, 2005, p.200).”

A realização das atividades de cuidados aos pacientes possui um controle, que é feito por escrito em diferentes formulários. Contamos cinco: formulário de evolução médica, de prescrição médica, de evolução ou intervenção de enfermagem, folha pré-operatória e de anotação de enfermagem, este último utilizado por enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, com a finalidade de anotar todos os cuidados que foram prestados aos pacientes.

No caso dos auxiliares e técnicos de enfermagem, a descrição do trabalho começa na legislação de regulamentação, que define quais as principais tarefas de cada profissional de modo separado; a própria legislação sugere a ideia de uma hierarquia entre os profissionais que, na prática

cotidiana, desempenham as mesmas tarefas e atividades (LEI Nº 7.498, de 25/6/1986, regulamentada pelo Decreto nº. 94.406, de 8/6/1987).

Conforme consta nos artigos 12 e 13, da supracitada legislação, o técnico e o auxiliar exercem atividade de nível médio. Porém, o técnico executaria, diferentemente do auxiliar um algo a mais que seria uma orientação e acompanhamento do trabalho de enfermagem e participaria do planejamento da assistência de enfermagem, enquanto ao auxiliar competiria fazer a execução das tarefas descritas nos processos de tratamento, conforme o comparativo demonstrado no quadro 3.

O auxiliar e o técnico, segundo COREN, tem algumas poucas diferenças. Em alguns hospitais com centro cirúrgico, somente técnicos podem trabalhar, pelas atribuições que tem.

Quadro 1: Comparação entre tarefas descritas na legislação para as profissões de AE/TE.

AUXILIAR DE ENFERMAGEM	TÉCNICO DE ENFERMAGEM
observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas	participar da programação da assistência de enfermagem;
executar ações de tratamento simples	executar ações assistenciais de enfermagem, exceto as privativas do Enfermeiro, observado o disposto no parágrafo único do art. 11 desta lei
prestar cuidados de higiene e conforto ao paciente	participar da orientação e supervisão do trabalho de enfermagem em grau auxiliar
participar da equipe de saúde	participar da equipe de saúde

Na prática dos cuidados diários no hospital, os auxiliares e técnicos de enfermagem executam as mesmas tarefas e atividades de preparar, observar, reconhecer, descrever, ministrar medicamentos aos pacientes e encaminhar para exames ou ao centro cirúrgico, nas clínicas.

Embora no hospital a grande maioria dos servidores seja de auxiliares de enfermagem, os concursos públicos que vêm sendo realizados para contratação de pessoal têm priorizado a carreira de técnico de enfermagem, como foi relatado nas falas das reuniões de ACT, conforme os dois últimos editais de concursos públicos listados no site do hospital. Para a função-atividade de Auxiliar de Enfermagem o último edital de concurso público para o preenchimento de seis vagas foi realizado no final de 2011.

Os procedimentos de rotinas de assistência aos pacientes são descritos em manuais ou impressos, com nomes como:

- Procedimento Operacional Padrão (POP), que consiste na descrição do passo a passo das operações que os diferentes profissionais precisam fazer para, por exemplo, preparar e administrar um determinado medicamento ao paciente;
- Mas o Procedimento Operacional Padrão – POP - também pode ser uma prescrição de definição de tarefas administrativas, neste caso, feito por gestores;
- Sistematização de Assistência de Enfermagem (SAE), que “organiza o trabalho profissional quanto ao método, ao pessoal e aos instrumentos, possibilitando a operacionalização do processo de enfermagem”, é restrito aos enfermeiros (COFEN, 2009);
- Protocolos, definidos pelo Ministério da Saúde, são os roteiros contendo a descrição da situação clínica e seu tratamento (MS/SAS, 2009).

O trabalho exercido por estes profissionais têm características específicas: é ininterrupto e coletivo, pois visa garantir a continuidade da assistência aos pacientes. Ele será subdividido de acordo com as etapas da rotina. A rotina diária pode variar de acordo com uma série de situações ou interrupções, que podem mudar a ordem de sequência das tarefas. Optou-se, na descrição, por seguir a ordem de rotina descrita pelos profissionais.

É isso que estou te falando, cada quarto tem dois, três leitos, você vai acompanhando. Entra aqui, aqui é do um ao três, todos vamos pegar o plantão aqui. Pegou vamos para o próximo quarto. Acabou de pegar da enfermaria inteira, já tem a escala. Você está escalada para o leito um, leito dois, leito três. É tudo muito diversificado. Aqui os quartos não são individuais, a não ser dos convênios. Por ser SUS não fica uma enfermaria com um paciente só. Depende do professor, da quantidade de leitos e como é distribuído. Às vezes tem enfermaria com quatro pacientes. Esse hospital é muito complicado de tentar explicar. Cada setor é um professor é uma rotina diferente. A rotina é determinada para o auxiliar. É determinada pelo hospital, pela divisão de enfermagem. Tem uma hierarquia para se seguir, a diretora, depois dela a enfermeira de área, depois as enfermeiras-chefe, e as enfermeiras especializadas. Elas que montam a rotina. Tudo determinado. Então eu sigo essa prescrição o dia todo se eu estiver de 12 horas.

Neste capítulo, será apresentado o trabalho cotidiano de auxiliares e técnicos de enfermagem que participaram das reuniões de Análise Coletiva do Trabalho. Utilizaremos as abreviaturas AE/TE quando nos referirmos aos auxiliares de enfermagem/técnicos de enfermagem.

Ressalta-se ainda que, para este estudo, o uso da palavra prescrição ficará restrito ao emprego dado pelos profissionais de saúde. Nesse sentido, prescrição significa o receituário medicamentoso feito pelo médico, que prescreve medicamentos aos pacientes, solicita exames, ou pelas enfermeiras, que podem prescrever modos de cuidar específicos, de acordo com o exame físico (evolução) que fazem diariamente dos pacientes.

5.1. Rotinas de trabalho e cuidados integrais

São diferentes as concepções sobre os cuidados integrais, no hospital significa que o AE/TE ficará responsável por um número de pacientes para fazer procedimentos que vão desde a administração de medicamentos ao banho e levar para fazer exames complementares. A assistência aos pacientes será feita no seu todo, abrangendo as ações práticas, e também de suporte afetivo.

As clínicas atuam com uma (um) enfermeira(o)-chefe de uma equipe que envolve outras(os) enfermeiras(os) e os AE/TE. Esta chefia fica responsável pelo monitoramento das tarefas, pela elaboração das escalas de trabalho, pelo gerenciamento de todas as atividades da clínica e conta com outra(o) enfermeira(o) supervisora.

No modelo de cuidados integrais, o enfermeiro que liderar a equipe de enfermagem estará responsável por conhecer as condições e necessidades dos pacientes e por planejar os cuidados que a equipe fará, de modo individualizado, ao paciente. No hospital, estes enfermeiros mais próximos aos pacientes e aos AE/TE são chamados de enfermeiros assistenciais.

As rotinas de trabalho consistem em um conjunto de práticas que orientam as tarefas a serem realizadas e o modo próprio de sua realização, abrangendo os seguintes pontos: receber o plantão; aferir os controles dos pacientes, que são os sinais vitais (verificar a pressão arterial, temperatura, pulso, respiração, grau de dor); verificar as prescrições médicas e deixar os medicamentos separados para os horários de medicação; realizar a higienização do paciente ou encaminhar para o banho; fazer as trocas de roupas de cama; realizar as anotações no formulário próprio de cada paciente; e auxiliar nos momentos das refeições. Às vezes, tem que fazer os encaminhamentos (levar o paciente para realizar algum exame em outro setor), ou ir buscar algum medicamento que faltou, na farmácia. Tarefas que serão melhor detalhadas neste capítulo.

A rotina de trabalho é determinada em conjunto pela direção de enfermagem, mas a especificidade de cada clínica pode variar em alguns pontos. A rotina para os profissionais do hospital tem início com a passagem de plantão.

É rotina. Porque se a gente sai dessa rotina a gente se perde daí acontece alguma coisa, alguma intercorrência: o médico pede que você coloque o soro em um; punciona o outro; leva para um exame que eles cavaram. Então acaba você saindo fora da rotina e também atrasa um pouco.

É porque a gente faz todos os cuidados. Exames, se tem, a gente que leva, a gente que busca. (...) É medicação, é banho, é cuidar é tudo. Tudo, tudo, tudo.

Atender bem ao paciente, de modo a prestar os cuidados ininterruptamente, origina uma constante vigilância, cobrança dos enfermeiros para a conclusão das tarefas pelos AE/TE.

A evolução do paciente, feita diariamente por enfermeiros, direciona quais cuidados específicos deverão ser prestados ao mesmo.

O enfermeiro-chefe só faz o administrativo, ele não cuida do paciente, tem o encarregado que também cuida do administrativo e auxilia na ausência, num momento de intercorrência, de emergência, ele auxilia os assistenciais, que é o meu caso.

Tem os acima, e como a gente é mais embaixo, somos pequininhos, então a gente segue regras.

Tudo que é pertinente a cuidado, assim: o paciente apresentou temperatura, sei lá, ele apresentou desconforto, dor, então você vai lá, olha a prescrição médica e coloca literalmente como o auxiliar vai cuidar do paciente. Lógico que eles são super altamente capacitados de fazer isso por si só, mas a gente direciona um pouco mais para eles. (enfermeira assistencial)

Na enfermaria que eu trabalho, que tem cirurgia de intestino, então, os pacientes geralmente vem com hidroostomia ou colostomia, que é o intestino que é puxado a alça para o abdome e colocado uma bolsinha, vem com drenos. Então a enfermeira passa, ela vai avaliar tudo e na prescrição dela, ela vai estar anotando que a gente precisa estar atento aos aspectos do que está saindo pelo dreno, o aspecto dessa hidroostomia. A gente tem que anotar tudo. Ela vai prescrever a prescrição de enfermagem.

A gente segue a prescrição médica e de enfermagem, aí anota. A gente não evolui⁷ o paciente.

5.2. Passagem de plantão entre turnos

A passagem do plantão consiste em uma atividade importante para assegurar a organização da rotina e a continuidade da prestação de assistência ao paciente. Seu conteúdo informa sobre o estado do paciente, as possíveis intercorrências e os tratamentos realizados, questões relevantes ou pendências sobre os mesmos.

A passagem do plantão realizada entre as equipes de enfermagem (a turma que entra e a que sai) poderá acontecer no posto de enfermagem, ou com as equipes passando na porta de cada quarto. As informações são trocadas de modo verbal; o prontuário do paciente (também chamado de: prancheta, papeleta ou casinha) não é levado juntamente para confrontação das anotações. Alguns profissionais fazem anotações pessoais para melhor recordar as informações transmitidas, embora não seja uma prática geral.

Deixa eu explicar. A cada troca de pessoas que trabalham na unidade a gente passa plantão. Então assim, o plantão não encerra. Não existe um início e um fim. Existe a continuidade do trabalho durante 24 horas. O paciente que está ali internado e chega outro, não para, então é fluxo contínuo. Então quem muda?

---

⁷ Evoluir o paciente significa que o enfermeiro executará um exame clínico no paciente, seguindo o SAE. Esse exame clínico irá orientar quais os cuidados específicos que o paciente necessitará receber pelos AE/TE.

As pessoas. A minha jornada começa às 7horas. Das 7 às 13 eu vou cuidar daquele paciente. Então eu vou passar para ela as principais ocorrências que tiveram com aquele paciente naquele dia. O que aconteceu, as intercorrências.

No meu lá é no quarto. Nos quartos. Porque muda, é diferente, dependendo da clínica, tem outros que é no quarto e outros no posto. Aonde passa o plantão varia, de uma clínica para outra. Às vezes pode ser de porta em porta nos quartos, às vezes é no balcão da enfermagem, às vezes é dentro do quarto, então depende da rotina.

É na porta, não é na cara da pessoa para não ficar uma coisa chata, porque às vezes o paciente não tem tanto domínio do que ele tem. Também não acordar o paciente tão cedo a gente passa na porta do quarto, mas a gente tem que olhar para ver se o paciente está vivo. Tem que fazer a observação na unidade como um todo, se o quarto está arrumado. Então você tem que ir no quarto olhar. Aí a gente coloca os pontos principais: dia de internação, qual a patologia que o paciente tem, as principais intercorrências.

É que na verdade você só passa a intercorrência não passa o todo.

O que vai diferenciar é alguma alteração (...) uma pressão alta, um sangramento é isso. Então você não vai falar a historinha dele toda, de quando ele chegou porque senão não ia ter como...[cortam a fala com risos].

E também vai falando o nome do paciente, leito que ele está, a intercorrência que ele teve ou se não teve nenhuma intercorrência. Isso do plantão da noite para quando a gente chega. E quando chega à tarde, de uma hora, que o pessoal vai pegar de uma hora até às sete, é o mesmo procedimento. Tem pessoas que fazem a carga horária de doze horas e ficam das sete da manhã até às sete da noite, sabe! Então a gente pega os dois. Das sete da manhã e da uma da tarde. Aí vai mudar a rotina de

novo. Vai ficar em outro quarto diferente: de manhã você fica em determinados quartos, à tarde você fica em outros.

É para saber as intercorrências, a passagem do plantão não pode se estender muito também. É rápido. A gente não faz a passagem do plantão no postinho, porque eles querem ver se o paciente está vivo,(...) tem que passar de leito em leito, todo mundo, para saber a intercorrência e para saber se ele está bem, se está vivo.

Deve ser realizada de modo rápido, não passando muito de 20 minutos. Acontece nos horários de entrada e saída, que são: 7 horas, 13 horas, 19 horas. Em algumas clínicas, há uma tendência para começar dez minutos antes do horário de entrada.

Eu moro na Saúde. Acordo 5hs da manhã. Pego metrô. Não pego ônibus. Entro aqui 7hs., mas pego plantão dez para as sete.

A gente começa a passar plantão dez para as sete e tem dia que acaba sete e dez. Porque é muito paciente muita coisa. E às vezes é mais rápido. Se tiver bombando com paciente nos quartos aí a passagem tem que ser mais rápida.

A questão da troca de plantão tem estreita ligação com a jornada de trabalho e, assim, com horários em que os AE/TE precisam sair de casa.

Os profissionais do período da manhã, por exemplo, relataram levantar por volta de 5hs da manhã, para poder sair de casa e não se atrasar para a troca de plantão. Por morar longe e pegar lotação cheia, depois trem, metrô, às vezes, ônibus também. Revelaram que saem de casa já com a roupa branca porque não dá tempo de trocar, outros disseram não conseguir pegar a troca de plantão.

Outra questão levantada foi a do cansaço depois das jornadas de 12 horas. Fazer o plantão extra (remunerado), para o profissional que tem a carga ampliada em razão do duplo vínculo e a dificuldade para ir e vir ao trabalho

devido à distância entre moradia e emprego “...quase não dá para descansar. A gente chega em casa come e dorme e já tem que voltar”.

5.3. Verificar os controles dos pacientes

A verificação dos controles dos pacientes consiste em medir os sinais vitais (pressão arterial, pulso, temperatura, respiração, grau de dor). Esse controle será realizado no momento da administração da medicação, ou no momento do banho, ou antes de todas as tarefas, vai depender do modo como a clínica está organizada.

Quando eu chego, recebo o plantão, separo a medicação dos pacientes, por nome, a dose, tudo direitinho conforme a prescrição. Afiro controles (...) é verificar a pressão, temperatura, pulso, respiração, grau de dor e o que ele [paciente] tem, porque mesmo que passe o plantão vejo o que ele mantém, uma traqueostomia, sonda, cateter central para poder descrever na anotação.

A enfermeira assistencial também pode fazer a verificação dos controles de sinais vitais, quando faz o exame físico do paciente, no momento em que constata a evolução do paciente para a elaboração do SAE.

O enfermeiro já tem uma escala diária (...) em que quarto que você vai ficar. Do leito um ao cinco, o outro colega do seis ao onze e aí vai. E aí, tem que verificar os sinais vitais daqueles cinco pacientes. Aí é mecânico. Aí vai verificar os sinais desses cinco pacientes, geralmente, depois vem o café, que a gente tem que ajudar alguns, tem que dar na boca a dieta, outros têm que só ajudar a colocar a mesinha, e alguns se viram sozinhos. Depois disso a gente funcionário para um pouco para tomar o café.

As enfermarias possuem carrinhos equipados com aparelhos utilizados para medição da pressão arterial, dos batimentos cardíacos e da temperatura.

Assim, os AE/TE dirigem-se com o carrinho para o quarto e já fazem a medição de seus pacientes naquele quarto, anotando tudo em uma “*colinha*” que fica no bolso do avental até que possam repassar estas informações para as folhas de anotação dos pacientes (prontuários).

5.4. Medicações

As medicações são prescritas pelos médicos diariamente; ao passarem para a sua visita, sentam-se no computador do posto de enfermagem e acessam o sistema integrado com a farmácia. Essa prescrição será válida por 24 horas (das 12 horas do dia em que foi feita até às 12 horas do dia seguinte) e poderá ser modificada em razão de alguma alteração no estado do paciente.

A equipe de enfermagem que chega para o turno da manhã vai retirar as últimas medicações do carrinho e separá-las com as etiquetas correspondentes aos pacientes sob seus cuidados (Figuras 1 e 2).

Essa separação da medicação com as etiquetas de identificação do paciente (nome do paciente, número do leito, a medicação e a via (oral, venal) a ser administrada, a data, o horário e o nome do auxiliar ou técnico) é feita para deixar a medicação da manhã organizada e para liberar o carrinho que será encaminhado para a farmácia.

Essa atividade de retirar a medicação do carrinho, separar por paciente e, deixá-las dispostas em bandejas para facilitar a preparação nos horários da administração da medicação exige concentração e atenção. As AE/TE confrontam a medicação retirada do carrinho com o formulário de prescrição médica. Fazem uma bolinha com caneta azul na linha do formulário onde consta o nome da medicação e o horário. Esta bolinha é entendida por todas as equipes de profissionais como um sinal de que a medicação foi administrada ao paciente. Para diferenciar o pessoal da noite faz a bolinha com caneta vermelha.

No horário prescrito para a administração da medicação, os AE/TE voltam ao posto para preparar as medicações. Se a administração da medicação

for por via venosa, o medicamento será diluído a um frasco de soro; se for por via oral, pegam os comprimidos que já haviam sido separados e deixados dentro de um copo plástico de café, etiquetado. Colocam todos os medicamentos a serem administrados, naquele horário, em uma bandeja e dirigem-se aos quartos dos pacientes.

Você tem febre. Eu tenho que dar a medicação para você. Dipirona. Às vezes é na veia a dipirona que o médico quer. Tem uma ampolinha, vou lá com uma seringa e agulha e aspiro a dipirona, vou lá e faço na sua veia. Isso é administrar o medicamento.

O carrinho de medicamentos vazio deverá ser levado por um auxiliar administrativo da clínica para a farmácia, que o reabastecerá com as novas prescrições que passarão a valer a partir do meio dia. Quando a clínica não tem um auxiliar administrativo, são os AE/TE que levam o carrinho.

Figura 1: Bandeja com medicações separadas (destaque: etiquetas de identificação dos pacientes e medicações)

Tem o postinho a gente vai, pega uma bandeja, por exemplo leito cinco, vai lá na caixinha do leito cinco ela tem só comprimido. Tem só paracetamol para dor ou remédio de pressão são aqueles dois comprimidinhos. Às vezes é uma dipirona que você tem que administrar na veia. Tem aqueles cateteres no braço.

(...) É, antes tem a medicação das oito, que de duas em duas horas a gente tem que administrar a medicação. Tem às oito, dez, meio dia.(...) Tudo assim concomitante não pode passar muito, às vezes passa um pouquinho, a medicação das oito vai fazer oito e quinze, oito e vinte, mas não pode passar muito porque às dez já tem outra. (...) Depois do banho tem a medicação das dez... aí você tem que parar para ir no postinho diluir a medicação das dez voltar em cada leito e fazer aqueles que tem e depois voltar no banho terminar.

-Se tem cateter você não tem que mexer com agulha. Os meus pacientes por exemplo, têm um cateter central que eles passam porque tomam muita quimioterapia por veia já não tem mais veia. Já não tem mais onde furar então passa esse cateter para receber a medicação. É colocado, é subclave direta, passada no centro cirúrgico. Que é um materialzinho de silicone. Aquilo fica implantado nele e então ele vai receber tudo por esse cateter.

-Então você não mexe com nenhuma agulha?

-Às vezes precisa porque eles fazem muita febre porque não tem imunidade. Pegam muita infecção.

A preparação da medicação é realizada no posto de enfermagem e medicações como quimioterapias são preparadas pela farmácia:

A farmacêutica prepara a quimioterapia que é uma medicação específica para câncer, porque ela é tóxica, tem que preparar em um local adequado. E a enfermeira que administra a quimioterapia do paciente. As outras medicações, antibiótico, a gente pega.

Depende da medicação você tem que diluir. Às vezes é um antibiótico e vem um pozinho, você tem que diluir numa ampolinha de cem. Isso não vai na bomba. Você tem o acesso venoso, na UTI esse acesso venoso é por cateter venoso central, de duplo lúmen, triplo. Na enfermaria você também tem o acesso periférico. E tem tempo para ficar, um “scalp”⁸ perde logo, mas o jelco⁹ pode ficar três dias. Você tem que estar atento porque é uma porta de entrada para infecção, ver se não está inflamado. Quando a gente vai puncionar precisa colocar a data e seu nome na etiqueta, no paciente. E todo dia tem que estar de olho observando. Se começar a ficar vermelhinho tem que trocar.

O equipo¹⁰ se troca de 24 horas, mas se tiver faltando material vai depender. Tem equipo de bombas, de macrogotas e microgotas.

As bombas¹¹ servem para ajudar o gotejamento de algumas medicações, vai droga de sedação, medicações mais delicadas. Você quer que corra em seis horas, você vai programar. Aí você prepara a medicação, põe o equipo, programa na bomba e aperta o botão. Se você quiser que corra em quatro horas sei lá em seis ela corre certinho aquele período que você quer. Às vezes são várias medicações e são várias bombas. Não pode correr aleatório, tem que correr conforme o médico pede na prescrição. Então você tem que estar atenta no que você vai programar direitinho e no que você vai administrar.

A maneira utilizada para ter controle da medicação a ser dispensada para cada paciente, bem como, a data e hora em que foi feita é a da etiqueta. Ao separar a medicação de todos os horários nas bandejas, as etiquetas são

---

⁸ Scalp: acessório que reduz o risco de acidentes em terapias intravenosas periféricas, em infusões de curta duração e também durante a coleta de sangue.

⁹ Jeco: acessório composto por agulha de silicone utilizado para manter acesso venoso em pacientes.

¹⁰ Equipo: acessório utilizado para infundir soluções medicamentosas em pacientes, geralmente conectado ao jelco. (figuras 4 a 9).

¹¹ Bomba de infusão: equipamento eletrônico que controla a quantidade de solução medicamentosa infundida no paciente.

escritas e deixadas prontas e depois serão coladas no frasco no momento da administração da medicação.

Outra medida de controle, para saber que tipo de medicação está sendo administrada são as etiquetas coloridas para a rotulagem de medicação, por exemplo, se no frasco foi colocada uma etiqueta azul, o profissional saberá que está sendo administrada uma medicação de sedação. No posto de enfermagem, essas as informações ficam dispostas em pôsteres para fácil acesso dos profissionais.

Levar e buscar o carrinho na farmácia, de acordo com o término das prescrições médicas (Figura 2):

Tem o carrinho de medicação. Todas as clínicas têm. Você vai deixar às dez horas, leva-se o carrinho na farmácia, daí eles colocam as medicações.

Esse carrinho é só para trazer a medicação da farmácia para enfermaria. É um carrinho que tem várias gavetinhas, cada gavetinha tem o número do quarto do paciente com os remédios dele lá dentro.

A farmácia reabastecerá o carrinho colocando a medicação de cada paciente da clínica na gaveta que corresponde ao número do leito do paciente, junto com uma cópia da prescrição. Quando o carrinho retorna da farmácia, uma auxiliar realizará a conferência das medicações de cada paciente com os prontuários, para ter certeza de que não faltou nada.

O nosso tem um carrinho com a identificação dos números dos leitos e vem toda medicação dentro das caixinhas do carrinho. Tem o número do leito e lá tem a cópia da prescrição que tem o nome do paciente e tem tudo identificado. Nunca aconteceu de trocar medicamento porque é feito por número de leito. Tem o número do leito na caixinha, mas lá na farmácia sai a via com nome do paciente, a prescrição, o número do leito, tudo direitinho.
(Figura 2)

Figura 2. Carrinho de medicações com gavetas numeradas

E a gente tem que conferir um por um se tiver faltando vai ter que ir pegar na farmácia e colocar na caixinha do paciente porque à noite não entregam. A enfermeira surta se não tiver todas as medicações para passar à noite.

Na minha também, só não tem o carrinho; elas [medicações] vem no saquinho, com a prescrição, aí chega lá, nós temos umas caixinhas com número de leito, como se fosse o carrinho da clínica dela.

5.5. Intervalo para café

As pausas para o lanche são de quinze minutos e são feitas logo após a passagem do plantão, ou em outro momento quando o AE/TE considerar melhor para ele; não há uma rigidez de horário, mas nem sempre elas são feitas. Quando é possível se ausentar para ir à copa, o café tem que ser tomado rapidamente.

O funcionário na teoria tem quinze minutos.

Às vezes mais, às vezes um pouquinho menos. Às vezes tem que ser mais corrido, porque você vê que tem muita coisa para fazer, não dá para você ficar comendo e conversando com colega. Você tem que ir lá, lanche e voltar, para dar os cuidados.

O hospital não fornece lanche para os profissionais. O lanche precisa ser trazido de casa, ou comprado na lanchonete dentro do hospital. A copa fica no corredor principal, fora do corredor da clínica.

Para sair e fazer o lanche precisa se organizar e revezar com um colega que permanecerá de “olho” em seus pacientes. Revelaram que geralmente fazem o lanche logo após a passagem do plantão, enquanto fazem a separação da medicação.

5.6. Controle das atividades e fluxo entre diferentes profissionais: as “Anotações”

As anotações de enfermagem consistem em registros efetuados pela equipe de enfermagem: “têm a finalidade essencial de fornecer informações sobre assistência prestada, assegurar comunicação entre os membros da equipe de saúde, garantir continuidade das informações nas 24 horas, condição indispensável para compreensão do paciente de modo global” (COREN/SP, 2009, p.4).

As anotações são indispensáveis para os profissionais, na medida em que compõem um sistema de informações sobre os eventos acontecidos com os pacientes e confrontam as ações realizadas no paciente com a prescrição médica. Também são consideradas como um instrumento legal de defesa. Toda anotação descrita no formulário precisa conter a identificação do profissional, com sua assinatura, data e hora de realização do procedimento.

- *Tudo que a gente faz no paciente tem que estar escrito, é lei. A gente tem que cumprir a legislação. Então assim: se eu não anotar, eu não cuidei, teoricamente, se o médico não prescrever, ele não fez o cuidado dele que é de fazer a medicação. Então o paciente tem um livrinho dele, vamos chamar de livrinho o prontuário. O prontuário dele vai estar com todas as características dele, o que tem que ser feito, no dia que o médico pediu.*

- E você vai mexer no paciente, fazer esses cuidados no paciente e já leva esse prontuário ou não?

- *Fica no posto a planilha [prontuário]. Aí você sai do quarto e já vai lá e anota. Só quando é medicação.*

Nós temos horários para medicação, horário para isso e para aquilo. Então se ela passar antes da minha anotação, tipo 7 horas da manhã ele pôs um dreno... 7h10m ela pôs em repouso no leito e aí eu vou escrever às 10 horas eu tenho que anotar a minha medicação e a outra escreveu antes, eu vou ter que colocar “em tempo”, a tal hora foi medicado assim, assim.

O prontuário do paciente é objeto de disputa entre as diferentes categorias profissionais e acontecem momentos que inviabilizam a imediata anotação de cada atividade realizada no paciente, logo após sua execução. Isto enseja a adoção da estratégia da *colinha* para driblar essa dificuldade e, assim, não “perder” tempo no atendimento. Essas situações são descritas nas falas abaixo:

Você, por exemplo, está usando a papeleta [prontuário] e vem outro que pede, você tem que dar. A prioridade é do doutor. Não importa a clínica, o médico tem prioridade.

Não, ele [prontuário] é muito disputado entre os médicos entre os enfermeiros auxiliares, entre a nutricionista, fisioterapeuta, tudo.

A *colinha* desempenha papel importante, na medida em que o profissional sai da disputa pelo prontuário, principalmente nos momentos em

que há grande quantidade de profissionais circulando pela clínica e, quando estiver com mais tempo livre ou o posto de enfermagem com menor número de pessoas e os prontuários disponíveis, ou ainda, próximo do horário de término do plantão, faz suas anotações.

Geralmente, os pacientes mais críticos, a gente já leva um papelzinho.

A maioria das meninas leva uma folhinha onde elas anotam.

(...) Pra gente fazer os controles, por exemplo, a gente leva o papel e anota no papel a pressão, temperatura, pulso (...)

Nem sempre dá para a gente parar uma horinha e vai fazer [anotação], por exemplo: oito horas tomou banho. Oito e quinze tomou café, aceitou o desjejum. Nove horas realizado o curativo. Dez horas administrado medicação. Aí, vem o que: às onze horas tem paciente que tem o destro, que é a glicemia para ver quanto está o açúcar, se não está baixo. Realizado o destro, está setenta, ou senão você já tem que realizar uma medicação para aquela glicose subir. Vem meio-dia, aceitou o almoço você escreve na passagem do plantão, porque uma hora acabou nosso plantão.

(...) Ah esqueci! Agora eles exigem que a gente faça assim. Quer dizer é o certo. Em cada cuidado que a gente vai dar, a gente tem que fazer a anotação na enfermagem. Então, assim, oito horas, vai lá no prontuário do paciente e escreve: aceitou o café. Sabe, coisa simples, não é nada de complexo.

Os formulários de anotações das ações e procedimentos não são informatizados, como nos explicaram:

A prancheta, o prontuário do paciente, no papel. A única coisa que fica informatizada, que o médico faz, é a prescrição médica; ele não põe no papel. Ele digita porque daí a farmácia tem acesso para saber separar e mandar a medicação. (...) Por causa da letra de médico. Então, pensando nesse problema,

fizeram a prescrição eletrônica. É porque é difícil, o risco de erro é muito grande, se fosse por dedução, né! Fica uma via com a gente e a farmácia, quando dispensa os medicamentos, manda uma cópia dentro da gaveta.

5.7. Higienização dos pacientes – os banhos

O banho nos pacientes é uma atividade da rotina do pessoal do turno da manhã. Ela é realizada preferencialmente no período das 7h às 13h, para não interferir nas rotinas dos outros períodos e também porque à tarde têm os horários de visitas. Há uma cobrança constante, considerada excessiva pelos AE/TE, para que todas as tarefas sejam feitas no turno, principalmente os banhos, tarefa que requer mais tempo para sua execução, e de maior exigência física.

Se a gente passar banho para tarde atrapalha a visita do paciente, então isso é ruim.

Você está com X pacientes. Quando dá meio dia a enfermeira quer saber se fez tudo, porque não pode deixar para a tarde. Os banhos têm que fazer todos de manhã.

Os banhos, ou a higienização dos pacientes, apresentam diferenças entre os pacientes que podem sair do leito e tomar banho, no banheiro e sozinhos, ou os que precisam da assistência dos AE/TE, pois podem passar mal, mas vão até o banheiro, e os pacientes acamados, que tomam banho no leito.

É, depende do banho. Se der para dar sozinha e tiver pouco funcionário, faz sozinha, mas você olha as condições do paciente. Você vê que dá para ele dar uma ajudinha, aí você pede para ele dar uma virada, segurar na grade; aí tem paciente que se vira sozinho. Muitas vezes, dependendo da quantidade de funcionários, não dá para tirar, não tem de onde tirar outro colega para ajudar no banho, que é do seu paciente.

Então eu tenho das sete às dez para o banho, vou trocando a cama, vai chegando o café, os que vão tomando banho vão tomando seu café. Dos pacientes desse quarto, vamos supor que todos andam, então eu termino rápido, porque eu só vou trocando a cama. Vou para o próximo quarto, tem um banho de leito. Aí, que eu faço?; tem uma que anda sozinha, a outra é na cama. Aí vai com uma colega. Aquela que toma banho sozinha vai e eu vou dando banho na outra. A gente põe o biombo em volta; como é um quarto de duas pessoas, a gente tem uma cortininha. Pega os baldes e vai dar banho. A gente sempre dá banho com duas pessoas, é raro a gente dar, igual as meninas falam, sozinhas. Realmente acontece, mas aqui na nossa clínica, a gente dá com dois. Aí a gente põe o avental, põe luva. Aí deixa ela prontinha. Aí a gente só administra.

- Você tem que levar o que para dar o banho?

- Tem que levar balde, lençol, toalha. Eu passo sabão, a outra vem com paninho, enxaguando; secou, pôs avental, ela tá prontinha. Troca as camas.

- Isso já é quanto tempo depois da hora que você entrou?

- Umas nove horas já.

Os pacientes que precisam de auxílio de cadeira de rodas para tomar banho, são ajudados pelos AE/TE, que os auxiliam a sentar na cama e ajudam a levantar, sentar na cadeira de rodas, levam ao banheiro e, depois do banho, os trazem de volta para a cama. Quando o paciente está orientado, ou consciente e ajuda a se segurar, exige menor força por parte dos AE/TE, mas os pacientes mais confusos, desorientados, como disseram, acabam exigindo mais força para segurá-los nos momentos de levantar da cama e sentar, ou mesmo no banho de leito, para movimentar o paciente.

Alguns têm que ajudar a colocar na cadeira de rodas e levar, ou senão dar banho no leito. Porque lá tem muito banho e muito curativo, muito dreno, colostomia, porque lá são vinte e um

leitos. É uma clínica só, mas como se fossem duas clínicas num lugar só. Então é bem diferente.

O banho no leito exige esforço físico, tempo, o tempo de exposição do paciente. Se é um obeso ou queimado demora mais, 1h30min. Os obesos têm todas as dobrinhas. Se for um magrinho é mais rápido de 20 a 30 minutos. Tem paciente que você pode pedir para ele ajudar se virando e segurando na grade, outros não.

Assim, é complicado você dar banho num paciente sozinha. Às vezes um paciente magrinho, pequenininho é fácil, mas tem paciente pesado, grande, obeso, ou que tem dreno, ou que está no ventilador mecânico¹², com um monte de coisa.

Assim como ela falou e é verdade, na minha clínica, como a dela é bem parecida. Muitas das vezes você não pode tirar um colega que também está com vários pacientes acamados para cuidar. Então se tiver condições - foi aonde eu peguei essa hérnia de disco - não consigo ficar muito tempo sentada. Se tiver condições da gente dar banho naquele paciente sozinha, a gente tem que dar. Só se for paciente assim, um pouco grande, a gente incomoda o outro colega, porque senão, chega na passagem do plantão, a gente não conseguiu dar conta de todo serviço.

Os AE/TE precisam fazer grande esforço físico para as atividades de banho. O manuseio de pacientes no leito torna-se difícil quando o paciente é mais obeso ou está inchado em razão da quantidade de líquidos que lhe são infundidos, podendo ultrapassar os esforços suportados pelos trabalhadores.

Acontecem situações em que há necessidade de repetir o trabalho:

Mas muitas e muitas vezes você acabou de dar banho naquele paciente, a campainha toca. Evacuei. Você tem que voltar lá e dar o banho e dependendo como foi essa evacuação é outro banho de leito. Você está sozinha geralmente para fazer isso.

---

¹² Ventilador mecânico consiste em aparelho que auxilia, de modo artificial, na administração de oxigênio ao paciente sem condições de respirar por si.

Se você vai fazer banho no leito, você precisa de dois. Você sozinho não faz o banho no leito. Você entra no quarto e já tem que dar o banho no paciente na cama. Se tiver curativo você já tem que fazer o curativo dele. Só que nesse período, às vezes toca uma campainha e você é obrigada, para não ficar escutando a campainha, você é obrigada muitas vezes a parar o que está fazendo para ir atender à campainha. Se é um paciente que está sentindo dor, você vai deixar o seu paciente lá esperando, ou seu colega esperando para atender.

Acabou essa parte, essa rotina nos seus quartos, a gente parte para curativo. Tem curativo, às vezes, é pequeno, é só um sorinho. Como tem curativos maiores, às vezes a gente para um pouquinho para dar a medicação, que está se aproximando das dez horas, com mais emergência, e depois volta para trás para fazer os curativos. Quando dá para fazer tudo ao mesmo tempo, você faz.

5.8. Diferenças entre as rotinas das clínicas

Com a finalidade de mostrar a diversidade de situações e as possibilidades de variação no trabalho, destacaram-se a seguir algumas falas das reuniões.

Quanto ao número de pacientes para cuidar:

Na minha área ficam de oito a nove pacientes. É onde ficam os pacientes que estão aguardando cirurgia ou aguardando uma enfermagem. E assim, lá, a gente tem os pares e os ímpares, são os números dos leitos. O número do leito par é banho de tarde os ímpares de manhã. Tem trinta e quatro leitos.

Em algumas clínicas os pacientes exigem tratamentos mais demorados, ou são pacientes em estado grave cujos tratamentos são complexos:

Lá na nossa clínica o paciente é muito complexo, é quase igual ao de uma UTI. Então, ultimamente a gente tem ficado com cinco cada um, mas uns cinco que valem por dez. O paciente ele recebe umas cinco ou seis bombas de medicação, fora os antibióticos. São bombas para injetar drogas, de nutrição por via parenteral, o paciente não come.(...) E eles são muito solicitantes, são pacientes graves, gravíssimos e dependentes. Então você tem que se desdobrar e dar conta. O nosso paciente tem um cateter central, que é colocado no Centro Cirúrgico. Tem que manipular com muito cuidado, tem que pôr máscara, tem que se paramentar.

Às vezes vai fazer a medicação, está fora, se perdeu [a veia] ela sente dor no braço. Então você vai administrar, ela sentiu dor, está fora, às vezes está vermelho você tem que tirar e puncionar. Já te atrasa. Você tem que parar, tem que puncionar. Essas são rotinas do dia a dia.

A rotina dos colegas do turno da tarde pode ser atrapalhada, caso alguma tarefa prevista para o turno da manhã não tenha sido concluída, como no exemplo da visita:

Para tarde só deixar as medicações e as intercorrências. E sempre tem exame de manhã e à tarde, porque, aí, não depende da gente.

Para os encaminhamentos de pacientes aos exames, pode ficar um auxiliar designado especificamente para a tarefa; vai depender da clínica e da quantidade de AE/TE presentes. Caso seja um dia com muitos exames agendados para diferentes pacientes, até o enfermeiro chefe terá que ajudar.

Se for na maca é pesado, o paciente às vezes é obeso, entendeu, tem que ser de duas pessoas; nem sempre tem duas pessoas. Acontece de você estar sozinha no final do dia você está com as suas costas e suas pernas estouradas; aí você toma um Voltaren, toma uma dipirona, para no outro dia você estar pronta para próxima. Eu acabei com uma cartela em quinze dias.

É a falta de funcionário, na minha, talvez até pior porque a gente não tem ninguém fixo para levar o paciente.

Tem enfermaria por aí que as enfermeiras chefes são obrigadas a fazer encaminhamento porque não tem auxiliar. As enfermeiras chefe saem do setor e vão levar paciente para exame por falta de funcionário.

Às vezes, no momento da passagem do plantão, se o paciente reclamar que sente uma dor:

Se ele está com dor, a gente já vai lá já, vai pegar a prescrição, já vai ver o que ele recebeu para dor à noite. Já olha e dá outra medicação. Meus pacientes tem muita dor. Muita, muita, muita dor. É morfina, são aqueles adesivos de fetamil, de tramal, tem muita medicação, muita. Você tem já o seu fator psicológico também para pegar esse paciente. Tem que ter paciência porque é um paciente complexo, ele está com dor, ele não tem culpa da doença que ele tem. Então tem que pensar por esse lado também. E tentar fazer alguma coisa para aliviar a dor dele. E vai ficar tocando a campainha o dia inteiro. Você já tem que estar preparada para isso também. Ele vai tocar. Você deu a medicação dali a quinze minutos estará pedindo a medicação de novo.

As rotinas podem variar em razão das especialidades das clínicas e necessidades dos tratamentos aos pacientes, mas o modo de atendimento referente aos cuidados integrais se mantém:

Na clínica que eu trabalho, todos os pacientes são isolamento. Todos, sem exceção. Só que o isolamento deles é diferente da clínica dela. Na clínica dela é o paciente que tem alguma coisa e você se paramenta para não transmitir para você. Na minha clínica é diferente: os pacientes são imunodeprimidos, totalmente. Então a gente se paramenta para não passar nada para eles.

5.9. Intercorrências

A intercorrência é um momento crítico, significa que o paciente está passando mal ou reclamou de alguma dor ou sintoma, que teve seu estado de saúde alterado por algum motivo, e essa mudança de estado precisará ser investigada. Corresponde a algo que causa uma variação na rotina dos cuidados, pois necessita de uma intervenção quase sempre pontual e imediata. Em alguns casos será necessário chamar a enfermeira ou o médico, em outros há possibilidade de os próprios AE/TE atenderem e resolverem. A definição dada para intercorrência foi: “*Intercorrência é um problema.*”

Intercorrência é quando tem alguma coisa que foge da rotina. Então assim, o paciente evacuar é normal, agora se ele falar que está passando mal, aí é uma intercorrência. Não é rotina. Você vai até lá para ver o que está acontecendo, porque está passando mal. Questão de cuidado específico.

Por exemplo, você foi ver o paciente. Você chama e ele não responde. Você tem que chamar um médico para ver porque ele está inconsciente. Se convulsionar, por exemplo. Agora se você vai lá, ele está sonolento está falando mole, aí você coloca um oxigênio, verifica a pressão, faz um destro, aí você já entrevistou.

É ter uma parada cardiorrespiratória. Vai toda a equipe. Você está com paciente e o médico pede uma droga, muitas vezes o médico fala: “vamos entubar, vamos entubar”, e aí tem que pegar todo material e o auxiliar não pode sair dali, para o caso de o médico pedir algo. E tem todos aqueles outros serviços e fica assim: de evacuado, apertando a campainha, querendo ser trocado e tudo isso.

Aquilo que está dentro do que você pode fazer, que a sua categoria diz que você pode fazer, que você tem respaldo legal por aquilo, você faz. Aquilo que você não pode fazer...

Lá onde eu trabalho, paciente pode agravar, e como ele não tem imunidade que ele tomou essa medicação, essa

quimioterapia, então ele pode pegar uma infecção hospitalar a qualquer momento. Pode pegar uma pseudomonas, uma acinetobacter, pode pegar um kpc, são infecções hospitalares. Para esse paciente meu, uma infecção dessas é óbito, tá! Então ele pode começar a ficar com falta de ar, a pressão começar a cair, ele para de urinar, aí a gente já tem que estar atento. Já correr com uma medicação vasoativa, que é para manter a pressão dele, dependendo do que o médico quiser. Entendeu? Tem que já estar pronto ali, atento para aquele paciente.

O relato de um acidente em uma situação de intercorrência, revelou que o AE/TE havia acabado de chegar, para a troca de plantão. Era 06h45 e a enfermeira solicitou sua ajuda. Não havia recebido ainda o plantão.

A enfermeira havia feito a coleta de sangue. A AE/TE já havia ido e voltado ao posto três vezes para levar material, descartar e pegar outros para que os médicos pudessem usar no paciente. Na terceira vez que voltou com material para descartar, sofreu o acidente com perfurocortante.

O posto de enfermagem estava lotado, era o momento da toca de plantão e, para não atrapalhar, espichou o corpo em cima do balcão, por trás de um colega, quando foi colocar a seringa com agulha na caixa de descarte furou o dedo. Disse que a caixa estava cheia.

Foi a primeira vez que me furei. O posto estava lotado e havia aglomeração perto da descarpax. Depois da troca de plantão a gente já vai preparando a medicação. O posto de enfermagem fica com quase todo mundo da enfermagem lá. Acho que o problema foi a correria da intercorrência e o posto cheio. Intercorrência sempre tem.

As intercorrências revelam momentos de pressão temporal, para atender rapidamente o paciente e às solicitações feitas pelos médicos e enfermeiros, desencadeando situações de estresse para os AE/TE.

5.10. Diferentes possibilidades de “engano”, “falha” ou “erro”

Em uma das reuniões apareceu uma discussão sobre situações que podem levar ao engano, como a letra do médico, caso a prescrição não fosse eletrônica; a quantidade de embalagens de medicamentos parecidas; medicações bem distintas quanto ao uso, mas com os nomes muito similares; e a semelhança entre os nomes dos pacientes:

Na sua clínica eu não sei, mas na minha a gente remaneja muito o paciente. Por isso tem que tomar muita atenção, porque, tipo assim, agora ele está no leito oito e leito oito é quarto feminino. Se eu não tenho leito masculino para internar o outro, então eu vou tirar essa que está no leito oito e vou jogar para o leito quatorze e jogar o masculino para o oito. Então a gente tem que saber onde foi a tal paciente que estava no leito oito.

A Divisão de Farmácia faz folder de alerta sobre sons e grafias semelhantes dos medicamentos e distribui para as clínicas como no exemplo da Figura 3.

Figura 3. Exemplo de Alerta da Divisão de Farmácia sobre semelhanças e diferenças na denominação dos medicamentos e grafias dos medicamentos

- Então, tem o risco de ela pegar o João, porque também a gente tem semelhança de nome. A gente tem medicações iguais com nomes muito parecidos, com embalagens que mudam, às vezes você tem medicação que você não conhece, tem muita coisa que te favorece ao erro.

- Se você tem um paciente acordado, acho também que isso é fundamental. Se você tem um paciente que não fala, você tem que confrontar essa informação [nome do paciente] em uma pulseira. Mas se trocar a pulseira, ou a pulseira cai, a probabilidade de erro é muito grande.

Uma situação referida como possível de gerar erro ou engano foi a falta de tempo para realizar muitas tarefas, que às vezes, lhes tira a atenção.

- Eu acho que erros acontecem. Somos humanos. Podem acontecer com qualquer um, por isso que você tem que ter uma atenção muito dobrada.

- É exatamente por isso que não pode trabalhar no limite, deixar o profissional sobrecarregado, porque erra.

O prontuário do paciente é o que você fez, é o que você prescreveu; comprova que você cuidou, que você fez. É um registro. A gente, infelizmente, estamos na mídia em alta a enfermagem, os erros e afins. O que te respalda é aquele papel escrito: “olha eu orientei que ela tinha que fazer assim, assim e assim com o paciente.” Se ela mudou o contexto aí ela que responde, entendeu. É que nem o médico. O médico vai lá e fala assim: “vou dar dez antibióticos para ele.” Aí ele vai lá e prescreve, você vai lá e administra. Cada um é na sua função. Aí você administra o medicamento; se ele errou a prescrição ele que está errado é uma sequência.

5.11. O duplo vínculo num mesmo serviço e as longas jornadas de trabalho

O vínculo de emprego é direto com o Governo do Estado de São Paulo, e se forma com a nomeação de pessoal após a realização de concurso público. Há outra forma de vínculo, que foi criada para agilizar contratações em caráter emergencial, mas que acabou sendo utilizada para contratar pessoal já vinculado ao hospital, como uma forma de incrementar o salário, por meio da elevação da jornada de trabalho. É a contratação feita pela Fundação Faculdade de Medicina.

O servidor contratado por concurso do Estado, para exercer a carga horária de 30 horas semanais para trabalhar sob o regime da CLT, é contratado pela Fundação para fazer um total de 40 horas semanais. São os chamados complementaristas, porque complementam os salários e a jornada de trabalho através desse outro vínculo de emprego.

A minha carga horária é de 40 horas semanais. Eu tenho duplo vínculo; eu sou HC e Fundação Medicina. Então, eu tenho uma carga horária para cumprir na semana de 40 horas. Aí você cumpre a carga horária do HC e da Fundação. Então eu tenho que cumprir 40 horas para o HC e Fundação Medicina e, fora isso,

outros dias da minha folga eu faço plantão de extra. É duplo vínculo, feito no mesmo espaço físico, dirigido pela Divisão de Enfermagem.

A questão do duplo vínculo teria como objetivo tentar equiparar o salário dos servidores com os valores pagos por outros hospitais:

Na semana, você tem que dar mais dois ou três plantões, com mais a escala do HC para dar um total de 40 horas. Eu fico trabalhando no mesmo setor, é só o vínculo. Além de eu ser concursada e ter o registro no hospital, essa fundação, que não está mais contratando, contratou os mais antigos. Ela me dá outro fundo de garantia e outro salário complementar. Igualando o salário do mercado lá fora, mas não chega a ser um salário como aquele de um Sírio-Libanês.

Eles chamam a gente de complementarista porque a fundação complementa o salário. Só o salário do hospital é muito pouco.

A história da autarquia é para igualar os salários de todo mundo aqui, porque ela ganha mais, eu ganho menos, outro menos, uma bagunça e trabalha-se por igual.

A Fundação é uma coisa independente, a finalidade dela é ensino e pesquisa. Então para você ter uma renda maior, você complementa a sua carga horária através da Fundação. É uma complementação de horário. Além de você fazer sua carga horária HC, já está embutido na sua escala essa complementação da Fundação.

Pode acontecer de alguns servidores, na busca por melhor salário, recorrerem a outro vínculo de trabalho fora do HC e da Fundação. Situação que incomoda alguns colegas como no diálogo a seguir:

- *Tem colegas que estão aqui e (...) para ir no outro trabalho, ele só vem aqui quando dá um certo tempo, que ele tem que vir. Ele vem uns dois dias e não vem mais.*

- *Acho que eles têm que trabalhar tipo quinze dias para não dar abandono de trabalho.*

- *Então mais daí ele falta sem justificar sem nada. E daí ele vem uns dois, três dias para não ter um processo, para não ser mandado embora.*

- *E daí não acontece nada?*

- *Aí não sei. Não deve acontecer porque se isso já está acontecendo faz tempo e continua. Porque não está sendo feito nada a respeito, funcionário público tem essas coisas.*

Outro problema do duplo vínculo refere-se ao aumento da jornada de trabalho na forma de plantão, ou seja, para cumprir as 40 horas semanais é preciso trabalhar 12 horas em alguns dias.

Na semana tem que dar uns dois ou três plantões com mais a escala do HC – as seis horas – para dar um total de 40 horas. Fica trabalhando no mesmo setor. Aumenta o seu trabalho. Não é obrigatório, mas se quiser ganhar um pouco mais...

5.12. Escala de trabalho e plantões

As escalas de trabalho e os plantões são organizados mensalmente pelas chefias de enfermagem das clínicas. Para a elaboração das escalas, as chefias procuram distribuir os profissionais de modo a balancear as jornadas (30 ou 40 horas semanais), com a necessidade das folgas obrigatórias, a necessidade dos plantões remunerados, levando em conta as licenças, os finais de semana e as férias.

O esquema de organização da escala é de seis dias de trabalho por um de descanso e um final de semana (sábado e domingo) por mês. Os relatos sobre os plantões remunerados são diferentes em dois pontos: um foi o de que há a possibilidade de escolherem os dias que querem fazer os plantões; outro, foi que isso depende da clínica e a regra é a de atender prioritariamente às necessidades do hospital em manter o efetivo para o atendimento no dia a dia.

O plantão remunerado é uma opção que o profissional pode fazer, mas optar pelo dia de acordo com suas necessidades não é possível. A escolha do dia das folgas obrigatórias por lei, isso pode ser feito pelo AE/TE.

As chefias mantêm um caderno, no qual os AE/TE anotam os dias em que preferem fazer o plantão remunerado. Essa informação será utilizada na elaboração da escala mensal.

Funciona assim, porque depende da escala que a chefia faz para você. Às vezes ela precisa que você faça vários plantões de doze horas. Ou às vezes a gente quer fazer um plantão extra. Que nem eu estava explicando, existe uma verba que eles dão para enfermeiro, auxiliar, fisioterapeuta, cada função é um valor x e a gente vem no dia da folga trabalhar opcionalmente. Um plantão pelo menos é obrigatório a chefia põe, e os outros, opcional.

A questão das escalas tem função importante para a manutenção do funcionamento do hospital, bem como de sobrevivência para os trabalhadores. Os salários são baixos: segundo os relatos nas reuniões, quem entra atualmente recebe salário de mais ou menos R\$700,00. No último edital para realização de concurso para preencher a função/atividade de Auxiliar de Enfermagem, no final de 2011, o valor do salário informado foi de R\$777,25, mais as gratificações permitidas por lei.

Para quem está entrando agora, tem concurso público, está entrando acho que cerca de setecentos e alguma coisa. Mas é CLT. Setecentos e pouco para trabalhar seis horas por dia, das sete às treze.

A informação sobre o valor do salário foi confrontada com os atuais editais de concursos públicos (dos anos de 2012 e 2013) para contratação de Técnicos de Enfermagem, nos quais consta um salário inicial de R\$1.028,74 para a jornada de 30 horas semanais com auxílio alimentação, vale-transporte opcional (Lei nº. 7418/85, regulamentada pelo Decreto 95247/87).

Neste sentido, para perfazer uma remuneração um pouco maior, os trabalhadores submetem-se aos plantões remunerados, que podem ser feitos no número máximo de 10 por mês, ao valor de R\$195,00 cada e com duração de 6 horas. O que pode levar os auxiliares a realizar três plantões remunerados por semana, em dias alternados:

A questão de salário e tem a questão de serviço também. O salário é muito defasado. Para você conseguir um pouquinho a mais no salário você tem que ficar fazendo doze, doze, doze. São plantões extras porque senão seu salário vem chuuiuufffff.

Na oportunidade de fazer uma reunião de validação soube-se que os plantões remunerados para os AE/TE haviam sido limitados a dois por mês, o que tornou-se motivo de protestos e, na concepção de alguns, um “*abuso da parte da hierarquia*”, posto que, esse limite foi estipulado apenas para os AE/TE, não atingindo outras categorias profissionais.

Para manter a possibilidade de fazer os plantões remunerados, os AE/TE não podem faltar a nenhum dos plantões que foram solicitados. Se isto acontecer, há uma punição: perdem por três meses a possibilidade de fazer plantão remunerado e também perdem os pontos na avaliação do Prêmio de Incentivo - PIN.

O PIN tem valores diferentes para as profissões; assim o PIN do AE atinge o valor máximo de R\$402,00 e para o TE, R\$406,00. A avaliação é feita pela chefia por trimestre, os itens avaliados são: assiduidade, interesse, cooperação/responsabilidade, eficiência no trabalho. Cada item pode receber uma pontuação que vai de 0 a 5; o profissional receberá 100% desses valores quando atingir 13 ou mais pontos. Caso a chefia não faça a avaliação

trimestral, os profissionais ficam sem receber. As licenças pelo INSS, afastamentos, aposentadorias, desligamentos, novas contratações fora do período de avaliação são situações que podem excluir o profissional da avaliação, impedindo-o de receber por determinado período.

Os profissionais com duplo vínculo não recebem o PIN, segundo alguns relatos, mas não sabem explicar o motivo, uma vez que, se trata de prêmio de incentivo, como reclamaram.

Tem a enfermeira da gente, nós pedimos, por exemplo: o meu horário mesmo é das sete a treze, mas essas horas remuneradas são doze horas. Aí eu faço às vezes de segunda, quarta e sexta. Então ela respeita muito isso também. Às vezes, na segunda-feira não posso fazer doze, então ela procura sempre estar vendo as necessidades de todos e de acordo com as pessoas que ela tem lá. E também os outros que não falam nada ela põe em dias alternados.

Outro problema com relação à escala aparece quando há uma falta, pois há necessidade de fazer uma redistribuição dos pacientes e das tarefas aos presentes, originando ajustes diários na escala. Em muitos casos, há necessidade de pedir emprestado um AE/TE, ou mesmo enfermeiro de outra clínica.

O problema é que não tem funcionário. O problema aqui é falta de funcionário.

Hoje estou de seis horas. Ela [enfermeira chefe] fala: “olha faltou um funcionário à tarde você pode cobrir? Pode fazer doze horas?”; às vezes eu fico, a gente fala: “ah hoje eu posso”. Aí ela põe lá doze horas. Se não: “hoje não dá para fazer.” E acaba solicitando funcionários de outras unidades para que venham.

É, final de semana reduz três funcionários para sábado e domingo, mas tem dia que é difícil.

Às vezes você é funcionário do dia e aí entra funcionário de licença à noite. Aí ela vai ver quem pode cobrir à noite. Então você tem um horário, mas não significa que você vai fazer sempre aquele horário.

Tem dia que tem gente, tem dia que não tem. Depende do dia, o pessoal pega licença médica, afastamento. (...) Tem uma escala que foi determinada, que seria uma enfermeira e um auxiliar para cinco pacientes para dar assistência integral, mas tem dia que isso não acontece.

Outra situação referente à escala é a de quem tem duplo vínculo e tem uma jornada semanal de 40 horas de trabalho.

É feito uma escala. Você tem que fazer, se um mês é de 31 dias, vai dar 180 horas mais ou menos. Você tem que cumprir essa escala, mas isso já é entendido que você está fazendo HC mais Fundação. A Fundação trabalha em parceria com o Hospital das Clínicas. Aqui dentro do Hospital das Clínicas existe a Fundação, igual outros hospitais que têm suas fundações, existem dois vínculos. A gente têm dois registros em carteira.

Diálogo sobre a dificuldade de fazer escala e conciliar os diferentes interesses e necessidades:

- Mas é difícil viu fazer aquela de 6x1. Bem difícil.

- É, eu já fiz aquela lá é muito difícil. A minha chefe já fez esse exercício. Então ela falou vou dar para os enfermeiros fazer. Aí a gente tinha que fazer e falamos: “vamos trazer um auxiliar para fazer junto com a gente.” Então fomos dois enfermeiros e um auxiliar tem que ter um de cada categoria para poder ser mais assim democrático. Os auxiliares não foram. Então para vocês verem a dificuldade que é dimensionar o quadro de funcionários todos os dias.

- Na minha clínica esse mês, como vai vir escala de Natal e Ano-Novo, a minha chefe colocou os funcionários para fazer a escala. Disse: “ninguém me cobra nada porque foram vocês que

fizeram.” Então não tem como chegar e falar, mas porque eu estou tal dia e fulano não está. Não vai ter como, entendeu ? Ela já colocou os funcionários para fazer a escala.

As horas que são feitas a mais também são motivo de discussões e algumas dúvidas entre os AE/TE. Essa situação acontece pelo fato dos AE/TE trabalharem em dias de folga para compensar algumas faltas, férias, licenças. A compensação destas horas é equilibrada nas escalas dos meses seguintes, nas quais os profissionais recebem mais folgas.

Eu vejo um abuso de quem faz a escala porque os funcionários novos que acabaram de entrar ganham isso, pouco. E o certo seria trabalhar das sete às treze. E já colocam o funcionário para fazer doze horas. Dia aqui outro ali ele vai ficando com horas à margem. Fica assim, um mês vai cento e cinquenta e duas horas para fazer, para cumprir não é? Ele fazendo muitas horas desse jeito ele vai acumular horas. Então é o que a gente fala, fica horas em haver. Entendeu. A ver navios. E ele não ganha em dinheiro. Não é revertido em dinheiro.

Na teoria eles dizem que é revertido em folga. Mas se você precisar você não pode tirar porque não tem funcionário. Trabalha só pelo HC tem quarenta horas a mais, em teoria já que ele não poderia tirar em dinheiro poderia tirar em folga. Mas não pode porque não tem funcionário para colocar no lugar dele.

5.13. Ser “emprestado”

Em razão da falta de AE/TE e enfermeiros, uma saída adotada pela organização é a de “emprestar” o servidor de uma clínica para outra, quando há falta de pessoal, ou excesso de trabalho. Situação relatada como geradora de desconforto, insegurança e medo da pressão do desconhecido e medo pelo desconhecimento de detalhes técnicos que variam de uma clínica para outra. Além do fato de implicar em desgaste emocional de terem de trabalhar com equipe estranha, e se ambientar rapidamente à situação.

É, aí a gente tem que cobrir escala. Então acaba fazendo horários diferentes. E os funcionários novos que entram geralmente não ficam muito tempo.

Na minha, nós somos quatro auxiliares e técnicos e duas enfermeiras, para trinta e quatro leitos. A gente sempre faz sete às dezenove. Doze horas. Hoje eu vou fazer doze horas.

No meu setor como juntou com outro, aumentou um pouco o quadro de enfermeiras e de técnicos, mas ainda não completou. Aumentou agora cinco técnicos de enfermagem porque teve bastante saída também. Ainda não cumpriu o quadro porque ainda está faltando funcionário.

Para a execução das atividades de trabalho em outras clínicas, relatam que há algumas diferenças.

Muda porque, igual eu, estou com uns três anos, já tenho experiência. Mas vem uma menina nova, passou na experiência de três meses, aí ela vai emprestada para neuro, não sei se todo mundo aqui já trabalhou para o convênio, que fica com três ou quatro pacientes e olhe lá. Não passa disso nunca. Quando tem que ficar com mais de cinco pacientes, numa neuro, que necessita de todos os cuidados ou no PS ela não vai dar conta e vai fazer alguma coisa errada.

Essa prática de “emprestar” o AE/TE tornou-se comum, embora a pessoa emprestada não realize todas as atividades dos cuidados integrais, da clínica para a qual foi emprestada, como no caso da UTI, ela fará apenas alguns cuidados, ou auxiliará nos encaminhamentos para exames:

Dependendo da clínica que você vai, a enfermeira do setor vai avaliar. Falar olha a gente está para fazer qualquer serviço, está, mas tem rotinas. Só dá banho e sinais vitais. Encaminhamento, que é levar o paciente para fazer exame se ele

tem uma endoscopia, ele vai para endoscopia ou para fazer um raio-x, levar exame de sangue, material levar ele para o laboratório.

A pessoa que tem mais experiência vai saber a agilidade ou dar uma prioridade maior ou não para o paciente que precisa mais ou não. Mas uma menina dessa, nova, ela não vai conseguir. Tem meninas que subiram chorando e não é frescura, não é questão de ser frescura, é pessoa que não está habituada a outro setor e de repente... ou nunca foi para UTI, a pessoa não sabe nem o que é uma bomba, não sabe nada. Não sabe mexer em nada.

Os AE/TE que são emprestados para outras clínicas parecem se ressentir:

É, todos os dias a gente está emprestado, por falta de funcionários e, pelas horas que a gente tem em haver e ser emprestado e a não ter uma folga, que eles não podem dar em dinheiro, então dariam a folga.

Verdade. Uma vez fiquei na UTI de queimados. Nunca tinha trabalhado. Cheguei lá e aí: “você vai dar um banho”. Banho onde? A paciente só estava de fora o olho. Como vou dar um banho aqui? Toda enfaixada, só de fora o olho e essa parte íntima. “Não aqui é só higiene oral” Me jogou lá, e eu falei: gente, eu não sei. É assim, então você fica perdida, você não sabe o que fazer. E olha que tenho aqui quatorze anos.

5.14. Convênios particulares (dupla porta)

A legislação estadual criou um mecanismo de venda/aluguel de 25% dos leitos de hospital público destinados ao atendimento de convênios particulares. Essa situação gerou desigualdade no tratamento aos pacientes e nas questões dos cuidados. Quem trabalha nas clínicas que atendem convênios

fica com menos pacientes (Lei Complementar nº1.131, de 27 de dezembro de 2010) .

Convênios médicos particulares. Temos unidades de convênios aqui. A unidade geral, a de lipoaspiração, de cirurgia, mas só que a chefia é bem mais rigorosa. Em momentos de horas em haver, se eu precisar de alguma folga ou outra: “Ah, mas essas horas em haver não tem nada a ver”. E também tem muita exigência de pacientes que são internados. Igual a esse momento, esse mês tem um paciente que é advogado, porque é filho de um juiz, que não sei o que, tem que ter segurança na porta do quarto do paciente. Mas só que o HC, pelo menos no meu ponto de vista, eu estou aqui há três anos, e é uma coisa que tipo, não tem como você dar uma atenção somente para um paciente, sabe.

Na clínica que atende aos convênios, há um número maior de servidores, diferentemente das clínicas que atendem apenas aos pacientes do SUS. Essa destinação cria alguns problemas nas relações entre os servidores, como se nota nas falas a seguir:

Tem três funcionários, quatro funcionários no período da manhã e tem oito pacientes, para atender oito pacientes de convênio. E se for oito pacientes, tem quatro funcionários, ela vai emprestar um [para outra clínica que solicite emprestado um auxiliar ou técnico]. E tem mais regalias em relação às outras enfermarias, mas no caso, todos os dias a gente é emprestado.

São onze pacientes, onze leitos, tem acho que cerca de seis ou sete quartos, são apartamentos. Fica um funcionário para três pacientes, metade do que ficam os outros.

Os pacientes atendidos pelos convênios são mais exigentes do que os atendidos pelo SUS:

Pacientes do SUS, não que eles sejam mais diferenciados, mas é um paciente que se você falar alguma coisa ele vai compreender: “ah, não tem fronha hoje”, ele vai compreender. Se

for falar isso para um paciente do convênio, ele não vai entender e vai pedir que ele quer uma fronha.

É porque a pessoa acha que pagando o convênio, está dentro do hospital do SUS, e ela acha que tem que ter um atendimento particular.

Na minha ala também, às vezes tem paciente lá que é parente não sei de quem, indicado. É isso, vip, são os vip.

A gente discute muito isso. A gente não tem tempo de ficar priorizando um paciente. Ali pra gente é todo mundo igual. Porque você tem que priorizar um paciente, sendo que ele está melhor que os outros? Não tem condições, sabe. Só porque ele é parente de não sei quem. Então vai para particular, porque tem que ficar aqui no SUS?

O paciente de convênio ele é mais exigente. Porque todos os pacientes pagam. Todo mundo paga imposto. Só que quem é de convênio além de ele pagar o SUS ele paga o convênio. Então é assim, se pra ele não está bom ele exige, ele reclama porque se não está bom aqui eu vou para outro hospital tenho convênio.

Mas eles não preferem ir para outro hospital, eles preferem ficar aqui entendeu e ver o que vai resolver.

5.15. Questões de saúde dos trabalhadores

As questões de saúde percebidas pelos AE/TE dizem respeito às diversas tarefas que implicam em riscos, como levantar ou manusear pacientes pesados nos leitos, no momento do banho. Ou muitos deslocamentos para levar pacientes para realizar exames em outras áreas do hospital, com cadeiras e macas em estado de conservação ruim.

Estou com vinte e nove anos [de idade] e já fiquei de cama duas vezes por causa dessa hérnia de disco. Mas é devido ao peso

que você muitas vezes tem que pegar sozinha, porque o paciente precisa dos cuidados e você não vai deixar de prestar. Então você acaba pegando aquele peso, foi onde eu adquiri essa hérnia de disco. E pego peso, viu?

As cadeiras, se você transporta o paciente e, assim, é longe, os corredores são grandes, as cadeiras são do tempo de “Florence”¹³, as rodas não são lubrificadas. As macas, também tem que fazer força. Agora você imagina, o paciente obeso, super obeso, em cima de uma maca aonde a roda não é lubrificada para você empurrar quilômetros no HC, com aquele paciente obeso em cima, e a maca não anda.

O carrinho da medicação que a gente vai deixar na farmácia. Vai deixar o carrinho dez horas da manhã na farmácia, para fazer a medicação. Aí você põe o carrinho para norte e as rodas vão para sul.

Como foi mencionado, muitos materiais e equipamentos são antigos e podem desencadear problemas físicos como as macas e cadeiras com rodas que emperram, poltronas para realização de certos procedimentos médicos exigindo posturas forçadas e uso de força para movimentar além das macas e cadeiras os pacientes.

Em diferentes momentos os AE/TE referiram-se a sobrecarga de trabalho, que em seu entender tem relação com o excesso de tarefas e atividades, com a pressão para realizar todo nos seus turnos de trabalho, com a falta de pessoal para fazer os cuidados todos e no fato de não conseguirem falar e ouvir os pacientes: *“Se um paciente te chama, você já fez os cuidados dele, fala: já vou, já vou... e, às vezes, seria importante ouvir o paciente que está choroso.”*

---

¹³ Florence Nightingale é considerada a fundadora da enfermagem moderna. (1820 -1910) <http://www.hospvirt.org.br/enfermagem/port/personalidades.htm>.

Quanto à questão dos acidentes, em todas as reuniões de ACT fez-se questão direcionada ao tema, de modo quase geral os relatos referiram-se ao fato de acontecerem poucos acidentes.

5.16. Bom e ruim no trabalho

Como pergunta final nas reuniões de ACT, sugeriu-se que falassem o que consideravam bom e ruim no seu trabalho. As respostas foram variadas, como se nota nas falas a seguir.

Na minha enfermaria, colocaram umas benditas poltronas que é para gente medicar os pacientes, para pegar acesso, você tem que ficar quase de quatro no chão. Isso é péssimo. É tipo aquela grandona que a gente compra para pôr em casa. É aquela grandona de deitar, que antes era assim, lá a gente tem uma sala de medicações. Os pacientes iam todos para essa sala. Agora não, os pacientes ficam na poltrona e as fichas vão para essa sala. Se o paciente tem condições de ir até a sala a gente chama. Mas tem muitos que não tem condições, aí ele acaba deitando a poltrona, aí você tem que ficar lá.

Eles não planejam antes. Não pensam nada no funcionário. Imagina você todos os dias assim agachado. Todo dia não, toda hora.

Aí o funcionário vai para o SAMS¹⁴ pegar licença. É porque ele é preguiçoso, porque ele não gosta de trabalhar. Está com frescura.

Aqueles que ficam, trabalham seis, sete plantões seguidos. Eu já trabalhei seis plantões seguidos. Não dá! Você vai em casa, dorme e come. Dorme e come. Aí a probabilidade de você cometer erros, de acontecer acidentes...

---

¹⁴ SAMS – Serviço Médico e Ambulatorial de Saúde do Servidor do HC. Funciona em conjunto com SESMT.

Uma questão relatada como problema central e ruim para o hospital é a falta de recursos humanos.

Lá onde eu trabalho tem dois leitos bloqueados. A maioria tem leitos bloqueados por falta de funcionários.

Outra situação ruim diz respeito a não ser avisado sobre a doença do paciente desde o início da internação:

Por exemplo, a gente chega a cuidar de paciente e depois de três quatro dias aí vem: “ah esse paciente é Tb”. [tuberculose] “Ah é virose”. Teve muitos [casos] que depois de três, quatro dias e você abraçou e você dá a mão, tudo.

É, a gente tem colegas lá que já pegou também.

A gente tem colega que já morreu. Uma colega de vocês, que pegou a gripe suína na época do surto e morreu.

Não tem isolamento suficiente para isso. A maioria é tudo aberto. Você cuida dele, abraça, dá beijo, e no outro dia está lá, no quarto de isolamento. O pior que tem kpc (Klebsiella Pneumoniae Carbapenemase).

Lá no nosso setor nós estamos com um paciente que tem uma bactéria. É bactéria resistente a tudo. Essa profissional que é escalada para ficar com ela não te ajuda em nada. Não sai dali, só com ela, só fica com aquela paciente. A colega pode precisar de ajuda, mas eu não posso ir ali ajudar ela porque não pode. A gente entra, se paramenta. Tem a mesinha separado, tudo ali. Você chega, senta ali. Os papéis, é tudo separado na mesinha do lado de fora do quarto. Você fica ali, você sai de lá, lava as mãos para ir falar com médico, procedimento técnico e faz o procedimento, lava as mãos quando volta e senta ali. Eles chamam, diz que a gente está a corte. É chamado de fazer a corte¹⁵. É sufocante.

---

¹⁵ Fazer a corte significa destinar um AE/TE para atender apenas um paciente que está em quarto de isolamento por portar um determinado vírus ou bactéria multirresistente. Esta medida

Acho também a falta de funcionário porque tem que trabalhar mais nos finais de semana porque tem pouco funcionário.

Outra situação ruim relatada foi ter de aturar desaforo de paciente:

Ou é então algum paciente que te chama de bruxa (risos) e diz assim: “hoje você não toca em mim”. Eu sou aquela profissional que quer fazer bem feito. Se você não quer, você não quer, você faz favor de chamar a chefe e fala com ela. Muitas vezes o paciente diz assim, eu já tive paciente que diz olhando na minha cara: “mas você de novo.” (risos) Digo: “nome da minha chefe é (fala o nome), nós somos rodiziados, e você converse com ela.” E depois sai me agradecendo por ter sido bem cuidado. Esse paciente chama todo mundo de bruxa porque só quer que eu e uma outra profissional cuide dele. A gente não é obrigado a cuidar só de um paciente. Porque o protocolo diz que é para rodiziar pacientes e funcionários.

Tem uns pacientes que são muito falsos. Você está cuidando e eles estão chamando a gente de alguma coisa.

O nosso maior inimigo é o próprio paciente. E os familiares, porque a gente faz de tudo por eles, mas eles são o primeiro inimigo da gente, entendeu? Porque você pode fazer de tudo e certo, de repente você fala uma coisa sei lá faz alguma coisa errada, mas não que vá prejudicá-los, aí, já viu.

Outra questão que gera um clima de competição e insatisfação refere-se a um processo de extinguir o cargo de auxiliar de enfermagem e manter apenas o de técnico de enfermagem, processo que vem acontecendo aos poucos, conforme a realização de novas contratações, mencionado no início do capítulo. O problema, segundo os participantes das reuniões, está no fato de que os auxiliares que já tem o curso de técnico de enfermagem não fazem a

---

é descrita como sendo adotada como forma de segurança para evitar que o profissional dissemine o contágio para outros pacientes quando estiver prestando os cuidados.

prova interna, pois o técnico não pode fazer o plantão remunerado. Como no diálogo a seguir:

Não tem diferença no trabalho entre o auxiliar e o técnico, muitos são técnicos de enfermagem, mais ganham como auxiliar e trabalham aqui.

- E teriam que ganhar diferente?

- *Tem. Tem que ganhar um pouquinho mais.*

- *O técnico é pouca coisa. Já teve várias provas para passarem a técnico, não é vantagem. Eu, ser um auxiliar e ter direito a plantão remunerado e passar a ser técnico e não ter os plantões remunerados?*

- *Eu não sei no que vai dar essa história. Eu estou formada e trabalho como auxiliar. Mas eu sou técnica especializada em urgência, emergência, e eu não quero fazer a prova para técnica, porque eu não vou levar vantagem nenhuma, só de nome técnico. Posso batalhar pelo horário e fazer de técnico em outro hospital, que vou elevar meu salário.*

- *O que eles dizem que em oito anos eles querem organizar tudo isso e colocar todos os funcionários igual. E incentivar os que não são técnicos a estudar para fazer carteirinha como técnico.*

- E tem um plano de carreira?

- *Não. Aliás, essa é uma de nossas brigas. Só deve ter na diretoria. Agora auxiliar de enfermagem. Para eu estar aqui como enfermeira, eu passei num concurso público com mil e quatrocentos candidatos. Já era daqui. Acho muito errado. Acho que a partir do momento que ela já é funcionária ela se formou, seria automaticamente já valorizado o esforço dela, a boa vontade dela.*

- Acho que haveria de mudar essa direção do hospital. O pessoal que está aí há tantos anos. Não resolveram nada até agora.

- Parece que eles não tentam ajudar a gente em nada. Eles não dão horário para gente sair daqui meio-dia e ir em outro serviço, pra gente escolher ou aqui, ou outro emprego.

- Se bem que quando a gente assina o contrato a gente já sabe disso. Mas é aquela coisa, a gente está sempre esperando que venha a melhorar.

Aqui no hospital tem que melhorar o salário que é para incentivar as pessoas a ficarem aqui. Eu sou a funcionária mais antiga e faço o duplo vínculo, mas não foge muito deles. Quer dizer eu ganho um pouquinho mais. O salário puro não chega a mil reais. Se entrar hoje como auxiliar, nem entra mais, porque o COREN exige técnico. Mas acho que é novecentos e pouco.

Conheço gente que ganha mil reais para limpar apartamento. Agora a diferença em você lavar vidro, passar pano em chão e você cuidar de um paciente, com a mídia em cima. Porque hoje tem programas aí que ele faz questão de todo dia estar lá: “olha a família está denunciando, aquela senhorinha foi lá no hospital e fizeram isso, a técnica de enfermagem não viu.” Sabe, a gente só tá fazendo besteira.

O COREN a gente paga todo ano, mas não aparecem para defender a gente. Defender o profissional. Porque tem que avaliar por que aquele profissional errou! Por que se ele está sobrecarregado, com quantos pacientes ele está. Por que houve falha? A orientação, se a menina é recém-formada, se ela tem pouco tempo de casa. E todo um detalhe que na hora de tachar é tachar e acabou.

O profissional que trabalha no HC ele é muito bom. Ele é criativo. Aqui, ele tem um bom preparo.

De ruim que tem aqui é o salário em primeiro lugar. Eu acho que o estímulo maior de a pessoa trabalhar é saber que no fim do mês ele vai ter condições de pagar suas contas. Isso é uma coisa que deveria ser melhorada muito mesmo. E outra é a desvalorização do funcionário. Nós somos muito desvalorizados, porque todo mundo tem razão. O paciente, o médico, o não sei quem, não sei quem, o acompanhante, o periquito, o papagaio tem razão. Você nunca tem! Essa é a real. Porque é assim: o idoso vai lá com acompanhante. O idoso fica quietinho, mas o acompanhante, que é para acompanhar o idoso, ele vai dez mil vezes lá dentro, fala, xinga a gente, ofende tudo, porque o médico não chamou. Quem chama e atende é o médico, a gente só prepara o paciente. O médico chega e fala: “desculpa o atraso”, e eles falam para o médico: “não, o senhor quase não demorou”. Para nós, ele já xingou sua mãe, ofendeu. Todo mundo tem que ter horário. Você sabe de sua responsabilidade, você deveria chegar no horário. Desvaloriza muito você os “elogios” que você escuta, entre aspas que não é elogio. Elogio é muito raro você escutar.

O que é gratificante é ver um paciente entrar mal, eu já vi muito. E sair muito inteiro. Isso é maravilhoso. Eu não gostava de trabalhar na UTI do PS porque só morria. Eu quero trabalhar com quem anda, fala, está doente?, está! Mas entrou ruim, cuidou, e saiu bem. É o psicológico.

- Tem muito afastamento por causa disso?

Tem. Só não tem mais por causa de que a gente não tem muita chance de passar no médico. O SAMS está dificultando de todas as formas possíveis que o funcionário chegue lá e peça uma assistência. Eu, quando procuro o SAMS, é quando eu estou doente mesmo. Não é por causa de algumas pessoas, mas assim, a gente vai lá porque está precisando. E a gente pega um médico que mal olha na sua cara. Médico de funcionários. Médico do trabalho. Quantas vezes eu fui lá e voltei trabalhar doente, porque

o médico falou: “Ah, tá! Vou te prescrever uma dipirona”. Pode voltar para o seu setor.

Eu me acidentei quatro vezes. Foi por estresse. Excesso de trabalho. Nesses vinte e poucos anos que estou aqui, foi tudo de estresse. Duas vezes que eu fui, fiz a ocorrência do acidente. Não era esse sistema que tem o HIV, já entra logo com coquetel. Fiz controle tudo direitinho, um ano de exames. Agora eu faço espontaneamente, sabe. Eu procuro lá e faço sabe, sorologia. Graças a Deus nunca tive nada, mas foi tudo por motivo de estresse. Muita carga de trabalho. Uma pessoa para fazer vinte mil coisas. Hoje em dia está um pouquinho mudado, mas não muito, porque ela lá, por exemplo, continua sem gente para trabalhar. Mas quando eu trabalhava na hemato, eu praticamente ficava com dez pacientes para fazer tudo. Era para fazer a quimioterapia, a medicação, uma enfermeira para tudo. Infundia uma componente que era sangue, plaqueta, era tudo. Mudou porque o COREN exige isso, entrou mais enfermeiros. Teve muitas denúncias.

Em resumo de ruim no trabalho foram relatados os seguintes itens:

- Falta de funcionários e excesso de pacientes;
- Ser emprestado e, conseqüentemente, não conseguir prestar bom atendimento de cuidados;
- Não saber o diagnóstico antecipadamente dos pacientes (muitas vezes não há descrição no prontuário);
- Falta de entrosamento entre a equipe de enfermagem e a médica;
- Falta de valorização dos AE/TE [quanto ao respeito da hierarquia; quanto ao ego – apenas os erros são notados, os acertos não –; valorização humana – resistência da hierarquia e do SAMS em aceitar as suas queixas sobre estar doente ou passando mal];
- Folgas abonadas previstas em lei que não podem ser gozadas por determinação do hospital;
- Excesso de pressão por parte das chefias;
- Melhoria dos salários;

- Sentimento de impotência diante de algumas situações como no caso de pacientes em estágio terminal, ou quando para prestar um cuidado só podem fazer se estiver prescrito pelo médico ou enfermeiro.

É ruim assim e, a gente está com 28 anos. Imagina se melhorar isso tudo?”

E relatado como bom no trabalho os seguintes itens:

- Ver paciente mal e depois sair bom;
- A possibilidade de aprender, as equipes de trabalho são consideradas muito boas e as equipes de diferentes profissionais são consideradas altamente qualificadas;
- Trabalhar em um hospital de excelente reputação;
- Os salários não atrasam;
- A cesta básica é considerada boa e não falta;
- O vale refeição considerado ótimo e uma “mão na roda”;
- A segurança de ter um emprego estável;

6. ANÁLISE DOS ACIDENTES DE TRABALHO

Dois acidentes de trabalho foram analisados seguindo-se a metodologia do Modelo de Análise e Prevenção de Acidentes de trabalho – MAPA.

O primeiro será tratado por acidente com perfurocortante, e o segundo por acidente com respingo. Ambos ocorreram em clínicas diferentes, no mesmo hospital.

Optou-se por deixar a descrição do trabalho habitual inserida nos relatos da Análise Coletiva do Trabalho e, a seguir, parte-se para a descrição do acidente diretamente.

6.1. Acidente com perfurocortante

6.1.1. Descrição do Acidente

O acidente aconteceu no dia 5 de novembro de 2012, às 12h30m e atingiu a “mão esquerda, com agulha 40/12 ao realizar procedimento de punção venosa”. Essa é a descrição feita na Comunicação de Acidentes do Trabalho - CAT. O paciente-fonte, envolvido no acidente, estava em quarto de isolamento padrão respiratório, com diagnóstico de HIV e Hepatite B, e o acidente aconteceu com perfurocortante (agulha).

A auxiliar de enfermagem que se acidentou, estava responsável por seis pacientes no dia do acidente, informação confirmada em entrevista com a chefia. No dia a dia, o habitual é ficar com quatro ou cinco pacientes. O dia do acidente foi relatado pela acidentada como tranquilo e sem correria, no momento do acidente não havia intercorrência. Relata não se lembrar se havia feito plantão de 12 horas na véspera do acidente.

A seguir, transcreve-se o diálogo passado entre entrevistadores e a acidentada, para a descrição do acidente:

- Não tinha nenhuma intercorrência, por incrível que pareça, no dia. Por volta do meio-dia. Era quinze para o meio-dia, eu instalei a medicação [cita o nome do paciente](...) Não! Puncionei¹⁶ o acesso nele (Figura 4). No membro superior esquerdo, eu acho, e depois que eu puncionei o acesso, eu instalei o Bactrin com soro fisiológico. Instalei a medicação nele, a veia estava tão boa que, o que aconteceu?, retornou o sangue no equipo (Figura 5) e parou o gotejamento da medicação. Quando foi meio-dia e vinte e cinco, eu voltei para ver a medicação dele, porque ele é um paciente que exige um pouco mais de cuidados porque ele é confuso, ele levanta, ele corre o risco de queda. Então eu voltei meio-dia e meio para ver se já estava acabando, né! (...) Porque já estava na hora de passar o plantão e eu queria passar o plantão com tudo organizado, acesso puncionado, a medicação infundida, tudo OK. O sangue tinha voltado pelo equipo. Então, eu saí do quarto, eu voltei no postinho e preparei a seringa, a agulha, o sorinho para empurrar aquele sangue para continuar a fluir a medicação. Calcei luvas. Tem um espaço, não sei como se chama, no equipo, que é uma borrachinha (Figura 5, 6, 8). Ali você faz a assepsia e injeta a medicação que você for fazer. O soro, por exemplo, para poder desobstruir o cateter do jelco em que ele estava (Figura 4, 7). Quando eu coloquei, dobrei aqui para não voltar (Figura 6), para ir para ele [paciente] aquele soro, injetei o sorinho e salinizei, limpei, abri, veio todo o sangue. Só que na hora que eu tirei, eu não sei como, sozinha, eu consegui dar um pique na minha mão. Na mão esquerda. Na hora que eu tirei a agulha dele. A agulha do equipo, daquela parte... daquela borrachinha (Figuras 6, 8).

---

¹⁶ Puncionar: operação que consiste em praticar abertura, por meio de instrumento apropriado (agulha etc.), em cavidade cheia de líquido, veia, por exemplo.

A tarefa de puncionar a veia para refazer o acesso de administração de medicamentos, segundo a auxiliar, não demorou mais do que cinco minutos, pois o paciente tinha veia fácil de pegar, que corresponde àquela veia que apalpada e visualizada se consegue puncionar na primeira tentativa, sem ficar furando o paciente.

Figura 4 - Puncionando acesso venoso com jelco e polifix de dupla entrada

Figura 5 - Equipo conectado ao polifix para o paciente receber medicação, com destaque para o injetor lateral (borrachinha) e a extensão (mangueirinha).

Figura 6 - Demonstração de como ela segurou o injetor lateral (=borrachinha) e dobrou a mangueira (extensão) do equipo para fazer a limpeza (=salinização).

Figura 7 - Polifix com duas entradas/acessos instalados com jelco (agulha de silicone instalada na veia do paciente, acesso venoso) em braço de paciente

Figura 8 - Modelo de equipo utilizado no procedimento do acidente, com destaque para a conexão e o injetor lateral (borrachinha) por onde foi introduzida a agulha para limpeza do equipo.

Figura 9 - Conexão para unir o equipo ao polifix

- Ele [paciente] não se mexeu não fez nada?
- Se mexeu, ele não para, ele queria arrancar de qualquer jeito. Ele queria arrancar aquele acesso (Figura 7). Porque ele já tinha arrancado o anterior.

- Ele estava agitado então, naquela hora que você estava fazendo isso?

- Não, é o normal dele. É o normal. Pela patologia dele é o normal. Então o nível de consciência dele era bastante oscilante. Não era bem orientado, ele levantava e não podia levantar, tinha risco de queda. Então ele ficava naquele quarto com as grades da cama elevadas. Ele era tão agitado que ele conseguiu quebrar a grade da cama.

Perguntada se achava que o fato de o paciente ser inquieto poderia ter sido um fator de dificuldade para realizar o procedimento de limpeza do equipo com agulha, ela respondeu:

- Sim. Foi tudo muito rápido, foi questão de segundos (...) Quando eu entrei no quarto para salinizar, foi questão de segundos, ele só mexeu um pouquinho o braço, eu me desconcentrei do que estava fazendo e acabei furando minha mão esquerda.

Em outro momento, solicitou-se à acidentada que explicasse novamente tentando demonstrar com um equipo, o que estava descrevendo, oportunidade aproveitada para fotografar alguns passos explicados.

- Aqui, olha, isso é um polifix (Figura 7). O sangue dele não voltou? (Figura 5). Esse sangue volta e vem para cá, para o equipo (Figura 5). Aqui, olha: essa é a conexão (Figura 9). Aqui você faz a assepsia e coloca a agulha aqui (Figuras 5, 6, 8). Aqui você não corre risco nenhum de se infectar (Figuras 6 e 8). Aí aqui, já está lá no equipo que você viu (Figura 5), lá no paciente no polifix, você tirou a foto (Figuras 5, 7, 8). Aí aqui, aqui está próprio para fazer isso que eu fiz (Figuras 5, 7, 8). Eu não fiz nada de errado. Injetou aqui (Figuras 8, 9), aqui não tem como sofrer o acidente e vai empurrar todo o sangue para o polifix (Figuras 5, 7, 8), para lavar. O sangue coagula no jelco (Figura 4, 7), que é bem fininho, é uma pecinha de silicone que fica dentro da veia do

paciente. Então o sangue voltou, coagulou e parou de gotejar. Eu fui e lavei com sorinho.

E continuando a descrição do acidente, ela foi questionada sobre a necessidade de realizar o procedimento com agulha e se não poderia ser feito com seringa, sem uso de agulha.

- Não. Se eu tivesse tirado daqui do polifix, sim (Figura 7). Vê onde está uma contradição? Você não sabe se você está fazendo certo. Eu não fiz nada de errado. O errado foi na hora de tirar a agulha.(...) Quando eu tirei daí (referindo-se ao injetor lateral) (Figuras 5, 6, 8) que me furei. Você trabalha com esse raciocínio aqui: “segura aqui” (Figura 6)... isso aqui não é nada de errado.

Outras duas informações relatadas referem-se: uma ao material do injetor lateral, feito de uma borracha de silicone mais resistente, considerada pela acidentada como dura. Fato que teria exigido esforço acima do habitual no momento de retirar a agulha do injetor lateral (modo operatório adotado conforme demonstrado na figura 6). A distância entre as mãos e a agulha era pequena e qualquer alteração poderia ensejar o acidente. A outra foi o fato de o paciente ser considerado difícil¹⁷.

Perguntada se haveria outro modo de fazer o procedimento, sem o uso de agulha.

- Tem, tem. Tirando o equipo do polifix (Figuras 5,9). Tiro essa tampinha (Figura 9), tiro a agulha que está conectada na seringa de dez e faço direto aqui (Figura 7). Eu não fiz isso. Eu fui pelo equipo (Figuras 5, 6, 8). Eu considero os dois procedimentos corretos. Mas, para minha segurança, esse [sem a agulha] seria melhor. Até mesmo trocar o equipo. Mas na minha cabeça, naquele momento, eu lavei. Eu não fui, desconectei, tirei, joguei

---

¹⁷ Paciente difícil, segundo relatado é considerado aquele que alterna períodos de confusão, desorientação, que em razão de uma série de fatores ligados à doença ou medicação corre o risco de quedas, portanto exige maior atenção da equipe de enfermagem. Paciente fácil não corre risco de queda, é consciente e orientado.

fora o que estava no equipo e lavei aqui no polifix. Eu já fui direto naquela borrachinha (Figuras 5, 6, 8).

- Por que você acha que foi direto na borrachinha?

- Hábito. (...) Ia ter que trocar o equipo. Ou lava e sai todo sangue dele lá para o lixo e depois coloca de novo, ou troca. Aí para não fazer tudo isso, o que eu fiz: fui na borrachinha. Para não ter que tirar.

Perguntada se fazer o procedimento pelo injetor lateral, chamado de borrachinha, seria o jeito mais rápido, a resposta foi:

- Isso. Isso. Tem que usar agulha e tem que fazer a assepsia com álcool 70. Na conexão não precisa da agulha, só que eu vou ter que tirar o sangue e tomar o maior cuidado.

Também foi perguntado se havia sido explicado para os AE/TE sobre as opções de uso do equipo.

- Sim. É o hábito. Eu não sei se o mau hábito ou a correria, porque é muita coisa para poucas pessoas. A demanda é muito grande. Eu estou com quatro pacientes hoje e dois são dependentes.

Outra pergunta feita foi sobre ter havido alguma variação, ou algo de diferente naquele momento de realizar o procedimento, ou alguma mudança que pudesse alterar sua rotina, para que tivesse perdido o foco ou se distraído, como mencionou, e a resposta foi:

- Naquele momento, sim. Meu telefone tocou e minha mãe disse que meu pai estava internado, que foi numa consulta de rotina e tinha sido transferido para o pronto-socorro. Então isso tirou o meu foco de atenção. Naquele dia.

-Naquele momento que você estava fazendo o procedimento?

- Foi no intervalo de eu vir para o posto [de enfermagem] que meu telefone tocou e meu pai tinha sido internado. Então já é um agravante, naquele momento já me desestabilizou. Por mais

que você não queira que uma coisa externa que não te afete... por ser o pai da gente... Uma coisa é estar cuidando das pessoas aqui, você cuida como se fosse, mas não é. Eu fiquei pensando nele lá. Eu acho que isso foi um agravante para me tirar do prumo certo daquela rotina.

Quando o acidente aconteceu, estava perto da hora de passar o plantão e próximo do final da jornada, além de ela mencionar que queria deixar tudo organizado. Também estava trabalhando há 5h30m.

Relata ainda que, se o equipo fosse de outro tipo, sem o injetor lateral, seria obrigada a trocar, ou utilizar a outra entrada do polifix. O modelo de equipo com injetor lateral, à época do estudo, era o único modelo disponibilizado na clínica em que este acidente aconteceu.

Tem hospitais que para evitar acidentes, igual aconteceu isso comigo, não tem. Eles não usam esse com a borrachinha. E daí o profissional é obrigado a tirar [entenda-se utilizar a outra entrada do polifix] porque como que ele vai salinizar [lavar o acesso]. E com esse aí eu não me sinto obrigada a tirar porque ele já tem a opção que é a borrachinha para você fazer a assepsia. Ele é para facilitar a vida da gente. É mais rápido, mais prático. Não tinha que ter esse equipo que deixa a gente com esses maus hábitos. Não tinha que ter essa opção no equipo, isso é para facilitar e ao mesmo tempo, como eu fui displicente, acabei me acidentando. Porque ele é próprio para isso, para facilitar a vida da gente.”

Em entrevistas e observação sobre o procedimento, soube-se que a orientação verbal repassada a todos os enfermeiros e AE/TE é a de que o injetor lateral não deve ser utilizado para os procedimentos rotineiros, como no caso de administração de medicamentos ou limpeza do acesso. O hospital disponibiliza esse modelo de equipo com injetor lateral e na clínica, segundo as informações obtidas nas entrevistas, era o modelo usado rotineiramente em qualquer procedimento. Aos entrevistados foi perguntado se conheciam os

motivos de ser adotado o modelo de equipo citado, tal como custo etc., porém não souberam responder.

Perguntou-se à acidentada sobre o que teve que fazer após o acidente:

Lavei minhas mãos com álcool fora do quarto. Eu tirei a luva lá dentro. Quando eu vim, falei para a chefe: “me acidentei”. Ela falou: “lava bem a mão”. Já lavei, ela “lava de novo”. Voltei, lavei as mãos com água corrente. Aí fui fazer acidente de trabalho. As chefes assinaram como testemunha a cartinha que eu me acidentei. Fui aqui na Divisão de Enfermagem, no 5º andar. Aí foi notificado, a enfermeira escreveu o meu acidente; aí fui lá para o SESMT, porque você fica para lá e para cá. Do SESMT, eu fui para MI (Moléstia Infeciosa) para passar no médico e pegar a receita e pegar a medicação. A gente pega antirretroviral no 8º andar, na Divisão de Farmácia. Como eu levei a notificação, tem a etiqueta do paciente e ela descreve todo o acidente lá na MI, no ambulatório já sabe tudo que o paciente tem, porque é paciente daqui da MI, e já tem no sistema tudo que o paciente tem. Daí coletou meus exames. Não tive licença. Eu tive mais no final porque passava muito mal com antirretroviral, vomitava de manhã, de tarde e de noite. Emagreci seis quilos em um mês. Aí eu ia no convênio porque eu não tinha força para chegar aqui, e o medo de ter diarreia e vomitar no trem, no metrô. A gente tem a licença não por causa do acidente, mas por causa dos efeitos dos antirretrovirais. O efeito colateral é nojento, você sente o cheiro de qualquer coisa já dá náusea.

6.1.2. Análise de mudanças

O primeiro componente da atividade (indivíduo) sofreu uma mudança no momento em que recebeu o telefonema no celular (sua mãe informa que seu pai havia sido internado); este fato gera uma alteração que a fez ficar em estado de ansiedade e preocupação, segundo a acidentada, a desestabilizou e tirou seu foco de atenção.

Não soube informar o que a levou a tomar a decisão de utilizar seringa com agulha para desobstruir o equipo, principal mudança ocorrida, e considerou que poderia ter sido influenciada por fatores como: o modelo de equipo instalado permitia tal manobra; a prática dessa manobra era executada com sucesso em outras ocasiões; a troca do equipo demoraria, uma vez que, estava próximo da passagem do plantão e poderia não terminar a atividade a tempo o que poderia afetar a troca do turno.

Outra alteração refere-se ao paciente agitado. A acidentada relatou ser um paciente que se mexia, movimentava muito, o tempo todo, em razão da doença. Fato que, segundo ela, pode ter contribuído para o acidente. O Paciente mais agitado que o habitual cria uma condição que possibilita o aumento das dificuldades em realizar a execução das atividades, principalmente as que ensejam o uso de material perfurocortante. Nestas condições, a equipe poderia ter como procedimento de segurança realizar as atividades em duplas, como forma de segurança. Embora em momentos diferentes das entrevistas, relatou não se lembrar, ao certo, se o paciente havia se mexido ou feito algum movimento que pudesse ter contribuído para o acidente.

Em referência ao ambiente de trabalho, o paciente estava em quarto de isolamento respiratório, o que exige a cada entrada e saída que o profissional siga o protocolo de paramentação: colocando do lado de fora do quarto o avental, luvas e máscara e, antes de sair, retirando tudo e depositando em um hamper (cesto de roupa suja).

O número de pacientes cuidados pelos AE/TE sempre supera o número médio considerado como limite, esta situação é conhecida e corriqueira no hospital e aumenta a carga de trabalho dos profissionais, tal situação poderia ter influência sobre as escolhas de estratégias utilizadas para ganhar tempo e acelerar a execução das atividades.

Relatou ainda que conversou com a chefia, para informar sobre o telefonema recebido de sua mãe, mas que, por estar no final do turno, resolveram conjuntamente que a auxiliar ficaria até terminar o plantão às 13

horas. Assim, foi fazer o procedimento, mas como relatado: *Eu fiquei pensando nele lá. Eu acho que isso foi um agravante para me tirar do prumo certo daquela rotina.*

6.1.3. Análise de barreiras

As barreiras de prevenção no acidente não foram usadas. As luvas de procedimentos, apenas minimizam o contato com material biológico em relação à quantidade de fluídos ou de sangue que conseguem barrar. Em caso de acidente com perfurocortante, as luvas não constituem uma barreira física eficaz, pois são facilmente transpostas em razão de serem confeccionadas com material sintético de borracha.

A agulha utilizada para o procedimento não tinha dispositivo retrátil de segurança. Agulhas com dispositivo retrátil foram adquiridas pelo hospital em março de 2013, após processo de licitação segundo relatou a equipe do SESMT.

As barreiras de prevenção para evitar riscos, quando do manuseio com perfurocortantes, poderiam ser adotadas com uso de outros modelos de equipo, por exemplo, sem o injetor lateral, no qual a desobstrução não poderia ser realizada com uso de agulha. Porém, o modelo de equipo adotado e disponibilizado na clínica era o que continha o injetor lateral. Há no mercado modelos com ou sem injetor lateral e os de sistema fechado com válvula lateral que inviabilizam o uso de agulhas.

As barreiras simbólicas como as regras e procedimentos verbais ou escritos são considerados sistemas frágeis de barreiras e pouco funcionam. Embora, a regra verbal de recomendação para que não fosse feito uso do injetor lateral existisse, medidas de segurança visando a adesão dos profissionais a práticas diferentes da relatada no acidente, bem como outras que pudessem checar a adesão à regra verbal, foram relatadas como não existindo até o momento do estudo.

Resumindo, o risco potencial envolvido no acidente era o de contaminação por material biológico, no caso, contato com sangue de paciente-fonte com sorologia positiva para HIV e HBV, e o risco de contaminação respiratória (paciente em quarto de isolamento respiratório), doença não informada. As barreiras previstas consistiam em uso de luvas, máscara, óculos e avental de manga longa.

6.1.4. Gestão de Segurança

O PPRA (2011/2012) feito para a clínica na qual aconteceu o acidente previu o risco de contaminação por material biológico, indicou o uso individual de luvas, máscara (respirador PFF2), avental e vacina, e fez uma recomendação: “intensificar treinamentos referentes aos riscos biológicos.” Não fez referência ou indicou a necessidade do uso de agulhas com dispositivo de segurança retrátil.

A gestão de segurança existente refere-se às análises feitas com a elaboração do PPRA para o hospital e do PCMSO para as brigadas de incêndio, eventualmente para EPI, mas geralmente focados em áreas como a cozinha, manutenção.

As medidas preventivas adotadas concentraram-se em palestras anuais sobre a NR 32 e no uso do manual da CCIH, bem como na implantação de procedimentos operacionais padrão - POP. Os POP não são específicos para a prevenção de acidentes do trabalho, são modos descritivos de realização passo a passo de determinado procedimento medicamentoso ou administrativo.

Em conversa com integrantes do SESMT, foi revelado que as análises dos acidentes de trabalho são realizadas quando há determinado grau de gravidade do acidente¹⁸. Essa restrição acontece em razão do tamanho do hospital (muito grande), e do número de engenheiros e de técnicos de segurança (muito pequeno) para atender a todo o complexo hospitalar. Essa

---

¹⁸ O SESMT nos informou que considera acidente grave aquele que, por exemplo, envolve material quimioterápico, ou uma lesão física grave.

situação é considerada como fator que dificulta a análise de todos os acidentes que acontecem. Em consequência, não são feitos relatórios de acidentes envolvendo risco de contaminação por material biológico.

Conforme informou o SESMT em reunião realizada em 11 de março de 2013, recentemente foi criada a Comissão Gestora Multidisciplinar, responsável pela elaboração do Plano de Prevenção de Acidentes de Trabalho com Perfurocortante, composta pelos órgãos internos: SESMT, Diretoria Clínica, Administração, Compras, Divisão de Enfermagem, Resíduos, Divisão de Informática, como preconiza o Anexo III da NR 32, e para a elaboração de um fluxo de acompanhamento eletrônico do percurso do acidentado, desde o dia do acidente até a data final de dispensa do tratamento, quando há necessidade de controlar as fases de retorno com antirretrovirais.

Chama a atenção a falta de análise quando da ocorrência de acidentes, o que implica em perda de oportunidade de conhecer as variabilidades e dificuldades enfrentadas pelos profissionais no desenvolvimento das atividades de trabalho, enfraquecendo as possibilidades preventivas de intervir nos determinantes dos eventos.

A adoção de medidas de segurança como a substituição de equipo com injetor por modelo sem injetor lateral deve ser associada a adequado desenho de alça de controle que inclua medidas destinadas a forçar sua utilização, a checar se está sendo usado e os resultados obtidos em termos de prevenção, seja no tocante a evitar acidentes assemelhados seja quanto à introdução de novos tipos de riscos e acidentes.

6.1.5. Gestão da produção e suas variabilidades (mudanças)

A AE envolvida no acidente estava trabalhando há mais de 5 horas. No momento do procedimento de limpeza do equipo, estava próximo o final da jornada de trabalho e a passagem de plantão. Ela referiu que gostaria de

terminar seu turno sem deixar tarefas para os colegas da tarde, o que implicava deixar a medicação fluindo no paciente envolvido no acidente.

A desobstrução de equipo com uso de agulha realizada em condições normais implica na aproximação do objeto perfurocortante com partes do corpo do profissional, as mãos principalmente. Situação na qual a segurança do sistema depende exclusivamente do operador e sua competência, sua habilidade prática, de seu repertório de conhecimentos e saberes e, ao agir, pequenas mudanças na situação podem levar ao acidente, somando-se à situação havia o fato da aceleração do ritmo de trabalho, que leva os profissionais a atuarem de modo automático.

Na situação do acidente descrito a segurança estava fragilizada em razão de diferentes fatores: a sobrecarga de trabalho da AE, devido ao número de pacientes e pela ocorrência do incidente próximo ao final do plantão; a agitação do paciente que parece ter coincidido com o momento da retirada da agulha do injetor lateral; a realização de procedimento com pressa ocasionando aceleração de ritmos de trabalho; e pela preocupação da AE com a notícia sobre o estado de saúde de seu pai.

Diferentes configurações estiveram implicadas no desenrolar do acidente. As situações de sobrecarga de trabalho que envolvem pacientes agitados são variabilidades conhecidas em ambientes hospitalares, as equipes de trabalho, embora procurem adotar medidas de suporte e apoio para tais situações, nem sempre conseguem utilizá-las em todas as ocasiões como relatado no item 5. Soma-se a tudo uma questão da vida familiar, externa ao trabalho, que afetou o estado emocional da AE, bem como a aceleração para a execução da atividade de desobstrução do equipo.

Apesar das situações de sobrecarga de trabalho, principalmente ao lidar com pacientes agitados, e na vigência de autoexigência dos profissionais para passagem dos plantões sem problemas para a próxima equipe, a gestão de produção desconsidera a situação de dificuldade enfrentada pelos profissionais nesta situação de pressão temporal, ou seja considera que a atividade é

essencialmente a mesma das situações normais, habituais, contribuindo assim, para que tudo se mantenha inalterado até que o próximo acidente aconteça.

Estas condições em conformação direta ou indiretamente poderiam desencadear o acidente.

A seguir o quadro 2 síntese da Análise do acidente com perfurocortante.

Quadro2. Síntese da Análise do acidente com perfurocortante	
Componente do MAPA	AE sofre acidente com picada de agulha ao realizar procedimento de limpeza de equipo. Estava responsável por seis pacientes. O paciente envolvido no AT estava em quarto de isolamento respiratório, e era agitado.
Descrição do trabalho normal	Desobstruir o equipo de infusão de medicação endovenosa (o medicamento não flui normalmente, retorna pela extensão do equipo, entupindo-o). Estratégia: desfazer com uso de agulha (agilizando procedimento). Modo operatório: implica manuseio de agulha e uso de paramentação com troca em caso de saída do quarto. Equipo com injetor lateral permite e estimula uso de agulha. Procedimento executado com sucesso antes.
Variabilidades e ajustes habituais	Proximidade de final de jornada. Outras tarefas a serem realizadas. Trabalhava com pressa. Equipo com injetor lateral de silicone, material mais duro, aumenta a dificuldade no modo operatório para manuseio de agulha. Cuida de mais pacientes que o habitual (sendo que 1 exige mais atenção). Telefonema sobre internação do pai, a deixa preocupada e afetada emocionalmente ao realizar a manobra de desobstrução do equipo. Paciente agitado, no momento da retirada da agulha do equipo.
Análise de mudanças	Equipo entupido. Havia necessidade de desobstruir o equipo para a continuidade da passagem da medicação. Estado de ansiedade e preocupação. (condição extra laboral). Pressão de tempo (recebe informação da internação do pai, final de jornada, troca de equipo demoraria mais, outras tarefas a realizar, lida com mais pacientes que habitual). Paciente agitado - condição de doença. Exige mais atenção (atenção dividida com o uso de agulha em material mais duro).
Análise de barreiras	Sistema adotava o modelo de equipo com injetor lateral. Não adoção de barreiras de prevenção As agulhas, à época do acidente, não tinham dispositivo retrátil. As luvas de procedimentos são de material fino e não constituem barreira de proteção eficiente contra perfurocortante, apenas minimizam as consequências, pois são facilmente transpostas. Recomendação verbal para não usar o injetor lateral, barreira frágil. Não existência de programa de gestão visando adotar medidas de adesão a recomendações, nem a checagem das

	adesões às recomendações.
Gestão de Produção	Suprimento de equipo que introduz possibilidade de uso de agulha; não considerar a necessidade de dois AE para administrar medicação em paciente agitado –ou seja o dimensionamento do efetivo não considera a variabilidade trazida pelos pacientes mais graves.
Gestão de Segurança	Não consideração da necessidade de prevenção e proteção quando da ocorrência das variabilidades citadas. Conduta anacrônica ao não analisar os acidentes com risco de contaminação biológica, ou concluir análises que atribuem culpa às vítimas, associada a uma política de prevenção centrada no indivíduo como uso de EPI, reforço de treinamentos e eventual punição dos funcionários, sem levar em conta os determinantes dos eventos.
Ampliação conceitual	A desobstrução do equipo com uso de agulha implica aproximação entre partes do corpo com objeto perfurocortante. A segurança do sistema fragilizada, depende especialmente de conhecimentos e habilidades práticas dos profissionais. Automatismos. Presença simultânea de: sobrecarga de trabalho, agitação psicomotora de paciente, procedimento realizado com pressa, preocupação com notícia sobre estado de saúde do pai. Considera-se necessário que a organização se aproprie de noções como a de atividade e suas variabilidades, da análise de barreiras e de mudanças. Compreender o comportamento da vítima, a escolha do equipo não foi opcional, era o equipo disponibilizado na clínica. A análise do acidente revelou larga quantidade de aspectos interagindo em rede nas origens das escolhas da vítima, que não parecem ser produtos de escolhas livres e conscientes e não fosse o fato de seu pedido de demissão, talvez, se tivesse conseguido explorar outros aspectos como sua história de inserção na equipe e as relações estabelecidas que, embora tenham sido referidas como muito boas, não puderam ser observadas.
Conclusão	Acidente envolvendo picada de agulha em contato com sangue contaminado de paciente-fonte (HIV e HBV), quando retirou a agulha sem dispositivo retrátil de equipo após realizar desobstrução. Inexistência de barreiras e não uso de barreiras de prevenção. Falta de desenho de prevenção de segurança, por exemplo, com a introdução de modelo de equipo com potencial de eliminação do risco. A agitação do paciente, a ansiedade da trabalhadora e o contexto organizacional de pressão de tempo contribuíram para a facilidade do acidente.

6.2. Acidente com respingo

6.2.1. Descrição do Acidente

O acidente aconteceu no dia 21 de outubro de 2012 (domingo) às 12h30min. Conforme registrado na CAT. Estava trabalhando há 5h30min. próximo ao final do turno (de 6 horas). Aos finais de semana o número de funcionários do hospital é reduzido, em razão das folgas. Assim, na UTI, o funcionário presente assume três pacientes, enquanto na rotina diária, durante a semana de 2^a a 6^a feiras, o habitual é assumir dois pacientes. Nesta investigação não foi autorizada a realização de fotografias do ambiente ou a gravação das entrevistas, as falas transcritas são originárias das anotações durante as entrevistas.

No dia do acidente, a auxiliar de enfermagem estava responsável por três pacientes e realizava o procedimento de posicionamento do paciente no leito com a ajuda da enfermeira assistencial daquele dia.

Logo após o término do procedimento de higienização (banho) chamou a enfermeira assistencial para virar o paciente no leito. Essa atividade é realizada com uma colega, mas no dia do acidente sua colega estava ocupada, então foi preciso chamar a enfermeira assistencial.

O procedimento é realizado com duas pessoas posicionadas, uma em cada lado do leito. A AE estava posicionada no lado em que seguraria o paciente pela fralda. Explicou que o movimento consiste em puxar o paciente pela fralda para obter impulso suficiente no momento de virar, enquanto do outro lado da cama o colega empurra o paciente. Antes porém, precisou pegar no braço (momento do acidente) para posicioná-lo sobre o próprio corpo do paciente¹⁹.

---

¹⁹ Foi relatado que pacientes de UTI ficam um pouco mais pesados em razão da quantidade de infusão de líquidos medicamentosos que recebem e também, porque há uma retenção de líquidos.

O paciente envolvido no acidente estava há mais de uma semana internado no hospital. O tempo de internação, bem como a idade do paciente são fatores que podem causar inchaços, bolhas e edemas, conforme relatou a AE.

Explicou que, ao segurar o braço do paciente, não havia percebido a presença de bolhas no braço e que com a compressão da pega da mão, esta estourou e espirrou em seu rosto. Foi imediatamente lavar o rosto, os olhos e as mãos. Havia feito a paramentação com os EPIs, avental e luvas. Não usava máscara e nem óculos. O paciente-fonte não tinha sorologia positiva para HIV, Hepatites B e C, mas havia o risco de contaminação por bactéria multiresistente, por isso estava em área de isolamento de contato.

Não estava de máscara nem óculos e ao pegar no braço da paciente para poder virar, tinha bolhas e as bolhas estouraram. O paciente que fica muito tempo internado cria bolhas. Estava só com luva e avental. Máscara a gente tem fácil, óculos só tem dois no carrinho de parada. O paciente estava em isolamento de contato pela bactéria que tinha. Deveria ter prestado mais atenção se havia bolha, não tinha percebido.

A tarefa de mudar a posição do paciente (mudança de decúbito) é realizada rotineiramente, e precisa ser feita de duas em duas horas. Há uma cobrança por parte das enfermeiras para mudar o paciente acamado neste intervalo de tempo, para evitar feridas, como escaras.

A trabalhadora acidentada relatou que, algum tempo antes do acidente, houve um fato que a deixou chateada e triste, que envolveu a enfermeira assistencial que foi ajudá-la a posicionar a paciente no quarto de isolamento.

O fato referia-se ao teste de glicemia capilar, feito na paciente. A AE ao fazer o teste verificou que o valor deu alterado para um valor abaixo do parâmetro do protocolo de insulina. Na prescrição médica estava escrito “cuidado protocolo de insulina”, e o usual é que a prescrição esteja receitada pelo médico no prontuário do paciente. Na dúvida, a AE aproveitou a presença

do médico para perguntar se poderia administrar o medicamento para elevar a taxa de glicose do paciente. A enfermeira que estava perto interrompeu e, explicou ao médico que os AE/TE conheciam os procedimentos, pois há uma tabela do protocolo fixada no posto de enfermagem.

6.2.2. Análise de mudanças

A bolha no braço do paciente rompe durante sua movimentação no leito, quando a mão da AE atinge a bolha para realizar o manuseio do paciente.

Ao realizar o teste de glicemia e ficar em dúvida, perguntou ao médico se poderia aplicar insulina no paciente. Neste momento sofre reprimenda da enfermeira assistencial e passa o restante da jornada incomodada frente à enfermeira com a qual realizou o procedimento de movimentação do paciente no leito.

A colega que auxilia habitualmente não estava disponível, por estar ocupada com outras atividades. Como relatado pela acidentada, aos finais de semana há uma sobrecarga de trabalho em razão das folgas, isso eleva o número de pacientes que os AE/TE ficam responsáveis que sobe de dois para três.

A enfermeira assistencial é chamada para auxiliar na tarefa de mudança de decúbito do paciente, por estar disponível. Os profissionais que encontrarem momentaneamente disponíveis ou livres costumam ajudar os colegas em suas tarefas quando necessário.

6.2.3. Análise de barreiras

No acidente descrito, respingo de fluidos corporais sobre o rosto, encontra-se presente o risco de contaminação por material biológico, por bactéria multiresistente.

Não foi realizada uma inspeção prévia do paciente procurando identificar bolhas, ou ameaças existentes, este procedimento, não formalizado, depende do fato de o profissional se lembrar que deveria fazer.

A AE relatou que não usava óculos e máscara no momento do acidente. De acordo com os profissionais o não uso dos EPI era frequente, especialmente dos óculos que não eram fornecidos a todos os integrantes das equipes. Os óculos são equipamentos de difícil acesso, pois ficam guardados. Os óculos que ficam disponíveis são dois em cada carrinho de parada cardiorrespiratória, e na falta é preciso pedir à chefia.

O uso das máscaras também não era frequente, embora ficassem à disposição, assim como as luvas, nos balcões de enfermagem situados no centro da UTI. Não conseguiu lembrar se a enfermeira que a ajudou estava usando máscara e óculos. Os EPI (luvas, máscaras, óculos, aventais) atuam como barreiras de proteção para minimizar as possibilidades de contaminação depois de um eventual incidente.

Os óculos não foram utilizados porque a acidentada relatou que não procurou nos carrinhos de parada cardiorrespiratória (onde ficam dois pares de óculos disponíveis em cada carrinho).

As barreiras simbólicas, como as prescrições de tarefas e procedimentos (Manual da CCIH -Comissão de Controle de Infecção Hospitalar), embora contenham a descrição de realização de procedimentos com luvas, avental de manga longa, óculos e máscara, a paramentação completa, para os casos em que os pacientes estão em quarto de isolamento, são frágeis e não são reforçadas, e ou não supervisionadas pela chefia imediata, o que indica uma fragilidade de segurança na organização.

A descrição do trabalho real sugere que o sistema não adotava medidas de “*enforcement*” visando à adesão dos servidores no tocante ao uso de EPI e nem de outras medidas de checagem dos resultados de adesão e de prevenção obtidos. Essa prática parecia associada ao pressuposto de que a adesão seria

fruto de responsabilidade individual dos trabalhadores como se pode presumir até de fala do trabalhador que após afirmar que *“Máscara a gente tem fácil ... O paciente estava em isolamento de contato pela bactéria que tinha”* completou: *“(eu) Deveria ter prestado mais atenção se havia bolha, não tinha percebido”*.

A indisponibilidade de equipamentos necessários no local em que seu uso é requerido cria a necessidade de deslocamento até o local em que estão. Esse fato cria custo (humano) adicional para o operador e que pode ser considerado como estímulo ao seu bypass no futuro. Sua adoção por parte da gestão de segurança pode então ser considerado como falha uma vez que desconsidera conhecimento já existente e fragiliza a segurança do sistema.

6.2.4. Gestão de Segurança

Os óculos existem em número suficiente para todos os profissionais, mas ficam guardados. Os profissionais precisam pedi-los para a chefia quando necessitassem. Para as emergências ficavam disponibilizados dois óculos em cada carrinho de parada cardiorrespiratória. Estes óculos dos carrinhos podem e devem ser utilizados pelos profissionais nos momentos que necessitarem, bastando pegar e após o uso colocar no lugar. Mas se todos estiverem em uso há a necessidade de solicitar óculos à chefia, o que cria dificuldade adicional pela indisponibilidade em momento de necessidade.

Isso evidencia a eventual dificuldade de uso do EPI óculos. O sistema admite um uso coletivo de equipamentos que são por natureza e por norma legal, individuais. Também há a possibilidade da ocorrência de situações que poderiam ensejar a necessidade simultânea do uso de muitos EPIs, por exemplo, nos momentos de emergência.

A forma de controle dos óculos, que são EPI importantes para a segurança do profissional, contraria duas das Normas Regulamentadoras do Ministério do Trabalho, a NR6, no item 6.6.1 e a NR32, no item 32.2.4.7., evidenciando falhas em relação à atenção empregada aos quesitos exigidos nos

sistemas normativos, bem como a construção coletiva de uma cultura de prevenção. Em entrevista com a chefia foi relatado que não é possível fazer a supervisão sobre o uso de EPI pelos profissionais, até porque a formação dos profissionais foi pautada em práticas nas quais essas informações deveriam ter sido apreendidas e colocadas em prática no cotidiano de trabalho.

6.2.5. Gestão da produção e variabilidades (mudanças)

O pessoal de enfermagem nessa UTI é dividido da seguinte forma: uma enfermeira assistencial fica responsável por seis ou sete pacientes e uma equipe de AE/TE composta por três profissionais. Estes por sua vez ficarão responsáveis por dois pacientes cada, para realizar todos os cuidados. Quando a escala estiver apertada, como nos casos de faltas, licenças, férias ou aos finais de semana os AE/TE ficam responsáveis por três pacientes.

Nestes casos o enfermeiro chefe procurará balancear a escala entre os enfermeiros e auxiliares presentes, redistribuindo os pacientes ou solicitando profissional emprestado de outra UTI. A distribuição será feita de acordo com o estado de gravidade do paciente, com a finalidade de evitar que os AE/TE fiquem responsáveis por três pacientes muito graves. Também será considerada a proximidade entre os leitos, dando preferência a leitos que estejam dispostos lado a lado. Os enfermeiros assistenciais ou encarregados são designados a auxiliar na realização dos cuidados sempre que necessário.

Para a distribuição desse balanceamento não há uma norma específica a ser seguida, e consiste em uma tentativa de equilibrar o pessoal presente da melhor forma possível para atender aos pacientes e suprir a falta de profissionais. Essa UTI possui ocupação diária de 100% dos leitos, o que obriga a um ajuste do pessoal presente diariamente para dar conta do atendimento de todos os pacientes, e manter a qualidade do atendimento.

Outra questão relatada pela AE refere-se ao fato de que deveria ser rotineiro reforçar a informação da necessidade do uso dos óculos e máscaras e

os óculos deveriam ficar disponíveis e de fácil acesso em número suficiente para todos os profissionais. Também disse que não procurou óculos nos carrinhos de parada cardiorrespiratória naquele dia e que não os procura habitualmente. Revela que são ruins de usar e que poucos fazem uso dos óculos.

Em entrevista com a chefia foi relatado que a falta de material, de qualquer tipo, não é comum de acontecer, e que os EPI existem, todos ficam disponíveis e de fácil acesso nos balcões/postos de enfermagem, à exceção dos óculos que ficam guardados e, os profissionais que precisarem usar devem pedir.

A forma de gestão da produção revela que as ações referentes à gestão de segurança não associam as atividades desenvolvidas, que possuem grande variabilidade, aos mecanismos de incentivo e aumento da capacidade de reconhecimento dos riscos com a facilitação de acesso as barreiras de prevenção e proteção.

Atuar com equipes de trabalho reduzidas aos finais de semana contribui para o aumento das atividades levando os profissionais a acelerarem seus ritmos de trabalho que, apesar de conseguirem, na maioria das vezes, realizar as atividades com sucesso, graças a seus repertórios de conhecimentos, saberes, habilidades individuais e coletivas ficam em situação de insegurança, de modo que pequenas mudanças podem desencadear acidentes como produto da interação entre diferentes aspectos da situação previamente fragilizada.

A seguir, Quadro 3, Síntese da análise do acidente com respingo.

Quadro3. Síntese da análise do acidente com respingo	
Componente do MAPA	AE é atingido por respingo de fluidos corporais ao movimentar paciente no leito (posicionar braço)
Descrição do trabalho normal	Tarefa: mudança de decúbito de paciente em UTI para prevenir escaras. Trabalho em dupla contando com colaboração de colega habitual. Estratégia: movimentação manual com ajuda de fralda implicando em aproximação entre corpos do profissional e do paciente. Preparo do paciente inclui movimentação dos membros ao longo do

	corpo com risco de atingir e estourar bolhas.
Variabilidades e recuperações habituais	A bolha no braço do paciente rompe. AE sente-se incomodada frente à enfermeira assistencial. Enfermeira assistencial foi ajudar na tarefa. AE responsável por três pacientes (um a mais que o habitual). Era final de semana (redução de pessoal) e estava responsável por três pacientes para os cuidados. O paciente envolvido no AT estava em isolamento, o que exigia a paramentação completa. Final de jornada de trabalho.
Análise de mudanças	A bolha no braço do paciente rompe durante sua movimentação. AE sente-se incomodada em frente à enfermeira assistencial, para a qual teve de solicitar ajuda na movimentação do paciente. Sofreu reprimenda pública da enfermeira em passado recente, o que a deixou “chateada e triste”. Estado de ansiedade e preocupação. Colega que auxilia habitualmente não estava disponível (ocupada em outra tarefa). Adesão ao uso de EPI não é estimulada, seu não uso é prática frequente. Não realização de inspeção prévia em paciente antes de tentar posicionar o braço junto ao corpo.
Análise de barreiras	AE não fez inspeção prévia do paciente procurando identificar bolhas. Proteção EPI: não usava óculos (não distribuídos individualmente) e máscara. Buscar óculos implica em custo adicional (deslocamento). Fragilidade da prevenção e sua vulnerabilidade a impactos de pequenas mudanças não avaliados como riscos, falha na GSST. Indícios de fragilidade técnica e política do serviço.
Gestão de Produção	Revela que as ações referentes à gestão de segurança não associam as atividades desenvolvidas, que possuem grande variabilidade, aos mecanismos de incentivo e aumento da capacidade de reconhecimento dos riscos, com a facilitação de acesso às barreiras de prevenção e proteção. Equipes de trabalho reduzidas aos finais de semana geram a aceleração dos ritmos de trabalho e de modos operatórios. Fragilização da segurança.
Gestão de Segurança	Falta e falha nas barreiras, na gestão de EPI, falha em desconsiderar estratégias de adesão de profissionais ao seu uso. Considerar a construção de uma cultura de segurança com base na dimensão coletiva, para solucionar os problemas e fugir das estratégias que entendem a adesão ao uso de EPI como responsabilidade individual. Necessidade de aperfeiçoar práticas de gestão de segurança.
Ampliação conceitual	As falhas citadas na análise de barreiras, para continuar a explorar possíveis explicações sistêmicas ou psico-organizacionais precisariam de estudo de noções como armadilha cognitiva, compromisso cognitivo, para a compreensão de como comportamentos como os citados são influenciados pela história da constituição do grupo de trabalhadores no sistema. A interferência do estado emocional podendo afetar a memória e levar ao esquecimento de passos (inspeção de paciente). Proximidade de final de jornada, em final de semana com aumento da relação paciente-profissional, dia de maior carga de trabalho. Revelam fragilidade e falhas na GSST, necessidade de explorações adicionais com apoio em conceitos da Ergonomia.
Conclusão	Acidente com contato com material biológico proveniente da estoura de

	bolha no braço do paciente que era movimentado no leito. A falta e falha de barreiras estão envolvidas nas origens do acidente, bem como as dificuldades na gestão de segurança de situações com variabilidades típicas do cuidado. Outros fatores que parecem ter concorrido para o acidente referem-se a pressão de tempo originada pelo aumento da carga de trabalho aos finais de semana e, a situação prévia de repreensão pública ensejando sentimento de estresse, capaz de influenciar o comportamento da AE na situação.

7. DISCUSSÃO

As práticas dos cuidados explicitadas neste estudo referiram-se àquelas que comportam a execução de atividades consideradas essenciais para o controle da saúde dos pacientes (higienização, controles dos sinais vitais, alimentação, medicação), com um acolhimento necessário para os sujeitos, o que foi descrito como algo importante de ser realizado para os AE/TE. Porém a falta de tempo se opõe ou constitui obstáculo ao bom acolhimento, que fica para segundo plano.

Essa falta de tempo suficiente para dar atenção ao paciente “*carente*” revelou a intenção em assumir os cuidados sob a perspectiva do acolhimento e de dar mais atenção às queixas dos pacientes e seus familiares. Foi um dos pontos destacados pelos AE/TE nas discussões de ACT, quando se referiam a querer atender bem aos doentes, mas a grande quantidade de tarefas que necessitavam realizar no seu turno tornava impossível essa prática, de acordo com as condições atuais relatadas, ou seja, com seis pacientes, média diária para cada profissional, há uma necessidade de vigilância constante de cada paciente para cumprir a rotina das tarefas consideradas básicas e inadiáveis.

As estratégias adotadas para fazer frente a esse dissabor são as de solicitar ao paciente que aguarde um pouco que ele, AE/TE, logo volta, ou passar rapidamente instruções ao familiar e deixar o quarto, para só retornar no momento de realizar novo procedimento.

Estudo de Osório (2006) revelou, de modo similar, a angústia dos profissionais que primam por uma ética profissional visando priorizar o bom atendimento ao paciente, mas que oscilam entre a utilização da ciência e da técnica e o tratamento humano, atencioso, que permita dar suporte às dores e angústias dos pacientes e dos familiares (OSÓRIO, 2006).

A passagem de plantão com a visita aos pacientes é uma atividade considerada importante e cumprida pelas clínicas, segundo os relatos das

reuniões. Mas há necessidade de sincronia entre as equipes, a que está prestes a sair e a que está entrando. O ponto que chamou a atenção foi que, embora seja um importante ritual, não há um planejamento de tempo para que ele aconteça, variando entre as diferentes clínicas. Em algumas, pode acontecer com uma antecipação de 10 minutos no horário de entrada; em outras, o início se dá quando os profissionais da outra equipe chegam.

Um problema relatado nas trocas de plantões foi o de que nem todos os profissionais conseguem chegar no horário, por inúmeras razões (como morar muito longe e ter de pegar até três conduções), e esta situação de atrasos e faltas gera queixas de quem fica esperando a substituição e discussões. Isso se agrava com o PIN, uma medida da administração criada como incentivo para que atrasos e faltas não aconteçam, mas que acirra a situação de descontentamento e cria “panelas” nas equipes de trabalho.

Na mesma direção, seguem os achados dos autores de outros estudos, que sugerem a necessidade de mudanças no planejamento do horário de trocas de turno que coincidem com a passagem dos plantões (MEIßNER *et.al.*, 2007 e OSÓRIO *et.al.*, 2011).

As anotações de enfermagem, outra atividade importante, e que têm por finalidade esclarecer os profissionais sobre os cuidados que foram dados aos pacientes, nem sempre podem ser feitas logo após a prestação do cuidado, porque, ou a demanda de tarefas a ser cumprida é mais premente, ou os prontuários estão sendo disputados por outros grupos profissionais, como médicos, fisioterapeutas e nutricionistas.

Para driblar essa situação, os AE/TE utilizam estratégias de regulação, como no caso da “colinha”, onde anotam as tarefas executadas e as medições dos sinais vitais para que, num momento mais “tranquilo”, transcrevam as informações na folha de anotação e façam a confrontação com a folha da prescrição médica.

Essa medida, embora relatada como cotidiana, gera apreensão, pois a prioridade para manusear o prontuário é dada aos médicos ou outros profissionais de nível superior, mas as responsabilidades legais, caso algum procedimento não tenha sido anotado - o que pode gerar falta de informação sobre o paciente no prontuário -, poderiam ser imputadas aos AE/TE. Por exemplo: a medicação foi administrada, mas não anotada, e de repente o AE/TE precisou se ausentar da clínica, situação que sugere a possibilidade de erros, por não ter sido registrado no prontuário do paciente se o procedimento foi ou não realizado.

Outra estratégia de regulação utilizada no hospital ocorre quando há necessidade de suprir a falta de um profissional, e ela se refere ao remanejamento, descrito na situação de “ser emprestado” para outra clínica.

A questão de ser emprestado para outro local de trabalho, embora seja uma medida administrativa para driblar a falta de pessoal e considerada comum pela administração, uma vez que o profissional de enfermagem teve em seu curso preparatório a prática para realizar os procedimentos de cuidados em qualquer área, não se está levando em conta as peculiaridades de cada clínica no próprio hospital, tampouco as variabilidades das atividades e a necessidade de aprendizado prático para que os profissionais possam apreender as habilidades específicas necessárias em cada setor.

Essa prática embute riscos para os profissionais e para os pacientes, gerando medo e ansiedade nos AE/TE de não saber fazer o que é específico daquela clínica, por exemplo, além de não solucionar a problemática da falta de pessoal, revelando fragilidades do sistema de gestão de produção e de segurança.

Estudo abordando as transformações no trabalho no setor de saúde corrobora com os achados nesta pesquisa ao apontar que a questão da segurança no trabalho sofre a influência de diferentes fatores como: as exigências das tarefas, o ambiente de trabalho físico e psicossocial, a formação e capacitação do profissional no campo de atuação, a percepção sobre a

qualidade dos equipamentos de segurança, e a presença dos gestores para apoiar e encorajar práticas seguras (ASSUNÇÃO e JACKSON, 2011).

Outra questão levantada na ACT foi a da quantidade de pacientes assumida por dia pelos AE/TE presentes, que fica acima do que foi dito ser a média diária ideal (quatro). Neste sentido, as enfermeiras-chefes procuram realizar a distribuição de pacientes aos AE/TE, de modo a possibilitar que fiquem com pacientes em quartos próximos; os pacientes com banho no leito são distribuídos entre os profissionais, numa tentativa de diminuir e dividir as tarefas, para que ninguém fique sobrecarregado, embora a quantidade de pacientes seja evidência da alta quantidade de tarefas e atividades a serem executadas.

Quando o volume de tarefas está alto, os AE/TE encurtam determinados tempos destinados a alguns procedimentos, para regular suas atividades e conseguir dar conta de todas as tarefas durante seu turno.

Essa situação, de atender com qualidade e prestar atenção às queixas dos pacientes e familiares, tendo menos tempo para o atendimento (em razão de estar com um número maior de pacientes para cuidar), foi descrita como paradoxal na literatura e geradora de efeitos negativos sobre a saúde dos profissionais de saúde, como efeitos psicológicos oriundos do contato direto com a dor e o sofrimento agravados pelo alto grau de responsabilidade, a alta cobrança feita pelas chefias, a alta autocobrança, e pelas situações de tempo reduzido para realizar as atividades, do excesso de interrupções e do mínimo poder de decisão (ASSUNÇÃO e JACKSON, 2011).

Estudo de Menzies (1960) realizado na década de 1960 em um hospital escola para investigar a natureza da ansiedade na relação enfermeiro-paciente e como a questão era gerida pelo hospital, demonstrou que a ansiedade era fator de abandono do processo de formação do profissional, de muitas trocas de emprego e altas taxas de doenças. A investigação concluiu que o impacto direto de doenças físicas sobre os profissionais era intensificado pela sua tarefa de atender e lidar com o sofrimento psíquico em outras pessoas, incluindo o

seu próprio e o de seus colegas e, que de modo algum é fácil tolerar esse estresse, que é condicionado a situações-fantasia não apenas as dos pacientes e seus familiares, mas as dos próprios profissionais e a dificuldade em lidar com a ansiedade que estas situações geram.

Ainda no mesmo estudo Menzies sugeriu que os profissionais estão sujeitos a muitas demandas psicológicas complicadas dos pacientes e familiares. Assim, os profissionais elaborariam técnicas defensivas como: proteger-se da aproximação emocional com o paciente limitando o contato repetitivo; referindo-se ao paciente pelo tipo de doença, por exemplo: “o paciente fígado do leito 10”; que o uniforme do profissional pode operar defensivamente; pela negação dos sentimentos ao tentar controlá-los; pela procura em não ficar chateado frente a determinadas situações ou falas; por evitar tomar decisão sozinho, optando por consultar muitos colegas distribuindo com o grupo o peso da responsabilidade de suas escolhas ou delegando a superiores; por evitar mudanças nos rituais rotineiros que provocariam mais ansiedade.

Em sua conclusão Menzies (1960) revelou que os sentimentos de ansiedade estão relacionados com as tarefas operacionais e com o desenvolvimento da organização; que o grupo gere sua ansiedade pelo desenvolvimento de um conjunto de defesas sociais, mas essas defesas representam a institucionalização de mecanismos de defesa muito primitivos da psique e que embora tenham como característica principal facilitar a evasão de ansiedade, não contribuem muito para sua redução ou modificação (MENZIES, 1960).

Os AE/TE reconhecem que o papel dos enfermeiros seja o de cobrar os serviços, pois estão em posição de organizadores das tarefas, mas se ressentem da cobrança, considerando-a agressiva e excessiva, pela falta de condições para que o trabalho seja executado. Uma delas é a falta de pessoal, chegando a mencionar que, em alguns casos, seria preciso maior participação dos

enfermeiros assistenciais na execução dos cuidados, além de relatar que uma maior interação dos enfermeiros com os pacientes seria uma forma de ajudar.

O estudo ao poucos vai revelando para a natureza das tarefas dos AE/TE, estão longe de um automatismo, ou seja são tarefas que exigem em sua maioria tempo para a percepção e elaboração das informações, que são recebidas de diferentes fontes como pacientes, médicos, enfermeiros-chefes, das cargas de medicamentos oriundas da farmácia. Como, o que deve ser feito para preparar a medicação, a quantidade de material a levar para os quartos nos momentos dos banhos, as decisões a serem tomadas, sendo que todas exigem atenção e memória, evidenciando que o trabalho é composto de forte exigência cognitiva, atenção constante, com presença de muitas interrupções durante a execução de atividades que requerem concentração e responsabilidade, que exercidas em situação de pressão temporal constituem situações propícias ao estresse, ao erro, ou ao acidente do trabalho.

Segundo Osório (2006) “a intensidade da carga cognitiva depende do número de fontes e frequência das informações, da quantidade e densidade, sendo importante avaliar o tempo atribuído ao processamento de cada informação até o recebimento da próxima” (OSÓRIO, 2006, p.28).

No mesmo sentido seguiram os relatos de Assunção e Jackson, que revelaram, além dos estresses emocionais, os físicos e os ambientais sobre a saúde mental dos profissionais de saúde, tornando-os vulneráveis às situações de trabalho (ASSUNÇÃO e JACKSON, 2011).

Este estudo revelou que os AE/TE precisam estar em constante alerta tanto para lembrar os diferentes detalhes que cada procedimento exige, como para recordar os detalhes de situações dos pacientes que exigem vigília constante ao longo de sua jornada de trabalho.

Em estudo sobre gestão cognitiva, Almeida (2004, *apud* Amalberti, 1996) descreveu o modelo de gestão cognitiva dinâmica da atividade no qual revelou que os trabalhadores precisam “gerir uma negociação ou o

compromisso cognitivo entre os objetivos de segurança (evitar acidentes e incidentes para si e para o sistema); de desempenho (cumprir a tarefa nos prazos impostos, evitar atrasos indesejáveis) e da minimização de consequências fisiológicas e mentais do desempenho (fadiga, ansiedade, estresse, esgotamento)”. O gerenciamento desses objetivos implica no fato de os trabalhadores assumirem os riscos das atividades a serem executadas (ALMEIDA, 2004, p.275).

Neste modelo de gestão cognitiva dinâmica da atividade, o processo dinâmico se forma por dois componentes: o primeiro, denominado de compreensão-ação, antecede o início da atividade e, o outro, controle contextual presente durante a atividade. Isso implica no fato de que, antes de realizar a atividade, conhecendo a tarefa a ser executada, o trabalhador define e combina seus objetivos com outros, como: as informações de que dispõe sobre o sistema, os materiais, os recursos, o contexto, a confiança na equipe, e escolhe seu plano de ação. Nesse plano, os riscos são considerados e o trabalhador procura minimizá-los. A compreensão do que irá fazer estaria ligada à noção de controle das ações no desenvolvimento da atividade. O plano de ação do trabalhador é constantemente revisado durante o desenvolvimento da atividade, de acordo com os conhecimentos necessários que estão associados à sua história, às experiências, à formação e ao aprendizado prévio do indivíduo ou do grupo envolvido nas atividades. Está presente uma singularidade, própria de cada indivíduo, o que pode ajudar a compreender a mudança do risco quando ocorrerem mudanças nos grupos, ou nas mudanças de materiais diferentes dos usados habitualmente (ALMEIDA, 2004).

Este plano de ação para executar suas atividades ficou evidenciado quando, após a passagem do plantão e a distribuição da escala de trabalho, os AE/TE se dirigiram ao posto de enfermagem e, de posse dos prontuários dos pacientes sob sua responsabilidade, verificaram quais eram as medicações receitadas, quais as prescrições de cuidados de enfermagem, para depois separar e preparar as medicações e os materiais de que fariam uso.

Os trabalhadores vão adquirindo vigilância constante de suas atividades de acordo com o desenvolvimento de habilidades, sua experiência, o uso dos órgãos dos sentidos e de estratégias de raciocínio que ajudam a detectar e interpretar os sinais oriundos do sistema. Assim, para lidar com as mudanças e perturbações que podem acontecer, os trabalhadores se utilizam de sua competência adquirida para detectar, interpretar e escolher quais medidas necessitam de ajuste durante o curso da atividade. Um plano de ação considerado bom diz respeito àquele que permite a detecção de variações ou perturbações durante o desenvolvimento da atividade (ALMEIDA, 2004).

Outro aspecto revelado foi o de que trabalhar em equipe significa ajudar o colega em diferentes momentos, principalmente nos banhos de leito, tarefa considerada pesada e mais demorada. Também foi revelada a necessidade de solicitar a colegas que façam a vigilância de seus pacientes enquanto ele irá levar outro paciente para fazer um exame, ou fazer um revezamento nas horas do lanche. Foi destacado que um motivo de queixas refere-se a alguns colegas que usufruem de recursos como licenças, faltas e atrasos, sobrecarregando quem permanece trabalhando, ou de colegas que não fazem todas as tarefas ou não colaboram com os outros. Uma forma identificada nas reuniões e pela qual o hospital procura manter certo controle sobre as faltas e licenças, consiste na premiação - o PIN - e no corte dos plantões remunerados, por três meses, como “castigo” para quem falta sem justificção, onerando os colegas presentes, pois a falta de um aumenta o número de pacientes para os outros.

Estas questões refletem-se na formulação das escalas de trabalho mensais, pois algumas das chefias mantêm um caderno ou livro no qual os profissionais da equipe anotam os dias que gostariam de folgar ou de fazer plantão remunerado, fato este louvável e que tenta amenizar as possíveis diferenças ou diminuir os efeitos das chamadas “panelas” no meio das equipes de trabalho. No entanto, nem sempre é possível contemplar todas as reivindicações, assim os descontentamentos vão aparecendo.

Estudo sobre o trabalho cotidiano de enfermagem em hospitais que reúne pesquisas de diferentes profissionais demonstrou que a colaboração é compreendida como um valor importante que permite uma condição justa para os profissionais, mas também a necessidade de que os mesmos tenham responsabilidades para trabalhar em grupo, revelando ainda que uma das dificuldades de trabalhar em grupo refere-se à questão de diferentes formas de contratação. Segundo as autoras do estudo citado, uma dificuldade para a promoção do trabalho em equipe centra-se nas diferentes formas de contratação, salários baixos, cargas horárias longas (OSÓRIO *et al.* (2011) *apud* ARAÚJO *et al.* (2002).

As formas de contratação no hospital estudado são feitas na sua maior parte por concursos públicos, mas há profissionais que foram contratados como complementaristas pela fundação ligada ao hospital, o que altera a carga horária semanal e também os salários. Tem havido, pelo menos nos últimos três anos, um investimento na política de contratação para novos servidores, no sentido de equiparar auxiliares e técnicos que, na prática, executam as mesmas atividades. Estas são questões polêmicas e causadoras de diferenças entre os profissionais, principalmente aquelas que envolvem valores salariais.

Medida que tem sido adotada no hospital para minimizar a situação de duplo vínculo e de desigualdade contratual e salarial refere-se ao fato de a fundação ligada ao hospital não ter feito mais contratações, e os concursos passaram a ser realizados apenas para técnicos de enfermagem, oferecendo-se salário um pouco maior. Os plantões remunerados, antes permitidos apenas aos auxiliares, foi estendido também aos técnicos de enfermagem, sendo que a quantidade de plantões remunerados para cada AE/TE foi reduzida de dez para cinco ao mês.

Estudo realizado por Schmidt (2006), que fez uma reflexão sobre a influência de aspectos da organização do trabalho na gênese de um acidente do trabalho, revelou que há uma multiplicidade de fatores que colocam em risco a saúde dos trabalhadores, dentre os quais, diferentes tipos de pressão. Destacou

que, do discurso dos trabalhadores, foi possível extrair os vários temas que se referem a “sofrer por pressão” e que as equipes de trabalho sabem o que significa e, por vezes, conseguem construir mecanismos coletivos de defesa de sua saúde, mas encontram limitações para lutar contra a organização do trabalho. Descreveu algumas formas de funcionamento dos dispositivos de pressão, dos quais destacou-se a pressão normativa, a pressão hierárquica e a pressão por produtividade (SCHIMIDT, 2006).

Na pressão normativa, os trabalhadores estão sujeitos a situações relacionadas ao cumprimento de padrões de qualidade e especificações dos produtos ou serviços; e a necessidade de seguir as normas e os mecanismos de controle e vigilância acentua a pressão. A pressão hierárquica diz respeito às relações entre as chefias e os subordinados e foram descritas como situações nas quais os trabalhadores estão submetidos a agir sob o mando de chefias. Quanto à pressão por produtividade, ela diz respeito a questões como o cumprimento de metas, havendo uma preocupação constante com prazos, volume e produção (SCHIMIDT, 2006).

No hospital estudado, os profissionais referiram-se a ter de seguir as determinações especificadas pelos enfermeiros e pelos médicos, através de suas prescrições, além de seguir as normas de processos específicos de trabalho ou dos procedimentos operacionais, necessárias para o sucesso do tratamento e da segurança do paciente, tudo realizado sob a vigilância dos enfermeiros.

Os AE/TE também revelaram o quanto estão submetidos às ordens de diferentes profissionais, tendo indicado até mesmo a hierarquia que há entre enfermeiros de diferentes níveis (chefe, supervisor e assistencial).

Há preocupação por cumprir os prazos referentes às medicações nos horários prescritos e por ter de cumprir todos os cuidados no período da manhã, principalmente os banhos, situações que se agravam quando há falta de pessoal e o número de pacientes com necessidades de banho no leito aumenta.

A respeito de questão levantada sobre as condições físicas do ambiente, como mobiliário (macas, camas, cadeiras de rodas) e equipamentos, em várias clínicas, ele foi considerado antigo ou carecedor de manutenção, motivo associado pelos AE/TE a sobrecarga física, como no caso de cama com manivela, na qual, para realizar um procedimento ou mesmo o banho de leito, o profissional precisa antes fazer ajustes no leito manuseando as manivelas que às vezes estão emperradas, ou mesmo quebradas, um esforço a mais durante a jornada de trabalho. Esse fato causa certo desconforto, por ser de conhecimento dos profissionais que em algumas clínicas existem equipamentos modernos.

Em estudo sobre as atividades dos auxiliares de enfermagem, Gonçalves e Fischer (2004) revelaram uma divisão entre dois tipos de atividades. Um com predominância de trabalho mental, constituído daquelas atividades que exigem conversas com colegas, enfermeiros e médicos, preparação de medicamentos, leitura ou registro de prontuários. Outro com predominância de trabalho físico, sendo as tarefas que exigem os cuidados com pacientes (os banhos, as administrações de medicações, os curativos etc.), o movimentar-se entre os quartos e outros setores, pegar materiais, manutenção de equipamentos. As autoras demonstraram que o trabalho físico é predominante, durante o tempo da jornada de trabalho (entre 30 e 60% do tempo), sobre o restante das atividades consideradas com predomínio de trabalho mental (30% do tempo). No mesmo estudo, as autoras ainda revelam que, em clínicas de UTI e de pronto-socorro, o predomínio das atividades físicas foi considerado menor, em razão de serem setores com pacientes em casos graves, com maior quantidade de aparelhos aos quais eles ficam ligados e onde cada aparelho emite sons e sinais diferentes, aos quais os AE/TE precisam estar atentos durante o trabalho, mostrando situação inversa nos períodos noturnos, nos quais os banhos não acontecem, mas quase não se alteram em relação às atividades mentais realizadas durante o dia (GONÇALVES e FISCHER, 2004).

A descrição do estudo mencionado acima confirma informações deste estudo, no sentido de demonstrar que as exigências cognitivas nas atividades

dos AE/TE, em especial quanto a determinadas situações de trabalho, como as anotações e o registro de prontuários; a exigência de atenção constante com medicações e aparelhos diferentes, bem como a necessidade de realização de procedimentos que sempre exigem força física, como o banho e o decúbito, como ocorreu no acidente com respingo; além de problemas ligados à comunicação entre os profissionais, como relatado, podem ser indícios de questões organizacionais a direcionar a origem de acidentes.

Por fim, antes de adentrar a discussão dos acidentes analisados cita-se outro estudo, de revisão da literatura, Assunção (2012), revela a diversidade de exposições a que estão sujeitos os profissionais da saúde. Vão desde os acidentes com risco de contaminação biológica, muitos causados por perfurocortantes, passando por questões de saúde mental, outros riscos envolvendo contaminação por produtos químicos, até a automedicação para as dores musculares. Os autores sugerem que tais situações precisam passar pela elaboração de um sistema de vigilância, ultrapassando o enfoque tradicional, para que seja *“privilegiado o significado do trabalhar em saúde”* (ASSUNÇÃO *et al.*, 2012).

Passa-se, no item a seguir, a fazer a discussão sobre os dois acidentes analisados.

7.1. Da análise dos acidentes

Na introdução deste estudo, destacou-se que os Ministérios do Trabalho e da Saúde elaboram manuais e normas a respeito de recomendações sobre as regras de prevenção a serem seguidas. Tiveram destaque, também, alguns estudos de natureza quantitativa sobre acidentes com perfurocortantes em que há o risco de contaminação por material biológico.

Contudo, o enfoque dos estudos e das recomendações foi centrado nos fatores de riscos de exposição a material biológico, sem levar em conta as variabilidades das atividades de trabalho e, consequentemente,

desconsiderando os impactos que um acidente em que há contato com material biológico poderia ter na saúde física e mental, bem como na vida e nas relações familiares dos profissionais. Um destes impactos refere-se ao tempo de espera dos resultados que definem se houve, ou não, contaminação por vírus como o HIV, o das hepatites B ou C, dentre outras tantas doenças.

O foco dessas abordagens de prevenção consiste nos antecedentes imediatos ou nas intervenções físicas e objetivas envolvidas nos casos, seguindo as recomendações do Ministério da Saúde para acompanhar e explorar a possibilidade de viragem sorológica para HIV e as Hepatites até um ano após a exposição. Assim, tendem a não considerar as origens incubadas ou latentes dos acidentes e incidentes.

O trabalho do CDC (manual de implementação de prevenção de acidentes com perfurocortantes) explora alguns aspectos das origens latentes ou incubadas, embora escolha instrumentos fechados de coleta de dados na investigação de acidentes e incidentes o que limita a exploração de contribuições, apesar de sugerir que a investigação do acidente ou “quase acidente” possa ser acompanhada de métodos como mapas e fluxogramas de processo, diagramas espinha de peixe ou de causa e efeito etc, possam ser utilizados (RAPPARINI, *et.al.*, 2010).

As práticas das “precauções-padrão ou universais”, não possuem boa repercussão em termos de proteção se utilizadas isoladamente, pois estão centradas na mudança de comportamento e de atitudes dos indivíduos, descrevem regras específicas de precaução, mas podem ser facilmente suprimidas dependendo da gama de variabilidades apresentadas nas urgências das situações. O uso dos equipamentos de proteção (luvas, óculos, máscaras) não podem ser vistos como barreiras com boa eficácia, como por exemplo, as luvas de material fino, facilmente transpostas por material cortante.

No caso do uso de luvas, embora seja uma das precauções-padrão preconizadas pelo “*Centers for Disease Control and Prevention*” (CDC), é descrito na literatura como um dos fatores que interferem na tarefa e na

percepção tátil dos operadores, aparecendo, portanto, como obstáculo importante à adesão ao seu uso. Também há uma crença de que o uso de luvas não protegeria no caso de acidente com perfurocortante. Em casos de emergência, os relatos dos funcionários referiu o tempo insuficiente para a paramentação, o esquecimento, a falta de praticidade das precauções-padrão (PP) e dos protocolos de segurança (BREVIDELLI E CIANCIARULLO, 2009).

Se as precauções-padrão forem percebidas, não como fator de obstáculo ao bom desempenho do trabalho, mas ao contrário, a possibilidade de adesão aos procedimentos se elevaria. Eles também revelaram que o suporte organizacional e estrutural oferecido pela instituição pode ser muito favorável à adesão às PP (BREVIDELLI E CIANCIARULLO, 2009).

Nas situações em que não houve seguimento dos protocolos e precauções-padrão, alguns estudos chamaram a atenção para o fato de que, embora os profissionais tenham conhecimento sobre a possibilidade de infecção com algum patógeno e da necessidade de adesão às profilaxias pós-exposição, bem como às precauções-padrão, este conhecimento dos riscos não pareceu ser suficiente para a adoção de medidas de prevenção e de que há necessidade de constante trabalho educativo (SPRICIGO *et.al.*, 2003; SAILER *et.al.*, 2007; SILVA *et.al.*, 2010; MARZIALE *et.al.*, 2010; PAIVA *et.al.*, 2011).

Nota-se que, segundo os estudos mencionados, há uma preocupação em evidenciar o não uso de equipamentos de proteção individual, mas não são abordadas as questões referentes à sua eficiência, ou mesmo à implantação de outras medidas de prevenção que visem a identificar as variabilidades do trabalho ou a identificar as falhas no sistema de gestão de segurança.

Outro estudo sobre acidentes de trabalho, no qual a autora propõe um método de análise coletiva dos acidentes de trabalho, um dos eixos de análise revelou que “o significado e o sentido atribuídos ao trabalho” pelos trabalhadores – de prestar cuidados ao doente – revela-se importante para

compreender as escolhas que eles fazem a cada momento do trabalho, o que, em certos momentos, podem levá-los a se acidentarem, por escolherem agir com economia, mais eficiência, ou de forma mais adequada ao cuidado do outro (OSÓRIO *et al.*, 2005).

As análises de barreiras identificaram que, para o caso do acidente com perfurocortante, uma possibilidade de barreira física seria o uso de outro modelo de equipo sem o injetor lateral e que não foram usadas outras barreiras de prevenção. E, no acidente com respingo, não havia barreiras; uma possibilidade de barreira seria a inspeção prévia do paciente. Em ambos os acidentes, não havia barreiras físicas (eficazes), e as barreiras simbólicas eram frágeis, sendo que a execução das atividades dependia apenas do sucesso dos trabalhadores na execução dos procedimentos e das demais ações. O uso do EPI atuava como barreira que apenas minimizava a possibilidade de contaminação depois de eventual acidente (HOLLNAGEL, 2004; ALMEIDA, 2008).

Nas atividades dos AE/TE, os riscos e perigos mudam constantemente, de acordo com a situação do paciente. A falta de barreiras associa-se às dificuldades de acesso a tecnologias de prevenção contra riscos ou perigos biológicos. Assim, as condições de segurança são fragilizadas e, nesse sentido, as medidas de prevenção devem se basear na necessidade de adesão do trabalhador para que funcionem, por exemplo, como no caso do acidente com respingo, em que se deveria adotar como procedimento recomendado a inspeção prévia do paciente.

As mensagens ou recomendações verbais sobre não realizar procedimentos de determinada forma, também não são eficientes. As falhas ou o mau funcionamento das barreiras não podem ser consideradas causas dos acidentes, pois as barreiras ou os sistemas de barreiras existem para que sirvam de proteção contra eventos indesejáveis (HOLLNAGEL, 2004 e ALMEIDA, 2008).

A não adoção de medidas que recomendem o uso de material apropriado (equipo sem injetor, inspeção de paciente, uso de óculos ou outros EPI), visando forçar a adesão dos trabalhadores ao seu uso e ao cumprimento de recomendações, por meio de normas verbais ou escritas, evidencia falha no planejamento de segurança de prevenção e proteção.

Nestas situações, outro modelo de desenho de medidas destinadas a forçar a utilização de equipamentos e a obediência a regras, ou a checar a adesão ao seu uso, bem como seus possíveis resultados no que se refere a prevenção e proteção para evitar acidentes, poderia ser adotado. A noção de alça de controle, que se baseia nas relações entre os níveis hierárquicos e os controles de comunicação, pode contribuir com o desenho de segurança. Nessa noção, os níveis hierárquicos superiores são responsáveis pelo controle dos inferiores. Esse controle deve impor leis de comportamento (constrangimentos ou limites) aos graus de liberdade dos componentes do nível inferior. Assim, os níveis hierárquicos superiores participam do desenho dos constrangimentos, ou seja, das leis e regras de comportamento (incluem normas, meios e práticas a serem utilizados) que visam dar confiabilidade ao sistema, e, para tanto, precisam desenvolver um bom fluxo de informações dentro da organização (LEVESON, 2004 e ALMEIDA, 2006).

No caso do acidente com respingo, a AE não utilizava óculos e máscara, e, caso a EA os tivesse portando e não tenha cobrado o mesmo comportamento da AE, pode-se dizer que houve uma falha na alça de controle do sistema, pois, ao não solicitar que a AE utilizasse os EPI, ela estaria reforçando o comportamento de não uso, o que indicaria aos trabalhadores que o sistema não leva a sério suas próprias regras. O papel da chefia acima da AE e da EA, lembrando da necessidade do uso do EPI após o acidente, apenas dá à norma um “álibi” que abriria caminho para a atribuição de culpa à vítima.

Já no acidente com perfurocortante, o desenho de gestão utilizando a noção de alça de controle seria importante no que se refere à adoção de medidas de segurança como a de substituição do equipo com injetor lateral por

modelo sem injetor lateral, incluindo medidas que forcem a sua utilização e medidas de checagem dessa utilização, a fim de que os resultados obtidos em relação à prevenção possam dar visibilidade aos riscos de acidentes ou à introdução de novos riscos.

A falta de desenho de gestão de segurança adotando medidas que possam objetivar a adesão dos profissionais ao uso de regras ou ao uso de EPI, além da checagem dessa adesão, remetem ao pressuposto de que a adesão, ou não, às regras seria fruto da responsabilidade dos trabalhadores, tanto que essa ideia se fez presente nas falas das AE, ao se colocarem em situação de responsáveis e ao se culparem por “não terem prestado mais atenção” às atividades que desenvolviam no momento do acidente. Estes fatos evidenciam que a ideia de culpa da vítima se mantém presente e com força, não apenas na instituição, mas também nos indivíduos.

O que permite seguir na direção oposta à da culpa vem à tona nas análises, especialmente na do acidente com perfurocortante, que sugere a ideia de “*bypass*” previsível, na medida em que diferentes pontos convergiam para seu aparecimento, como: o equipo com injetor lateral era disponibilizado no hospital; para realizar o procedimento de limpeza, seria necessário trocar o equipo; havia a proximidade do horário de saída; havia o fator externo angustiado a AE; o paciente era agitado; a realização do procedimento sozinha; a atividade de limpeza feita pelo injetor lateral era realizada no trabalho habitual com sucesso anterior. Evidenciou-se também um comportamento dúbio das chefias em relação às supostas recomendações, havendo tolerância de práticas que se distanciam da segurança do trabalhador.

O “*bypass*” acontece quando há algum benefício para a execução do trabalho, com a minimização de custo para o trabalhador. Neste sentido, há necessidade de se avaliar como o comportamento se torna um hábito. Se equipamentos, máquinas ou procedimentos de trabalho possuírem dispositivos de segurança que não criem dificuldades ou embaraços para a realização da atividade, eles não serão driblados, mas, se os dispositivos criarem alguma

dificuldade, dependendo da necessidade e da operação, eles passarão a sofrer os “desvios”. As escolhas feitas pelos trabalhadores para a execução de suas atividades guardam relação com a história de sua inserção no grupo de pessoas ao qual estão vinculados e com os comportamentos incluídos no seu repertório individual que geralmente são aceitos e reconhecidos pelo grupo (ALMEIDA, 2008 e MEISENBACH, 2003).

As variabilidades no trabalho, já carregado de variabilidades “conhecidas em ambientes hospitalares” (intercorrências, equipos entupidos, inchaços, bolhas em pacientes etc.), e as pressões de tempo e por produção: cuidar de mais pacientes que o “recomendado”, o que se tornou prática habitual no hospital; procedimentos que deveriam ser realizados em duplas e são realizados por um só profissional; autoexigências dos profissionais para prestar o serviço com qualidade; as exigências e pressões das chefias são aspectos que se somam às origens dos acidentes.

Estas situações relatadas evidenciam que a gestão de segurança, no hospital, quando adota algum tipo de medida de proteção, segue aquela do tipo ativa (usar o EPI, cumprir a regra), como mencionado acima, criando álibis para a culpabilização e condições para a possibilidade de os mecanismos de punição do trabalhador entrarem em vigor, porém ela falha na tentativa de criar mecanismos de prevenção e proteção, principalmente, os diretamente relacionados aos riscos de contaminação por material biológico.

Outra evidência de falha da gestão de segurança e de que esta se baseia no modelo tradicional revelou-se pelo tipo de reprimenda que classifica o comportamento como faltoso e faz a recomendação de serem dadas advertências verbais ou escritas, de treinamentos e de perda do incentivo financeiro.

A abordagem sistêmica, permite olhar para um acontecimento determinado à procura de diferentes fatores que acontecem em conjunto ou se alinham em um dado momento desencadeando o acidente.

Os autores que trazem essa visão buscam incentivar a discussão sobre acidentes do trabalho fugindo do enfoque tradicional, monocausal. Neste estudo pode-se verificar que a visão tradicional dos acidentes como culpa dos trabalhadores permanece, o que ficou evidente nos relatos sobre as advertências que poderiam acontecer de modo verbal ou por escrito, nas chamadas de atenção, e nos avisos de que os acidentados seriam encaminhados para realizar novos treinamentos sobre os procedimentos em que estavam tendo dificuldade e, principalmente nas falas das acidentadas com “assumindo” uma auto-culpa sobre o que lhes havia acontecido (HOLLNAGEL, 2004, ALMEIDA e VILELA, 2010).

As adaptações feitas pelos trabalhadores durante a execução de suas atividades, frente às variabilidades, podem ser entendidas como parte da segurança real e, nesse sentido, as normas de segurança formal não têm condições de apontar os comportamentos a serem adotados em todas as situações. A contribuição da abordagem a partir da atividade ajuda a mostrar as divergências entre a adoção de comportamentos diferentes dos previstos, como sendo a causa dos acidentes, como na abordagem tradicional ou monocausal, que concebe o trabalho como algo que não muda e não sofre variações (ALMEIDA, 2004, p.277).

O modelo de gestão cognitiva dinâmica da atividade permite compreender o acidente em relação ao plano de ação desenvolvido pelo trabalhador e aos ajustes possíveis de serem realizados durante a execução da atividade, mas o seu ponto frágil consiste no fato de que o trabalhador ao sofrer as variabilidades de componentes isolados do contexto como as que estão ligadas à capacidade de detecção e interpretação de sinais podem ser afetadas por mudanças nos indivíduos associadas às variabilidades de suas características como fadiga, diminuição do estado de vigília e variabilidades cronobiológicas, o que ajuda a explicar os dois acidentes relatados. Também ajudam a explicar os acidentes, as pressões temporais e de produção, os problemas nas comunicações entre os participantes das equipes de trabalho e o surgimento de mudanças dos recursos existentes não disponibilizados como no

caso do segundo acidente (óculos guardados), e os fatores que geram estresse fragilizam a segurança e introduzem dificuldades que diminuem a compreensão, a confiança e facilitam a origem dos acidentes (ALMEIDA, 2004, p.279).

A gestão cognitiva dinâmica da atividade permite verificar que o trabalhador escolhe seu plano de ação para a realização de suas tarefas e os atualiza durante o curso da atividade, de acordo com seus conhecimentos e as habilidades que desenvolve. O plano de ação funciona como um mecanismo de segurança, com o qual procura antecipar imprevistos no decorrer de seu trabalho. Esse modelo permite compreender que os mecanismos cognitivos utilizados pelos trabalhadores servem como limites, que são usados para se adaptarem ao ambiente mesmo quando esse mecanismo não alcança seu resultado pretendido, como no acidente, embora tenha sido o mesmo mecanismo utilizado no cotidiano que lhe permitia resolver as situações de perturbação (ALMEIDA, 2004, p.281).

8. CONCLUSÃO

As análises do trabalho e dos acidentes com dois instrumentos de pesquisa diferentes (ACT e MAPA), com o objetivo de compreender as atividades de trabalho e o seu processo no hospital, bem como conhecer as causas dos acidentes de trabalho com risco de contaminação por material biológico, revelaram que as variabilidades do trabalho vão muito além das intercorrências, ou daquelas que são consideradas de conhecimento comum em ambientes hospitalares, colocando à mostra sua característica de trabalho dinâmico.

Com base nas reuniões de ACT, entrevistas e observações do MAPA, pode-se constatar/observar alguns aspectos que passarei a descrever.

Atender bem aos pacientes e seus familiares. Ponto importante, mas os AE/TE necessitam de tempo para, além de realizar as práticas dos cuidados de rotina de acordo com o estabelecido nos procedimentos, dar atenção a cada paciente revelou-se impossível nas condições atuais do trabalho no hospital.

Pressão no trabalho para cumprir as tarefas dentro dos prazos e não deixá-las para outros colegas, ou outros plantões, sob alta cobrança das chefias.

O trabalho exige vigilância constante para se lembrar dos diferentes detalhes dos procedimentos, além de se recordar detalhes de situações/condições dos pacientes, com cuidados a serem tomados ao longo da jornada de trabalho.

Mobiliário e equipamentos de várias clínicas são antigos e carecem de boa manutenção (camas com manivelas, cadeiras de rodas ruins etc.), causando sobrecarga física de trabalho. Em algumas clínicas, existem móveis e equipamentos novos.

O espaço de trabalho (posto de enfermagem), que é o local dividido com outros profissionais, na disputa pelo prontuário do paciente.

Realização de *atividades que não correspondem às atribuições específicas* dos AE/TE: maqueiro e/ou auxiliar de serviços.

São percorridas *longas distâncias* por dia dentro do hospital.

As *questões de saúde* relatadas referiram-se a problemas como dores musculares e cansaço, por andar muito, e estresse, mais do que a acidentes de trabalho.

Efetivos das equipes reduzidos em relação ao volume de atividades a serem executadas em cada jornada de trabalho, estando mesmo abaixo do recomendado pelo COREN. O *absenteísmo* recorrente agrava a situação de sobrecarga de trabalho.

Os *salários são baixos*, obrigando os profissionais ao trabalho em plantão remunerado e, em alguns casos, a outro vínculo de emprego. Os plantões remunerados ocorrem nas folgas, duplicando as jornadas de trabalho.

Falta de reconhecimento pelo trabalho e de incentivos como plano de carreiras.

O trabalho dos AE/TE possui *alta demanda de solicitação* por parte de todos os outros membros de equipes profissionais diferentes, e mesmo os da enfermagem; seu trabalho é constantemente interrompido por tarefas concorrentes, o que gera uma sobreposição de atividades; e o excesso de demanda de trabalho exige ações rápidas e repletas de responsabilidade, especialmente em intercorrências que chegam a ultrapassar as exigências descritas na função/atividade para a qual foram treinados e contratados.

As *condições de trabalho* a que estão expostos os AE/TE no exercício de suas atividades, pelos seus relatos, vão além da exposição a agentes biológicos e químicos, atingindo questões físicas como de postos de trabalho, de mobiliário (macas, falta de cadeiras, poltronas para procedimentos que deveriam ser realizados em camas etc.).

As análises dos acidentes estudados revelaram diferentes aspectos (sobrecarga de tarefas pelo excesso de pacientes; realização de procedimentos em ritmo acelerado; fatores externos que acometeram os sujeitos dos AT) concorrendo para seu acontecimento, demonstrando que os acidentes são fruto de interações complexas entre diferentes componentes do sistema.

Falta de planejamento ou desenho de gestão de segurança que leve em consideração as características do trabalho, as suas variabilidades e a natureza do objeto do trabalho (o ser humano doente), considerando a dificuldade de acesso a tecnologias que possam funcionar como barreiras de prevenção e proteção contra perigos e riscos que mudam de acordo com as condições dos pacientes.

A *gestão da segurança*, mantendo-se dependente dos mesmos recursos definidos para o trabalho habitual, e não considerando os aspectos das variabilidades, além de adotar a conduta de não analisar acidentes como os relatados, ou de concluir análises que atribuam culpa às vítimas, contribui para que sejam mantidas inalteradas as questões de segurança, até que novos acidentes aconteçam.

A *ideia de culpa da vítima* se mantém presente e com força, não apenas na instituição, mas nos indivíduos, que se “auto culpabilizam”.

Falha quanto a cumprimento das Normas Regulamentadoras de Segurança do Ministério do Trabalho, principalmente quanto à própria NR 32, de Segurança e Saúde nos Serviços de Saúde, e à NR 6.

Há momentos que exigem a aceleração do ritmo para a realização de procedimentos, em razão do tempo disponível; nestas condições, as normas, as regras de procedimentos correm o risco de não serem cumpridas ou não observadas. Daniellou et al.(2010) ao descrever o raciocínio baseado em conhecimentos revelou que o ser humano procura “mobilizar todos os seus conhecimentos (gerais e profissionais) para tentar encontrar uma solução” para uma dada situação ou problema. Assim, muitas tentativas serão realizadas o

que conduzirá o trabalhador a desenvolver uma estratégia e abandonar outra para ir adiante. Isso comporta um importante potencial criativo e permite que novas soluções sejam construídas. Porém, exige recursos cognitivos que são sensíveis às interrupções e que “não pode ser mantido durante muito tempo se o contexto muda constantemente. É um modo de raciocínio que somente funciona bem em situações calmas e sem pressão temporal imediata” (DANIELLOU *et al.*, 2010, p.43 e 44).

A falta de análise dos acidentes com risco de contaminação biológica pode ser considerada desperdício de oportunidade para sua compreensão com maior profundidade e de seu aprendizado para futuras intervenções em aspectos de prevenção e proteção.

A demanda por mais serviços de saúde é crescente, consequentemente, a necessidade de se aumentar o fornecimento destes serviços à população, o que se constatou foi a prestação de serviços de alta complexidade, com exigência de qualidade, por um número reduzido de trabalhadores para atender a uma grande demanda oriunda de diferentes partes do país.

As situações relatadas permitiram colocar em evidência a fragilidade do sistema de gestão de segurança do trabalho no hospital, o que implica no fato de que qualquer pequena mudança na situação de trabalho habitual, qualquer alteração nas rotinas pode terminar com o desfecho de um acidente.

A metodologia utilizada teve como princípio buscar a participação ativa dos integrantes do SESMT, envolvidos nas questões de desenvolvimento de programas de gestão de segurança do trabalho no hospital. Porém, embora dois técnicos tenham participado das entrevistas individuais para a análise dos acidentes, na fase posterior, ou seja, na fase propriamente dita da análise e discussão dos acidentes não contou-se com essa participação.

Neste sentido, foi preciso reformular a demanda que, inicialmente havia sido idealizada contando com a participação efetiva, em todas as etapas do M.A.P.A., da equipe do SESMT, que para tanto recebeu um curso sobre o

método. De modo que, um dos objetivos específicos do estudo, que consistia em: contribuir para a melhoria no sistema de gestão de saúde e segurança e prevenção de agravos relacionados ao trabalho, bem como, para a melhoria das condições do trabalho e de prevenção da saúde dos profissionais; não foi cumprido.

A ACT contribuiu para a compreensão do trabalho por meio da descrição feita pelos trabalhadores, enquanto o MAPA buscou analisar os acidentes a partir da compreensão do trabalho habitual, e identificar, entre outros aspectos, as variabilidades ou as mudanças que contribuíram para a perda de controle do trabalhador culminando no desfecho do acidente.

A origem da demanda, pode ser considerada outro ponto de aproximação entre os métodos. Ambos entram em cena para enfrentar problemas concretos tendo como foco principal a atividade de trabalho.

Uma melhor interação entre os métodos esbarrou em um limite que se refere à dificuldade de aplicação do M.A.P.A. O método necessita da exploração de aspectos específicos das tarefas e atividades envolvidas no acidente, que se referem ao conjunto de variabilidades das atividades, o que não foi possível fazer na ACT. Porém se faz necessário considerar a dificuldade de explorar minuciosamente tais aspectos das tarefas e atividades em razão de a ACT ter sido realizada dentro do ambiente de trabalho o que pode ter gerado receio ou medo de falar sobre alguns aspectos de seu trabalho nos profissionais participantes. Levando-se em conta que os requisitos necessários da ACT não foram plenamente cumpridos neste estudo.

Ambos os caminhos tem em comum a crítica às abordagens tradicionais, que analisam as anomalias e acidentes como decorrentes de fatores de risco isolados e descontextualizados de como se dá a atividade de trabalho. Um ponto de aproximação entre ambos pode ser entendido como a valorização do papel do trabalhador enquanto ator essencial de regulação e, portanto, da segurança e confiabilidade do sistema. A segurança passa pelo domínio do trabalhador sobre a atividade e não da ação externa de

especialistas. E pelo inverso a insegurança predomina quando o trabalhador tem dificuldade de exercer plenamente, em decorrência de anomalias e contradições no sistema de atividade em que estão inseridos.

Por fim, o caminho a ser trilhado pelo hospital para minimizar os problemas com acidentes com perfurocortante passa pela compreensão das atividades de trabalho e de suas variabilidades e então redesenhar coletivamente com os atores envolvidos um sistema produtivo mais equilibrado que elimine ou minimize as contradições que estão por trás destes eventos.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, I. M. **Modelo de Análise e Prevenção de Acidentes de Trabalho – M.A.P.A.** – Ildeberto Muniz Almeida e Rodolfo A.G. Vilela; Alessandro J. Nunes da Silva [et.al.], (colab.) – Piracicaba: CEREST, 2010.

ALMEIDA, I. M. Trajetória da análise de acidentes: o paradigma tradicional e os primórdios da ampliação da análise. **Interface, Comunic., Saúde, Educ.**, v.9, n.18, p.185-202, jan/jun 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v10n19/a13v1019.pdf>. Acesso em: 24 fev. 2012.

ALMEIDA, I. M. Análise de barreiras e o modelo de ressonância funcional de acidentes de Erik Hollnagel. **Rev. Bras. Saúde Ocup.**, São Paulo, 33 (118): 17-31, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbso/v33n118/03.pdf>. Acesso em: 24 fev. 2012.

ALMEIDA, I. M. Comentários sobre o texto de Jürguen Meisenbach: “Acidentes envolvendo máquinas com dispositivos de proteção: erro do usuário ou erro de concepção?”. 2008. Disponível em: <http://www.moodle.fmb.unesp.br/mod/resource/view.php?inpopup=true&id=2592>. Acesso em: 19 set. 2013.

ALMEIDA, I. M. **Análise de acidentes do trabalho como ferramenta auxiliar do trabalho de auditores fiscais do ministério do trabalho e emprego: Contribuições para a definição de orientações sobre a análise de acidentes conduzida por auditores fiscais.** Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Disponível em: <http://www.mtb.gov.br/Temas/SegSau/analise/Conteudo/873.pdf>. Acesso em: 10 mai. 2013

ALMEIDA, I. M. A Gestão Cognitiva da Atividade e a Análise de Acidentes do Trabalho. **Rev. Bras. Med. Trab., Belo Horizonte** • Vol. 2 • No 4 • p. 275-282 • out-dez • 2004 • Disponível em: http://www.moodle.fmb.unesp.br/file.php?file=%2F52%2FMultiplicadores_Pir_a%2FA_Gestao_Cognitiva_da_Atividade.pdf. Acesso em: 24 fev. 2013.

ASSUNÇÃO, A.A., Uma contribuição ao debate sobre as relações saúde e trabalho. **Ciência e Saúde Coletiva**, 8(4):10005-1018, 2003. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n4/a22v8n4.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2013.

ASSUNÇÃO, A.A., JACKSON FILHO, J.M. Transformações do trabalho no setor de saúde e condições para cuidar. In: **Trabalhar na Saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego**. Organizado por Ada Ávila Assunção e Jussara Brito. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. 216 p.

ASSUNÇÃO, A.A., TAVARES, I.R., SERRA, P.J. Natureza e condições atuais do trabalho em saúde: o que diz a literatura sobre o adoecimento dos trabalhadores?. In: **Panorama da Saúde dos Trabalhadores da Saúde**. Jorge Mesquita H. Machado, Ada A. Assunção (organização). Belo Horizonte:UFMG. Faculdade de Medicina, 2012.

BINDER, M.C.P., MONTEAU,M., ALMEIDA,I.M. **Árvore de Causas. Método de investigação de acidentes de trabalho**. Tradução Maria Cecília P. Binder e Ildeberto M. de Almeida. São Paulo: Publiser Editora. 1995. p.144.

BRASIL. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26/6/1986. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7498.htm>. Acesso em: 12 mar. 2013.

BRASIL. Decreto nº 94.406, de 8 de junho de 1987. Dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 9/6/1987. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7498.htm>. Acesso 12 mar. 2013.

BRASIL, Lei n. 9.431, 06 de janeiro de 1997. Dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção de programa de controle de infecções hospitalares pelos hospitais do País. **Diário Oficial União**, Brasília/DF 7.1.1997. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9431.htm Acesso em: 16 set.2013.

BREVIDELLI, M.M, CIANCIARULLO, T.I. Fatores psicossociais e organizacionais na adesão às precauções – padrão. **Revista de Saúde Pública**, vol.43, nº6. São Paulo: dec.2009,907-16. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000600001. Acesso em: 06 jan.2012.

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO ACIDENTES DE TRABALHO COM EXPOSIÇÃO POTENCIAL A MATERIAL BIOLÓGICO – Informe do Centro Colaborador UFBA/ISC/PISAT – MS/DSAST/CGSAT. Outubro /2011. Edição nº 3, ano I. Disponível em: [http://www.fundacentro.gov.br/dominios/ESTATISTICA/anexos/CCVISAT_UFBAboletim_3%20\(2\).pdf](http://www.fundacentro.gov.br/dominios/ESTATISTICA/anexos/CCVISAT_UFBAboletim_3%20(2).pdf). Acesso em:15 jan.2012.

CIORLIA, L.A.S. e ZANETTA, D.M.T. Significado epidemiológico dos acidentes de trabalho com material biológico: hepatites B e C em profissionais da saúde. **Rev. Bras. Med. Trab., Belo Horizonte** • Vol. 2 • No 3 • p. 191-199 • jul-set • 2004. Disponível em:

<http://www.higieneocupacional.com.br/download/acid-biol-zanetta.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2013.

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 358 de 15 de outubro de 2009. **Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do processo de enfermagem em ambientes públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem.** Disponível em: http://novo.portalcofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html. Acesso em: 10 abr. 2013.

COREN/SP – Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. **Manual de anotações de enfermagem.** 2009. Disponível em: <http://www.portaldafenfermagem.com.br/downloads/manual-anotacoes-de-enfermagem-coren-sp.pdf>. Acesso: 20 fev. 2013.

DANIELLOU, F., SIMARD, M. E BOISSIÈRES, I. Fatores Humanos e Organizacionais da Segurança Industrial: um estado da arte. Número 2013-07 dos Cadernos da Segurança Industriakl, ICI, Toulouse, França. 2010. Disponível em: <http://www.icsi-eu.org>. Acesso em: 11/10/2013.

FERREIRA, L.L. Análise Coletiva do Trabalho. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, Vol.21, Nº78, p. 7-19, abril/maio/junho. 1993.

FERREIRA, L.L. IGUTI, A. M. O trabalho dos petroleiros: perigoso, complexo, contínuo e coletivo. **FUNDACENTRO**, 1994, 135p.

FERREIRA L.L., BUSSACOS M.A., SCHITHLER C.R.B., MACIEL R.H., MIYASHITA R., 1998, Voando com os pilotos: condições de trabalho dos pilotos de uma empresa de aviação comercial. São Paulo, **APVAR**, 2º edição.

FERREIRA L.L., GONZAGA M.C., DONATELLI S. e BUSSACOS M.A. Análise coletiva do trabalho de cortadores de cana da região de Araraquara, São Paulo, **FUNDACENTRO**, 2º edição, 1998.

FERREIRA L.L., DONATELLI S. e REIS, F.A.JR. Análise coletiva do trabalho de pescadores mergulhadores de lagosta brasileiros. **FUNDACENTRO e Delegacia Regional do Trabalho do RN**, 2003.

FERREIRA, L.L. A Psicodinâmica do Trabalho e a Análise Coletiva do Trabalho. **Revue Travailler**, Ed. Martin Media, França, nº 25, p. 97-118 , 2011.

FERREIRA, A.B. H. Novo Dicionário Eletrônico Aurélio versão 5.11a. **O Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa**. Corresponde à 3ª. edição, 1ª. impressão da Editora Positivo, revista e atualizada do Aurélio Século XXI, O Dicionário da Língua Portuguesa. Regis Ltda 2004.

FLICK, U. **Desenho da pesquisa qualitativa**. Tradução: Roberto C. Costa. Porto Alegre/RS: Artmed, 2009.

GONÇALVES, M.B.L. e FISCHER, F.M. Condições de trabalho de auxiliares de enfermagem de um instituto de ortopedia e traumatologia de um hospital público de São Paulo. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**. São Paulo.vol.7., pp.51-65. 2004.

GUÉRIN, F. et al. **Compreender o trabalho para transformá-lo: a prática da ergonomia**. Tradução Giliane M.J. Ingratta e Marcos Maffei. São Paulo: Edgard Blücher: Fundação Vanzolini. 2001. 201 p.

HOLLNAGEL, E. **Modelos de Acidentes e Análises de Acidentes**. Texto de tradução livre feita por Ildeberto Muiniz de Almeida. Depto. Saúde Pública da FMB-Unesp, com autorização do autor. Disponível em: <http://www.ida.liu.se/~eriho>, 2004.

HOLLNAGEL, E. Risk + barriers = safety? **Safety Science** 46 (2008) 221–229. Disponível em: www.elsevier.com/locate/ssci. Acesso em 20 mai.2013.

KON, N.M., SOLTOSKI F., REQUE, M.J., LOZOVEY, J.C.A. Acidentes de trabalho com material biológico em uma Unidade Sentinela: casuística de 2.683 casos. **Rev Bras Med Trab.**;São Paulo: vol.9(1):33-8; 2011.

DE LA GARZA, C. E FADIER, E. Segurança e prevenção: referências jurídicas e ergonômicas. In: Falzon, P. (organizador). **Ergonomia**. Tradução Giliane M.J. Ingratta, Marcos Maffei [et al.]. São Paulo: Edgard Blücher. 2007.

LANCMAN, S. et al. Violência no trabalho e saúde mental em um serviço de pronto atendimento hospitalar. In: **Trabalhar na Saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego**. Organizado por Ada Ávila Assunção e Jussara Brito. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. 216 p.

LEPLAT, J.; HOC, J-M. Tarefa e actividade na Análise Psicológica de Situações. In: CASTILLO, J.J.; VILLENA, J. (Orgs.) **Ergonomia: Conceitos e Métodos**. Lisboa/Portugal: Dinalivro, 2005. p.197-211.

LEVESON, N. A New Accident Model for Engineering Safer Systems. v.42,p.237-270,2004.Disponível:
<http://sunnyday.mit.edu/accidents/safetyscience-single.pdf>.Acesso: 19 set.2013.

LIMA. F.P.A. Norma e atividade humana: modelos dinâmicos da prescrição e historicidade das situações de trabalho. **Publicado em Trabalho e abordagem pluridisciplinar: estudos Brasil, França e Argentina**.

DIEESE/CESIT (orgs.). São Paulo e Campinas: 2005p.51-68. Disponível em: http://www.moodle.fmb.unesp.br/file.php?file=%2F52%2FMultiplicadores_Pir_a%2FNorma_e_Atividade_Humana.pdf. Acesso em 20 mai.2013.

LLORY, M. **Acidentes Industriais o Custo do Silêncio.** Rio de Janeiro: MultiMais; 1999.

MACHADO, A.A. **Fatores relacionados à adesão em trabalhadores da área da saúde que sofreram acidente com material biológico.** Tese (Livre-Docente) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Depto. De Clínica Médica, Ribeirão Preto/SP, 2006. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/livredocencia/17/tde-04052007-065216/pt-br.php>. Acesso em: 13 set.2011.

MACHADO M.R.M., MACHADO F.A. Acidentes com material biológico em trabalhadores de enfermagem do Hospital Geral de Palmas (TO). **Rev. Bras. Saúde Ocup.**, São Paulo, 36 (124): 274-281, 2011. Disponível em: <http://www.fundacentro.gov.br/rbso/BancoAnexos/RBSO%20124%20Acidentes%20material%20biológico%20%20-%20enfermagem%20HGP.pdf>. Acesso: 10 jan.2012.

MARZIALE, M. H. P. e RODRIGUES, C. M. A produção científica sobre os acidentes de trabalho com material perfurocortante entre trabalhadores de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, 2002: julho-agosto; 10(4):571-7. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692002000400015. Acesso em: 26out.2011.

MARZIALE, M. H. P., SILVA, E.J.; HAAS, V.J. e ROBAZZI, M.L.C.C. Acidentes com material biológico em hospital da Rede de Prevenção de Acidentes do Trabalho – REPAT. **Revista Brasileira de Saúde**

Ocupacional, São Paulo, 32(115): 109-119, 2007. Disponível em: <http://www.fundacentro.gov.br/rbso/BancoAnexos/RBSO%20115%20Acidente%20com%20material%20biologico.pdf>. Acesso em: 26 out.2011.

MEIßNER, A., et al. Nurses' perception of shift handovers in Europe – results from the European Nurses' Early Exit Study. **Journal of advanced Nursing**, 57:535-542, 2007. Disponível em: http://www.researchgate.net/publication/6520999_Nurses'_perception_of_shift_handovers_in_Europe_results_from_the_European_Nurses'_Early_Exit_Study. Acesso em: 10 mai.2013.

MEISENBACH, J. Acidentes envolvendo máquinas com dispositivos de proteção: erro do usuário ou erro de concepção? 2003. Tradução de Ildeberto Muniz de Almeida. Disponível em: <http://www.moodle.fmb.unesp.br/mod/resource/view.php?inpopup=true&id=2592>. Acesso em: 19 set.2013.

MENZIES, I. E. P.. A Case-Study in the Functioning of Social Systems as a Defence against Anxiety: A Report on a Study of the Nursing Service of a General Hospital. **Human Relations** 1960 13: 95. Disponível em: <http://hum.sagepub.com/content/13/2/95.full.pdf+html>. Acesso em: 16 jul.2013.

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL. **Anuário Estatístico da Previdência Social – AEPS**, Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social–Brasília: MPS/DATAPREV, seção IV - Acidente do trabalho – tabela 31.4, 2010. Disponível em: http://www.mpas.gov.br/arquivos/office/3_111202-105619-646.pdf. Acesso em: 15 dez.2011.

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA. Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Brasília/DF. **DOU de 25.7.91** e Republicada em 11.4.96 e 14.8.98. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8213cons.htm. Acesso em 20 mai.2013.

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL/Aeps. [Base de dados históricos de acidentes do trabalho] **Estatísticas de Acidentes do Trabalho**. Brasília. Disponível em: <<http://www3.dataprev.gov.br/aeat/>>. Acesso em: 10 abr.2013.

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO. Portarias MTE/GM nº 485, de 11 de novembro de 2005 (DOU, 16/11/05); nº 939, de 18 de novembro de 2008 (DOU, 19/11/08) e; nº 1.748, de 30 de agosto de 2011 (DOU, 31/09/11). Aprova a Norma Regulamentadora n.32 (Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde). Disponível em: <http://portal.mte.gov.br/legislacao/normas-regulamentadoras-1.htm>. Acesso em: 14 fev.2012.

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO. Portaria/GM N.º 1.748, de 30 de agosto de 2011. Publicada **Diário Oficial da União**, Brasília, DF de 31/08/2011 - Seção 1 - Pág. 143. <http://portal.mte.gov.br/data/files/8A7C816A31F92E65013224E36698767F/p_20110830_1748%20.pdf>Acesso em: 22 abr. 2013.

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO. NR 32 - Segurança E Saúde No Trabalho Em Serviços De Saúde. Portaria GM n.º 485, de 11 de novembro de 2005. **Publicação D.O.U. 16/11/05**. Disponível em: [http://portal.mte.gov.br/data/files/8A7C812D36A280000138812EAFCE19E1/NR-32%20\(atualizada%202011\).pdf](http://portal.mte.gov.br/data/files/8A7C812D36A280000138812EAFCE19E1/NR-32%20(atualizada%202011).pdf). Acesso em: 06 jun.2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Exposição a materiais biológicos**. - Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.– (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Saúde do Trabalhador; 3. Protocolos de Complexidade Diferenciada). Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/dire_trabalho_agentes_biol_3ed.pdf. Acesso em 8 abr.2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Notificação de acidentes do trabalho fatais, graves e com crianças e adolescentes** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 32 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Saúde do Trabalhador; 2. Protocolos de Complexidade Diferenciada). Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/dire_trabalho_agentes_biol_3ed.pdf. Acesso em 8 abr.2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Diretrizes gerais para o trabalho em contenção com agentes biológicos** / Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. – 3. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010. Manual de Diretrizes Gerais para o Trabalho em Contenção com Agentes Biológicos. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/dire_trabalho_agentes_biol_3ed.pdf. Acesso em 8 abr.2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011. Dispõe sobre a definição das terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em

saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26/01/2011. p. 37. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1146. Acesso em: 20 mai.2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção a Saúde. Portaria nº375, de 10 de novembro de 2009. Dispõe roteiro para elaboração de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 11/11/2009 p.60. <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=35490> Acesso em: 10 abr.2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Exposição a materiais biológicos**. - Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.– (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Saúde do Trabalhador; 3. Protocolos de Complexidade Diferenciada). Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/dire_trabalho_agentes_biol_3ed.pdf. Acesso em 8 abr.2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. Portaria n. 2.616, de 12 de maio de 1998. Dispõe sobre regulamentação das ações de controle de infecção hospitalar no país. **Diário Oficial União**, Brasília/DF. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/portal/anvisa/home>. Acesso em: 16 set.2013.

NEBOIT, M. abordagem dos fatores humanos na prevenção de riscos do trabalho. In: Almeida, I.M. **Caminhos da análise de acidentes do trabalho**. Brasília: MTE, SIT. 2003. Disponível em: <http://www.trabalho.gov.br>. Acesso em: 20 mai.2013.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. Emerging risks and new patterns of prevention in a changing world of work. Ginebra, 2010. Disponível em: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms_123653.pdf. Acesso em: 12 mai.2011.

OSÓRIO, C., MACHADO, J. M. H., MINAYO-GOMEZ, C. Proposição de um método de análise coletiva dos acidentes de trabalho no hospital. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 21(2):517-524, mar-abr, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n2/18.pdf>. Acesso em: 27 fev.2012.

OSÓRIO, C. Trabalho no hospital: ritmos frenéticos, rotinas entediantes. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, 2006, vol.9, n.1, PP.15-32. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/cpst/article/view/25881/27613>. Acesso em: 3mai.2013.

OSÓRIO, C. et.al. O trabalho cotidiano em hospitais: o ponto de vista da atividade de enfermagem. In: **Trabalhar na Saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego**. Organizado por Ada Ávila Assunção e Jussara Brito. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. 216 p.2011

PAIVA, M.H.R.S., OLIVEIRA, A.C. Fatores determinantes e condutas pós-acidente com material biológico entre profissionais do atendimento pré-hospitalar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, mar-abr, 64(2):268-73, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000200008. Acesso em: 17 nov.2011.

PANDAGGIS, L. R. Uma leitura da árvore de causas no atendimento de demanda do Poder Judiciário: um fluxograma de antecedentes / L.R. Pandaggis. – ed.rev. -- São Paulo, 2003. 151p.

RAPPARINI, C. **Manual de implementação : programa de prevenção de acidentes com materiais perfurocortantes em serviços de saúde** / Cristiane Rapparini ; Érica Lui Reinhardt. - São Paulo : Fundacentro, 2010. 161 p. ; 30 cm. adaptado de “Workbook for designing, implementing, and evaluating a sharps injury prevention program” - Centers for Disease Control and Prevention, 2008.

SÊCCO, I.A.O., GUTIERREZ, P.R.; MATSUO, T.; ROBAZZI, M.L.C.C. A equipe de enfermagem de Hospital Escola Público e os acidentes de trabalho com material biológico. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**. Londrina, v.24, p. 21-36. jan/dez. 2003. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminabio/article/view/3654>. Acesso em: 17 nov.2011.

SCHMIDT, M.L.G. Algumas reflexões sobre a influência de aspectos de organização do trabalho na gênese de um acidente de trabalho. *Psicol. Am. Lat.* N.7. México. Ago.2006. Disponível em <http://www.ergonomianotrabalho.com.br/artigos/refleorg.pdf>. Acesso em: 23 mai.2013.

SENA, R.R. et al. Healthcare at work: implications for nurse training. **Interface - Comunic.,Saúde, Educ.**, v.12, n.24, p.23-34, jan./mar. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832008000100003&script=sci_abstract&tlng=pt Acesso em: 2 mai.2013.

SILVA, T.R., ROCHA,S.A., AYRES, J.A., JULIANI, C.M.C.M. Acidente com material perfurocortante entre profissionais de enfermagem de

um hospital universitário. **Revista Gaucha de Enfermagem**, Porto Alegre:RS, dez;31(4):615-22, 2010. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/14705>. Acesso em: 17 nov.2011.

SILVA, F.J.C.P., SANTOS, P.S.F., REIS, F.P., LIMA, S.O. Estado vacinal e conhecimento dos profissionais de saúde sobre hepatite B em um hospital público do nordeste brasileiro. **Rev. Bras. Saúde Ocup.**, São Paulo, 36 (124): 258-264, 2011. Disponível em: <http://www.fundacentro.gov.br/rbso/BancoAnexos/RBSO%20124%20Estado%20vacinal%20trab%20saúde%20hepatite%20B.pdf>. Acesso: 10 jan.2012.

SILVA, A.I.D., MACHADO, J.M.H., SANTOS, E.G.O.B., MARZIALE, M.H.P., Acidentes com material biológico relacionados ao trabalho: análise de uma abordagem Institucional. **Rev. Bras. Saúde Ocup.**, São Paulo, 36 (124): 265-273, 2011. Disponível em: <http://www.fundacentro.gov.br/rbso/BancoAnexos/RBSO%20124%20Acidentes%20material%20biológico%20-%20abordagem%20institucional.pdf> Acesso em: 10 jan.2012.

SCHEFFER, M.; BIANCARELLI, A. E CASSENOTE, A. **Demografia Médica no Brasil: dados gerais e descrições de desigualdades**. Coordenação Mário Scheffer; Aureliano Biancarelli e Alex Cassenote. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado d São Paulo e Conselho Federal de Medicina, 2011. 117p. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/pdfs/demografia_2_dezembro.pdf. Acesso em: 18 jan.2012.

SPRICIGO, L., MADUREIRA, V. S. F. Conhecimento da equipe de enfermagem sobre o risco ocupacional de infecção pelo HIV. **Ciência Cuidado e Saúde**. Artigo de Revisão. Maringá, v.2, n.1, p.57-65, jan/jun.2003.

Disponível em: http://www.den.uem.br/v2n1p/010_resumo.htm. Acesso em: 17 nov.2011.

VILELA, R. A.G. Teoria da culpa: a convivência de um modelo para perpetuar a impunidade na investigação das causas dos AT. XXIII encontro Nac. de Eng. de Produção – Ouro Preto, MG, Brasil, out.2003. Disponível em : http://www.abepro.org.br/biblioteca/ENEGEP2003_TR0408_1745.pdf. Acesso em: 20mai.2013.

VILELA, R. A.G., IGUTI, A.M., ALMEIDA. I.M. Culpa da vítima: um modelo para perpetuar a impunidade nos acidentes do trabalho. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(2):570-579, mar-abr, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n2/26.pdf>. Acesso em: 20mai.2013.

VILELA, R. A.G. **Da vigilância para a prevenção: contribuição da ergonomia da atividade no aprimoramento do Sistema de Vigilância de Acidentes de Trabalho SIVAT – Piracicaba**. Tese de Livre-Docência, Dpto. Saúde ambiental – FSP/USP. Especialidade Ergonomia e Organização do Trabalho. São Paulo, 2010.

THIOLLENT, M. Metodologia da pesquisa-ação. 14.ed.aum. São Paulo:Cortez, 2005.

WISNER, A. **Antropotecnologia, ferramenta ou engodo?** Ação Ergonômica – Revista da Associação Brasileira de Ergonomia, Vol. I, nº 0, 07-35, 1999.

WISNER, A. A inteligência no trabalho: influência das condições culturais e técnicas. In: **A Inteligência no Trabalho: Textos selecionados de ergonomia**. São Paulo: convênio Fundacentro e Editora Unesp, 1994.

Homepage/Website

BRASIL. Ministério da Saúde. Informações de Saúde. DATASUS. 2011. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/cadernosmap.htm>. Acesso em 05 nov. 2011 e 9 mai.2013.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Disponível em: <http://www.cdc.gov/>. Acesso em: 11 jan. 2012 e 10 abr.2013.

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA USP. Disponível em: <http://www.hcnet.usp.br/index.htm>. Acesso em: 13 jan.de 2012.

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA USP. Edital: HCFMUSP nº. 134/2012-CCP e HCFMUSP nº. 17/2013-CCP (HCUSP, 2013). Disponível em: http://www.hc.fm.usp.br/index.php?option=com_content&view=featured&Itemid=101. Acesso em: 25 abr. 2013.

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA USP. Disponível em:<http://www.hcnet.usp.br/adm/superintendencia/relatorios/pdf/perfil.pdf>. Acesso em: 13 jan. 2012.

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Núcleo de Gestão de Pessoas. Serviço de assistência Médica e Social ao Servidor. Atendimento Médico ao Servidor. **Perfil de saúde dos funcionários do Hospital das Clínicas da USP.** São

Paulo: HCFMUSP, 2010. p. 70. Disponível em:
<WWW.hcnet.usp.br/publicacoes/>. Acesso: 10 abr.2013.

REDE DE PREVENÇÃO EM ACIDENTES DE TRABALHO COM
MATERIAL BIOLÓGICO EM HOSPITAIS BRASILEIROS USP. Disponível
em: <http://repat.eerp.usp.br/estrategia/index.php>. Acesso em 12 jan.de 2012.

RISCOBIOLÓGICO.ORG. Disponível em:
<http://www.riscobiologico.org/>. Acesso em: 11 jan. 2012.

SÃO PAULO (Estado). Lei Complementar nº1.131, de 27 de dezembro
de 2010. Disponível em: [http://www.al.sp.gov.br/norma?tipo=Lei
complementar&numero=1160&ano=2011](http://www.al.sp.gov.br/norma?tipo=Lei%20complementar&numero=1160&ano=2011). Acesso em: 07 mai. 2013.

WHO-World Health Organization. World Health Statistics. **Report**.
Geneva, 2012 e 2013. Disponível em:
[http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS2012_F
ull.pdf](http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS2012_Full.pdf). e
[http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS2013_F
ull.pdf](http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS2013_Full.pdf) Acessos em: 17 nov.2011 e 18 jan. 2013.

10- ANEXOS

ANEXO I

Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública
Av. Dr. Arnaldo, 715 – CEP 01246-904 – São Paulo – Brasil

TERMO DE RESPONSABILIDADE

O Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário(a) a participar da pesquisa: Análise do trabalho e dos acidentes com material biológico em hospital universitário.

Este projeto tem o objetivo de conhecer a realidade de trabalho dos Profissionais de Saúde que atuam no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP e se justifica por ser o assunto duplamente relevante para a saúde pública: pela sua magnitude epidemiológica alcançando importante segmento da classe trabalhadora que, por outro lado, desempenha papel estratégico no cuidado da saúde da população.

O método a ser utilizado consiste em reunião de dois pesquisadores com um grupo de trabalhadores acerca do acima referido. Ressaltamos que o método preconiza que os participantes não se identifiquem. Em havendo consentimento, grava-se a discussão em áudio e seu conteúdo será mantido sob sigilo profissional e utilizado apenas para finalidades acadêmicas, tendo como produto final a redação de dissertação e artigo científico. Informamos ainda que o projeto de pesquisa em questão foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, bem como pelo Comitê Nacional de Ética em Pesquisa, do Ministério da Saúde.

Os pesquisadores encontram-se à disposição para quaisquer esclarecimentos que se façam necessários e que o (a) participante pode, a qualquer momento, deixar de participar do estudo.

Testemunha 1: Kleber dos Santos

Assinatura: _____

Testemunha 2: Manoela Lopes

Assinatura: _____

Pesquisadora Sandra Donatelli -Telefone: 3061 – 7120

Orientador: Prof. Dr. Rodolfo Andrade de Gouveia Vilela
Telefone: 3061-7120

ANEXO II

Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública
Av. Dr. Arnaldo, 715 – CEP 01246-904 – São Paulo – Brasil

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr. (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa, como voluntário(a):
Análise do trabalho e dos acidentes com material biológico em hospital universitário.

Este projeto tem o objetivo de conhecer a realidade de trabalho dos Profissionais de Saúde que atuam no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP e se justifica por ser o assunto duplamente relevante para a saúde pública: pela sua magnitude epidemiológica alcançando importante segmento da classe trabalhadora e, por outro lado, desempenha papel estratégico no cuidado da saúde da população.

O método de análise a ser utilizado consiste em levantamento de informações que antecederam a ocorrência do acidente de trabalho com vistas a colher informações no sentido de compreender os eventos ocorridos a fim de realizar intervenções no processo de trabalho e evitar novas situações acidentogênicas.

Informamos ainda que o projeto de pesquisa em questão foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, pelo parecer nº 107.535 e, pelo Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, parecer nº 103.512, instituição coparticipante.

Os pesquisadores encontram-se à disposição, para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários e, o (a) participante pode, a qualquer momento, deixar de participar do estudo.

I – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA**1. Dados de Identificação**

Nome do entrevistado:.....
Documento de Identidade Nº :..... Sexo: ( ) M ( ) F
Data de Nascimento:...../...../.....
Endereço:..... Nº:..... Apto:.....
Bairro:..... Cidade:.....
CEP:..... Telefone:.....

II – DADOS SOBRE A PESQUISA

1. Título do Protocolo de Pesquisa: Análise do trabalho e dos acidentes com material biológico em hospital universitário.

Pesquisador: Sandra Donatelli

2. Avaliação de Risco da Pesquisa

A execução do projeto oferece riscos mínimos para os participantes. Para controlar e minimizar esses riscos, a pesquisadora garante o anonimato dos participantes,

sigilo das informações relacionadas à privacidade e a participação voluntária podendo deixar de participar da pesquisa em qualquer etapa.

A pesquisadora estará a sua disposição para qualquer esclarecimento e assistência que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa no telefone (11) 3061-7120, e-mail: donatellisd@usp.com.br

3. Justificativa e os objetivos da pesquisa:

Compreender os aspectos e o processo de trabalho que são determinantes para a ocorrência dos acidentes de trabalho com material biológico no Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, em unidade de enfermagem a ser definida conjuntamente com o SESMT e com a Chefia de Enfermagem.

Contribuir com o SESMT do HCFMUSP para a melhoria no sistema de gestão de saúde e segurança e prevenção de agravos relacionados ao trabalho, bem como, para a melhoria das condições do trabalho e de prevenção da saúde dos profissionais.

4. Procedimentos que serão utilizados e propósitos; incluindo a identificação dos procedimentos que são experimentais:

O método a ser utilizado é o do Modelo de Análise e Prevenção de Acidentes de Trabalho – M.A.P.A. é aplicado após a ocorrência do Acidente de Trabalho e tem como finalidade compreender os eventos ocorridos e intervir sobre seus determinantes de modo a evitar novas ocorrências. A sua aplicação requer uma investigação minuciosa que compreende a coleta de informações com os trabalhadores e a equipe, a análise de documentos, a análise e observação do processo de trabalho, após a ocorrência do acidente.

5. Benefícios que poderão ser obtidos para o sujeito da pesquisa e/ou coletividade:

O conhecimento a ser gerado visa a compreensão das situações de trabalho no sentido de propor melhorias labor ambientais e construir e implementar ferramentas de prevenção e minimização dos acidentes de trabalho em locais de trabalho como hospitais e similares. Embasar a construção de instrumento epidemiológico a ser usado na organização para verificar a associação dos acidentes com Material Biológico e fatores organizacionais (projeto de doutorado de Kleber dos Santos).

III – ESCLARECIMENTOS DADOS PELO PESQUISADOR SOBRE GARANTIAS DO SUJEITO DA PESQUISA

1. Receber resposta a qualquer pergunta e esclarecimento sobre os procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados à pesquisa;
2. Liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e de deixar de participar do estudo;
3. Salvaguarda da confidencialidade, sigilo e privacidade;
4. Procurar esclarecimentos com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, no telefone 11 3061-7779 ou Av. Dr. Arnaldo, 715 – Cerqueira César, São Paulo - SP, em caso de dúvidas ou notificação de acontecimentos não previstos.

IV – INFORMAÇÕES DE NOMES, ENDEREÇOS E TELEFONES DOS RESPONSÁVEIS PELO ACOMPANHAMENTO DA PESQUISA PARA CONTATO

Nome: Sandra Donatelli.....Telefone: 11- 30.61.71.20

Nome: Prof. Dr. Rodolfo A. G. Vilela.....Telefone: 11- 30.61.71.20

Endereço: Av. Dr. Arnaldo 715 - Saúde do Trabalhador, 2º andar.

Bairro: Cerqueira César.....Cidade: São Paulo..... CEP: 01246-904 .....

V – CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar da presente Pesquisa.

São Paulo, _____ de _____ de _____.

_____
Assinatura do sujeito de pesquisa

_____
Assinatura do pesquisador

ANEXO III

Currículo do Sistema de Currículos Lattes (Rodolfo Andrade de Gouveia Vilela)

Página 1 de 20

Rodolfo Andrade de Gouveia Vilela

Bolsista de Produtividade Desen. Tec. e Extensão Inovadora do CNPq - Nível 2

Graduado em Engenharia Mecânica pela Universidade de São Paulo (1977), especialista em Engenharia de Segurança do Trabalho pela FAAP/SP, Especialista em Ergonomia pela UNIMEP convênio com a UFMG (2006); mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (1998) e doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (2002). Professor Livre Docente em Regime de Dedicação Integral à Docência e Pesquisa (RODIP); é orientador de Mestrado e doutorado junto ao Programa de Pós Graduação em Saúde Pública na Faculdade de Saúde Pública da USP/ SP capital - Departamento de Saúde Ambiental. Atua na área de Ergonomia, Segurança e Saúde do Trabalhador. Tem experiência em pesquisa, ensino e políticas públicas na área de saúde do trabalhador, análise e prevenção de acidentes, outros riscos relacionados ao trabalho e riscos tecnológicos. É pesquisador com bolsa de produtividade em Desenvolvimento Tecnológico e extensão inovadora CNPQ.
(Texto informado pelo autor)

Última atualização do currículo em 15/02/2012

Endereço para acessar este CV:

<http://lattes.cnpq.br/6199225097962856> **Dados pessoais**

Nome Rodolfo Andrade de Gouveia Vilela
Nome em citações bibliográficas VILELA, R. A. G.; Vilela, Rodolfo Andrade Gouveia; Vilela, Rodolfo Andrade de Gouveia
Sexo Masculino
Endereço profissional Universidade de São Paulo,
Dr. Arnaldo, 715 - Capital - SP
Cerroqueira Cesar
01246-904 - Sao Paulo, SP - Brasil
Telefone: (11) 30823842
URL da Homepage: www.fsp.usp.br/

Formação acadêmica/Titulação

- 2010** Livre-docência.
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
Título: Da Vigilância para a Prevenção: Contribuição da Ergonomia da Atividade no Aprimoramento do Sistema de Vigilância de Acidentes de Trabalho SIVAT - Piracicaba, *Ano de obtenção:* 2010.
Palavras-chave: Prevenção de acidentes; análise ergonômica do trabalho; Saúde do trabalhador; Vigilância em saúde do trabalhador.
Grande área: Ciências da Saúde / *Área:* Saúde Coletiva.
Grande área: Engenharias / *Área:* Engenharia de Produção / *Subárea:* Ergonomia.
Setores de atividade: Administração pública, defesa e seguridade social; Saúde humana e serviços sociais.
- 1998 - 2002** Doutorado em Saúde Coletiva.
Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP, Brasil.
Título: Desafios da Vigilância e da Prevenção de Acidentes do Trabalho: A experiência do Programa de Saúde do Trabalhador de Piracicaba; Construindo Prevenção e Desvelando a Impunidade, *Ano de Obtenção:* 2002.
Orientador: Aparecida Mari Iguti.
Palavras-chave: Prevenção de acidentes; Saúde do trabalhador; Investigação; Responsabilidade Civil; RELAÇÕES DE TRABALHO; SEGURANÇA DO TRABALHO.
Grande área: Ciências da Saúde / *Área:* Saúde Coletiva.
Grande área: Engenharias / *Área:* Engenharia de Produção.
Grande área: Engenharias / *Área:* Engenharia de Produção / *Subárea:* Engenharia de Segurança do Trabalho.
Setores de atividade: Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde; Serviços Coletivos Prestados Pela Administração Pública Na Esfera da Seguridade Social; Atividades de Assessoria e Consultoria Às Empresas.
- 1996 - 1998** Mestrado em Saúde Coletiva.
Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP, Brasil.
Título: NEGOCIAÇÃO COLETIVA E PARTICIPAÇÃO NA PREVENÇÃO DE ACIDENTES DE TRABALHO, *Ano de Obtenção:* 1998.
Orientador: APARECIDA MARI IGUTI.
Bolsista do(a): Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, CAPES, Brasil.
Palavras-chave: SEGURANÇA DO TRABALHO; RELAÇÕES DE TRABALHO; Prevenção de acidentes; MÁQUINAS; LEGISLAÇÃO.
Grande área: Ciências da Saúde / *Área:* Saúde Coletiva.
Grande área: Engenharias / *Área:* Engenharia Mecânica / *Subárea:* Projetos de Máquinas.
Setores de atividade: Fabricação de Produtos de Borracha e Plástico; Fabricação de Máquinas e Equipamentos, inclusive Máquinas-Ferramenta; Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde.
- 2004 - 2006** Especialização em Ergonomia. (Carga Horária: 510h).
Universidade Metodista de Piracicaba, UNIMEP, Brasil.
Título: A saúde da Família nas mãos das "mulheres maravilhas". Trabalho e sofrimento das mulheres maravilhas sob a ótica da ergonomia.
Orientador: José Marçal Jackson Filho.
- 1979 - 1980** Especialização em Engenharia de Segurança do Trabalho. (Carga Horária: 700h).

<http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizacv.do?id=K4770437Y4>

08/03/2012

ANEXO IV

Sandra Donatelli

- Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/6337064421201708>
-
- Última atualização do currículo em 16/02/2011

Possui graduação em Pedagogia Licenciatura Plena pela Faculdades Campos Salles(1991), graduação em direito pela Faculdades Integradas Campos Salles(2008), especialização em Educação Em Saúde Pública pelo Centro Universitário São Camilo - Campus Pompeia(1993) e especialização em Ergonomia de Sistemas de Produção pela Universidade de São Paulo(1999). Atualmente é Técnico 3 III do Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho. **(Texto gerado automaticamente pela aplicação CVLattes)**

Identificação

Nome Sandra Donatelli

Nome em citações bibliográficas DONATELLI, S.

Endereço Profissional

Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho, Centro Técnico Nacional, Divisão de Educação. Rua Capote Valente, 710 - 2 andar Cerqueira César - 05409002 - São Paulo, SP - Brasil Telefone: (11) 30666192 Ramal: 6192 Fax: (11) 30666344 URL da

---