UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA

LUCIANO DE CARVALHO CERCHIARO

***AGRESSÕES DE PACIENTES A PROFISSIONAIS DE SAÚDE
MENTAL: O AGIR EM RELAÇÃO AO COMPORTAMENTO
INESPERADO***

**Versão Corrigida
SÃO PAULO
2015**

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA

LUCIANO DE CARVALHO CERCHIARO

Agressões de pacientes a profissionais de saúde mental: o agir em relação ao comportamento inesperado

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Ambiente, Saúde e Sustentabilidade, da Faculdade de Saúde Pública, da Universidade de São Paulo, para a obtenção do título de Mestre em Ciências.

Orientadores: Prof. Dr. Ildeberto Muniz de Almeida

**Versão Corrigida
SÃO PAULO
2015**

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.

Catálogo da Publicação

Serviço de Documentação

Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo

De Carvalho Cerchiaro, Luciano

Agressões de pacientes a profissionais de saúde mental: o agir em relação ao comportamento inesperado; Prof. Dr. Ildeberto Muniz de Almeida – São Paulo – 2015.

Nº60 fls. f.: il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade de São Paulo, 2015

DE CARVALHO CERCHIARO, Luciano, Agressões de pacientes a profissionais de saúde mental: o agir em relação ao comportamento inesperado - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

FOLHA DE APROVAÇÃO (DISSERTAÇÃO)

DE CARVALHO CERCHIARO, Luciano

Agressões de pacientes a profissionais de saúde mental: o agir em relação ao comportamento inesperado

Dissertação apresentada ao *Programa de Pós-Graduação Ambiente, Saúde e Sustentabilidade, da Faculdade de Saúde Pública, da Universidade de São Paulo*, para a obtenção do título de Mestre em Ciências.

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Em especial, à minha família:

Meu pai por tudo que me ensinou;

Minha mãe exemplo de amor;

Minha irmã e sobrinhas por todos os momentos;

À Kelly, minha esposa pelo amor e companhia;

A minha filha Isabella presente de Deus.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a DEUS, por iluminar o meu caminho para prosseguir.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Ildeberto Muniz de Almeida, amigo, paciente e conselheiro. Demonstrou com toda sabedoria todo o seu conhecimento diante dos meus limites e minhas dificuldades.

Aos professores da Faculdade de Saúde Pública que me proporcionaram conhecimentos indispensáveis para o andamento deste trabalho.

Aos amigos.

Aos profissionais da saúde mental que fizeram deste estudo uma realidade.

A todos aqueles que contribuíram de alguma forma para o processo de crescimento e aprendizado: alunos, professores, colegas, médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, dentre outros.

EPÍGRAFE

“O homem para ser completo tem que estudar, trabalhar e lutar”

SÓCRATES

RESUMO

CERCHIARO, C. L. **Agressões de pacientes a profissionais de saúde mental: o agir em relação ao comportamento inesperado.** 2015. 60 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1995.

O risco de agressões a profissionais da área de saúde mental tem sido evidenciado devido ao número crescente de ocorrências. Assim surgem algumas questões: A violência aos profissionais de saúde mental apresenta especificidade e sinais de alerta? Esse profissional está preparado para as variabilidades de suas atribuições? Como agir a um comportamento inesperado? Em busca de resposta a essas questões, este estudo objetiva entender as atividades realizadas por estes profissionais, identificando as dificuldades e variabilidades encontradas e os determinantes de risco. Como metodologia foram utilizadas observação das atividades e entrevistas e a aplicação do Modelo de Análise e Prevenção de Acidente do Trabalho (MAPA) em três casos de acidentes do trabalho selecionados em um Centro de Atenção Integrada em Saúde Mental (CAISM). Os resultados demonstraram que existem vários determinantes de agressão relacionados às características do paciente com TMC e a presença de comorbidades. A existência ou não de planos, programas e equipe direcionados à gestão da segurança e saúde no trabalho adequado às características dos pacientes atendidos e a falta de capacitação dos profissionais quanto ao agir diante de comportamento agressivo inesperado representam fatores fundamentais na ocorrência ou não deste evento indesejado.

Palavras-chave: *Profissionais de saúde. Violência no trabalho. Saúde Mental.*

ABSTRACT

CERCHIARO, C. L. **Patient violence against mental health professionals: acting on unexpected behavior.** 2015. 60 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1995.

The risk of aggression to mental health professionals has been evidenced due to the increasing number of occurrences. Thus, some questions arise: Does violence to mental health professionals show specificity and warning signs? Is this professional prepared for the variability of his / her duties? How to act on unexpected behavior? In order to answer these questions, this study aims to understand the activities performed by these professionals, identifying the difficulties and variabilities encountered and the determinants of risk. The methodology used was the observation of the activities and interviews and the application of the Work Accident Analysis and Prevention Model (MAPA) in three cases of occupational accidents selected in an Integrated Mental Health Care Center (CAISM). The results demonstrated that there are several determinants of aggression related to the characteristics of the patient with TMC and the presence of comorbidities. The existence or not of plans, programs and staff directed to the management of safety and health at work adequate to the characteristics of the patients attended and the lack of capacity of the professionals to act in the face of unexpected aggressive behavior represent fundamental factors in the occurrence or not of this undesired event .

Keywords: *Health professionals. Violence at work. Mental health.*

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABP – Agentes Biológicos Perigosos

APA - Associação Psiquiátrica Americana

ARO – Agente de Risco Ocupacional

BIO - Biológico

CAISM – Centro de Atenção Integrada em Saúde Mental

CAT – Comunicação de Acidente de Trabalho

CEREST – Centro de Referência de Saúde do Trabalhador

CID – Classificação Internacional de Doenças

CIPA – Comissão de Prevenção de Acidentes

CCOHS – Centro Canadense de Saúde e Segurança no Trabalho

CLT – Consolidação das Leis do Trabalho

CREMESP – Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo

IAT – Investigação de Acidente de Trabalho

MAPA – Modelo de Análise e Prevenção de Acidente de Trabalho

NAT – Notificação de Acidente de Trabalho

NEESMT – Núcleo Especializado em Engenharia, Segurança e Medicina do Trabalho

NIOSH - National Institute for Occupational Safety and Health

NR – Norma Regulamentadora

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

Osha - Occupational Safety and Health Administration

PAS – Profissionais da Área da Saúde

PCMSO – Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional

PNSST – Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho

PPRA – Programa de Prevenção de Riscos Ambientais

SESMT – Serviço Especializado em Engenharia e Medicina do Trabalho

SIS – Sistema Integrado de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TEA – Transtorno do Espectro do Autismo

TEI – Transtorno Explosivo Intermitente

TMC – Transtorno Mental e Comportamental

TSS – Trabalhadores de Serviços de Saúde

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Pirâmide de Bird

Figura 2: Queijo Suíço de Reason

Figura 3: Modelo da Gravata Borboleta. Adaptada de Hale et al. (Almeida ET all.,2014)

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Falhas das barreiras

Quadro 2: Dificuldades encontradas

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Quadro funcional do CAISM estudado

Tabela 2: Tipos de agressões descritas

Tabela 3: Atividades que estavam sendo realizadas no momento da ocorrência do evento

Tabela 4: Tipos de atividades

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
1.1	OS PRECIPITANTES DE VIOLÊNCIA EM SERVIÇOS DE SAÚDE	18
1.2	TRANSTORNO MENTAL E COMPORTAMENTAL (TMC) E AGRESSIVIDADE	19
1.3	RISCO OCUPACIONAL E AÇÕES PREVENTIVAS	21
1.4	MODELOS DE ANÁLISE DE ACIDENTE DO TRABALHO	22
2	MODELO DE ANÁLISE E PREVENÇÃO DE ACIDENTES DO TRABALHO (MAPA).....	26
2.1	O PAPEL DOS SERVIÇOS ESPECIALIZADOS EM ENGENHARIA DE SEGURANÇA E MEDICINA DO TRABALHO (SESMT) NA PREVENÇÃO DE ACIDENTES DO TRABALHO	29
3	OBJETIVOS.....	32
4	METODO.....	33
5	RESULTADOS	37
5.1	REFERENTES AO CONJUNTO DOS ACIDENTES DO TRABALHO REGISTRADOS NO PERÍODO ESTUDADO	37
5.2	REFERENTES AOS ACIDENTES DO TRABALHO OBJETO DE APLICAÇÃO DO MAPA.....	38
6	RELATOS DOS CASOS	38
6.1	ORGANIZAÇÃO E SISTEMATIZAÇÃO DOS FATOS LEVANTADOS	49
7	DISCUSSÃO.....	50
8	CONCLUSÃO	51
	REFERÊNCIAS	54
	ANEXO A	58

1 INTRODUÇÃO

Agressões de pacientes psiquiátricos a prestadores de cuidados de saúde mental são uma realidade e uma preocupação, já que os efeitos da violência podem ser devastadores para a vítima. (Anderson e West, 2011) Geralmente estes eventos são banalizados quando são considerados como “simples” risco ocupacional. Porém, *“as vítimas das agressões podem sofrer das mesmas sequelas físicas e psicológicas que as vítimas de um desastre natural ou crimes de rua”* (Anderson e West, 2011). Contrera-Moreno ET all (2004) em uma revisão da literatura sobre o tema violência no trabalho em enfermagem, alertam que, nos últimos anos, toda forma de violência vem aumentando consideravelmente necessitando de intervenções. A violência no local de trabalho é um tema antigo dentro das instituições, mas evidenciado com maior relevância na atualidade. Isto provavelmente ocorre porque a mensuração da extensão deste tipo de violência seja muito complexa, pois cada instituição define de formas variadas essas ocorrências. Di Martino (2003) define a violência no local de trabalho como *“incidentes no qual os trabalhadores são insultados, ameaçados ou sujeitos a outros comportamentos ofensivos nas circunstancias relativas ao seu trabalho”*.

De acordo com a [Occupational Safety and Health Administration - OSHA](#) (2016) a violência no trabalho corresponde a *“qualquer ato ou ameaça de violência física, o assédio, a intimidação, ou outro comportamento perturbador de ameaça que ocorre no local de trabalho”* incluindo assaltos e ameaças de agressão física direcionadas para pessoas em seu ambiente/atividade de trabalho.

A Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador - PNSST (Brasil, 2004), definida pelo governo brasileiro, expressa a grande significância que a violência tem no campo da segurança e saúde do trabalhador, como pode ser observado na menção contida na página 6 da referida política, reproduzida abaixo:

“Entre os problemas de saúde relacionados ao trabalho deve ser ressaltado o aumento das agressões e episódios de violência contra o trabalhador no seu local de trabalho, traduzida pelos acidentes e doenças do trabalho; violência decorrente de relações de trabalho deterioradas, como no trabalho escravo e envolvendo crianças; a violência ligada às relações de

gênero e ao assédio moral, caracterizada pelas agressões entre pares, chefias e subordinados”. (Brasil, 2004).

Apesar da preocupação, não existe referência explícita sobre o risco ocupacional senso estrito objeto deste estudo, ou seja, a violência dirigida a profissionais da área da saúde (PAS) e trabalhadores de serviços de saúde (TSS) em geral. Ocorre que esta ocorrência é um evento sempre presente que requer atenção e preparo para diminuir o risco e proporcionar a segurança destes profissionais no ambiente de trabalho.

Trata-se de um fenômeno mundial. O setor saúde situa-se entre aqueles que apresentam maior número de estudos sobre a violência no trabalho. Augusto CAMPOS, Consultor do Programa de Recursos Humanos em Saúde da OPAS/OMS, relata no IX Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva da Abrasco, realizado em Recife (PE) em 2009 que em todo mundo o setor saúde apresenta elevado potencial para a ocorrência de agressões a trabalhadores (SIS-SAUDE, 2010). Relata ainda que, embora os profissionais da saúde estejam expostos a diversos riscos, em grande parte relacionados ao contato constante com o público, 69% dos casos de violência consistem em episódios envolvendo pacientes (OPAS/OMS, 2009).

Mais recentemente, no Brasil, incidentes de violência contra PAS/TSS tem sido relatados com mais frequência pelas mídias de notícia. Estudo sobre o assunto realizado pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP) no período entre janeiro e fevereiro de 2017, compreendendo médicos, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem revelou que estes profissionais têm sido vítimas constantes de agressões físicas e psicológicas em postos, hospitais e outras unidades de saúde do Estado de São Paulo, públicos e privados. A referida pesquisa demonstrou que 42,5% da violência contra médicos são cometidas por familiares ou acompanhantes de pacientes e 38,9% pelos próprios pacientes com maior frequência durante o atendimento. A violência verbal é mais comum, representando 50% dos casos, mas 12% relataram ter sofrido agressão física (CREMESP, 2017).

1.1 OS PRECIPITANTES DE VIOLÊNCIA EM SERVIÇOS DE SAÚDE

Em relação à agressão de pacientes dirigida a PAS/TSS os estudos tem mostrado que a maioria das ocorrências envolve clientes que fazem uso de álcool e drogas. Outros fatores mencionados como geradores de violência foram a frustração com o serviço devido à espera pelo atendimento médico e o estresse dos pacientes que estão com muita dor ou com distúrbios psiquiátricos ou emocionais (Carter, 1997). De uma forma geral, a violência mais comum dirigida a PAS/TSS parece estar relacionada a situações em que o paciente está agitado ou é reprimido (contido), ao receber más notícias, ou ainda, quando é solicitado que faça algo que não deseja (Wikinson, 2001). A quantidade de profissionais no local de trabalho para prestar atendimento individualizado a cada paciente também contribui para a ocorrência deste tipo de evento (Rosen, 2001).

Desta forma fica evidente que o risco de atos agressivos de paciente dirigidos a PAS/TSS assume grande relevância nos serviços de saúde dedicados ao atendimento e cuidados a pessoas portadoras de transtornos mentais e comportamentais conforme definidos na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID 10).

De acordo com Anderson e West (2011), em se tratando de serviços de atenção à saúde mental, os fatores de risco para a violência podem ser divididos em duas categorias: estático e dinâmico. Os autores definem fator de risco estático como uma característica do paciente que não pode ser alterada com a intervenção clínica, sendo que a variável mais consistente *“está associada à predição da violência futura a uma história de violência passada”*; já fator de risco dinâmico é definido como variáveis que podem melhoradas com a intervenção clínica, como por exemplo, o abuso e dependência de substâncias químicas.

1.2 TRANSTORNO MENTAL E COMPORTAMENTAL (TMC) E AGRESSIVIDADE

O Transtorno Mental e Comportamental (TMC) é habitualmente definido como *“uma síndrome caracterizada por perturbação clinicamente significativa na cognição, na regulação emocional ou no comportamento de um indivíduo que reflete uma disfunção nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento subjacentes ao funcionamento mental”*. (Santos, 2010)

A Organização Mundial de Saúde entende como TMC as *“condições caracterizadas por alterações mórbidas do modo de pensar e/ou do humor (emoções), e/ou por alterações mórbidas do comportamento associadas à angústia expressiva e/ou deterioração do funcionamento psíquico global”*. (WHO, 2000)

A maioria dos autores considera que os TMC passam a se caracterizar como entidades com significado clínico quando originam alterações da capacidade cognitiva, do humor (emoções) ou provocam comportamentos que impedem ou dificultam o desempenho das funções pessoais e sociais do indivíduo, de forma sustentada ou recorrente.

Os TMC apresentam quadro clínico e história natural muito variado. Alguns duram apenas algumas semanas, outros podem durar a vida toda e, alguns casos, necessitam de hospitalização. Às vezes são detectados apenas após minucioso exame, enquanto noutros casos são impossíveis de ocultar mesmo a um observador casual. Alguns distúrbios são leves, outros são graves e incapacitantes, representando um pesado fardo para a família e para a comunidade. No conjunto dos TMC destacam-se por sua frequência, a depressão, a ansiedade, as perturbações associadas ao uso de substâncias psicoativas, a esquizofrenia, a doença de Alzheimer e os distúrbios emocionais originados na infância e adolescência.

Na avaliação clínica do TMC, o sofrimento e/ou a incapacitação representam os principais pontos a considerar para começarmos a firmar o diagnóstico.

Barreto et al, (2009) afirmam que é *“o sofrimento clinicamente significativo e/ ou a incapacitação acadêmica, profissional ou em outra área importante da vida, jamais esquecendo o prejuízo ou dano que pode causar a outras pessoas como uma informação relevante”* que define se uma classe de comportamentos, sentimentos e pensamentos é ou não um TMC.

Os TMC podem ser causados por vários fatores. São referidos como os principais determinantes: a genética, a química cerebral (problemas hormonais ou uso de substâncias tóxicas que afetam o cérebro) e o estilo de vida. (Sadock, 2007)

A agressividade pode estar presente em pessoas com TMC, particular e especialmente no Transtorno da Personalidade Antissocial, Transtorno da Personalidade Borderline, Transtorno Psicótico, Episódio Maníaco, Transtorno da Conduta ou Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (Critério C) (APA, 2002). Neste sentido, deve ser citado o Transtorno Explosivo Intermitente – TEI (CID-10 F63.8) caracterizado como um *“transtorno mental grave, caracterizado por impulsos agressivos fora de proporção, muitas vezes incapacitante, que afeta não só a vida dos pacientes, mas também a de seus familiares e pessoas de seu convívio”*. Faz parte dos Transtornos do Controle dos Impulsos caracterizados pela incapacidade do paciente resistir a um impulso ou tentação que produz um comportamento prejudicial para si próprio ou para terceiros (Barreto ET all, 2009).

A característica essencial do TEI é a ocorrência de *“episódios circunscritos em que ocorre fracasso em resistir a impulsos agressivos, acarretando sérios atos agressivos ou destruição de patrimônio (Critério A) e o grau de agressividade expressada durante os episódios está nitidamente fora de proporção com qualquer provocação ou estressor psicossocial desencadeante (Critério B)”* (APA, 2002). Via de regra, o quadro é mais grave quando a pessoa faz uso de bebidas alcoólicas, mesmo em pouca quantidade. Os atos agressivos sérios incluem espancar, ferir ou ameaçar verbalmente uma pessoa. O TEI pode ter consequências sérias como a perda do emprego, suspensão escolar, separação conjugal, comprometimento dos relacionamentos interpessoais, acidentes, brigas e morte no trânsito e hospitalização (decorrente de ferimentos sofridos em brigas, socos nas paredes, quebra de vidros, etc.), entre outros.

Neste contexto, os trabalhadores de serviços de saúde – TSS (Brasil, 2005) que cuidam de pessoas com TMC estão potencialmente expostos a agressões por parte dos pacientes. Desta forma, uma vez caracterizada a agressão por parte da pessoa com TMC como um agente de risco ocupacional (ARO) estes profissionais devem estar capacitados para reconhecer e evitar este tipo de evento.

O grande problema é que os acontecimentos provocadores e as contingências associadas aos comportamentos agressivos associados aos TMC passam muitas vezes sem serem

notados pela observação direta. Pode parecer que não há estímulos precipitantes, mas o próprio comportamento é reforçador, pois a estimulação aversiva (mal-estar, desconforto, forte tensão na cabeça, dores musculares, entre outras) geralmente precede às explosões. O reforço negativo é produzido quando ocorre a resposta de fuga destes estados internos aversivos. A própria conduta (explosão) é o reforço (Caballo, 2003). Na dinâmica prevencionista são estes “estímulos precipitantes” de natureza individual que devem ser identificados, de forma direta ou por meio de relato de familiares ou pessoas do convívio do doente, como indicadores de eventual crise agressiva, a fim de evitá-las.

1.3 RISCO OCUPACIONAL E AÇÕES PREVENTIVAS

Diante do risco ocupacional objeto deste estudo qual o caminho a ser seguido para a prevenção do evento e para o controle de suas consequências?

Para responder essa pergunta, inicialmente cabe definir qual o significado de risco no contexto da Medicina do Trabalho e da Engenharia de Segurança, áreas de conhecimento fundamentais nas ações de segurança e saúde no trabalho.

Porto (2000) define risco ocupacional como *“toda e qualquer possibilidade de que algum elemento ou circunstância existente num dado processo e ambiente de trabalho possa causar doença ou dano à saúde ou à integridade do trabalhador, seja através de acidentes, doenças ou do sofrimento ou ainda através da poluição ambiental”*.

CCOHS (Canadian Centre for Occupational Health and Safety), tratando da definição de risco quando se fala em segurança e saúde ocupacional, destaca a definição mais comum como *“Um risco é qualquer fonte de danos potenciais, danos ou efeitos adversos para a saúde em algo ou em alguém”*.

O CSA Z1002 Standard *“Saúde e segurança ocupacional - Identificação e eliminação de perigos e avaliação e controle de risco”* usa os seguintes termos: *“Dano - ferimentos físicos ou danos à saúde. Perigo - uma fonte potencial de danos para um trabalhador. Basicamente, um risco é o potencial de danos ou um efeito adverso (por exemplo, para as pessoas como efeitos para a saúde, para as organizações como perdas de propriedade ou equipamento, ou para o meio ambiente)”*.

Em algumas interpretações, o dano resultante é referido como o perigo em vez da fonte real do perigo. Por exemplo, *a doença tuberculose (TB) pode ser chamada de "perigo" por alguns, mas, em geral, a bactéria causadora de tuberculose (Mycobacterium tuberculosis) seria considerada como "perigo" ou "agente biológico perigoso".* (CCOHS).

No processo/ambiente de trabalho relacionado ao atendimento/cuidado de pessoa portadora de TMC, é ela (a pessoa doente) quem representa o agente de risco. Nesse processo/ambiente de trabalho, dentre as medidas de proteção pode ser citada, como exemplo, a capacitação do PAS/TSS no atendimento deste tipo de paciente.

No caso em estudo, trata-se do elemento relacionado ao evento “agressão” propriamente dita e que depende diretamente das denominadas “Barreiras de Contenção”, ou seja, o conjunto de ações e procedimentos que devem ser utilizados a fim de reduzir ou eliminar o risco.

Assim, fica claro que havendo o agente de risco (no caso a pessoa portadora de TMC), o risco de ocorrência do evento indesejado (o PAS/TSS ser agredido pelo paciente) está relacionado às particularidades da exposição. Desta forma é fundamental conhecer em profundidade o objeto, a organização e o processo de trabalho, além do ambiente onde é realizado, para estabelecer barreiras de contenção eficazes. Dentre estas barreiras o fato do PAS/TSS estar ou não capacitado e adequadamente instruído sobre a forma de agir diante de um comportamento inesperado e potencialmente agressivo de um paciente com TMC certamente tem grande importância na prevenção do evento.

1.4 MODELOS DE ANÁLISE DE ACIDENTE DO TRABALHO

Uma vez ocorrido, o evento indesejado (a agressão) deve ser tipificado como um acidente do trabalho. Esta caracterização está fundamentada na legislação da Previdência Social que define acidente do trabalho como *“aquele que ocorre pelo exercício do trabalho, resultando em dano para o trabalhador”*, ressaltando que *“para sua caracterização é necessário que se estabeleça a relação entre o dano e o agente que o provocou, estabelecendo-se, assim, um nexo”* (Brasil, 2016).

A análise do acidente do trabalho é uma importante ferramenta para a vigilância e prevenção dessa ocorrência, entretanto, a informação de incidentes ou quase acidentes

também é apontada como tendo valor preditivo e preventivo na gestão do risco ocupacional.

Estudos pioneiros nesse campo foram realizados por Herbert William Heinrich e Frank Bird na primeira metade do século XX. Baseado em estudos estatísticos de Heinrich, sobre acidentes do trabalho (Heinrich,1931), Frank Bird, atualizou a denominada “Relação ou Lei de Heinrich” aplicando-a na Companhia Siderúrgica Lukens de Coatesville (Pennsylvania), onde foi o gestor dos programas de segurança e saúde. Analisando mais de 90 mil acidentes ocorridos no período de 1959 a 1968, Bird propôs a “Proporção 1:100:500”, ou seja, para cada lesão incapacitante no trabalhador, observavam-se 100 lesões leves e 500 acidentes resultando apenas a danos à propriedade. (Bird, 1966). A partir daí, ampliou sua pesquisa investigando 1.752.498 acidentes reportados por 297 empresas representando 21 grupos industriais diferentes. Ele classificou os acidentes ocorridos nessas empresas de acordo com sua gravidade e frequência. Estas informações foram obtidas por meio de cerca de 4 mil horas de entrevistas confidenciais. A análise dessas entrevistas indicou proporção de aproximadamente 600 incidentes para cada lesão grave relatada. Com essa pesquisa Frank Bird sugeriu nova proporção, hoje conhecida como “Pirâmide de Bird”, na qual para cada lesão incapacitante ou grave, correspondem 10 lesões leves, 30 acidentes com danos a propriedade e 600 incidentes (“Relação 1:10:30:600”).

Figura 1 – Pirâmide de Bird

Fonte: <http://www.manutencaoemfoco.com.br/piramide-de-bird/>

Os estudos de Heinrich e Bird sugeriram que as lesões importantes (graves) resultavam de eventos menos comprometedores porém mais recorrentes, os incidentes ou “quase acidentes”, que devem ser objeto de análise de causas para diminuir o risco de ocorrências mais graves. Os resultados desses estudos trazem para as organizações o

conceito de previsibilidade de eventos indesejados a partir da análise dos dados obtidos na investigação dos eventos de menor ou nenhum impacto.

Nas últimas décadas a abordagem de Heinrich e Bird foi alvo de críticas que chamaram a atenção para o fato de que a realidade de segurança dos diferentes sistemas afeta as previsões de ocorrências. Empresas com tecnologias mais seguras, com sistemas de gestão de segurança mais bem estruturados tem menos chance de conviver com incidentes e acidentes que outras não dotadas dessas mesmas características. Os estudos de segurança explorando os chamados acidentes ampliados ou acidentes maiores, os desastres feitos pelo homem também levaram à percepção de que a previsão desse tipo de ocorrência não pode se dar de modo confiável a partir de estudos de dados de saúde ocupacional ou acidentes como os calculados na pirâmide de Bird.

Ao longo das últimas décadas a análise dos acidentes do trabalho vem evoluindo de um modelo reducionista no qual o erro humano ou “ato inseguro” era apontado como a causa do acidente, culpabilizando a vítima (Llory, 1999; Vilela, 2004) para modelos mais holísticos e integrativos. As características humanas, as influências da situação de trabalho, dos coletivos, da organização e, de maneira mais global, da cultura da segurança passaram a ser consideradas. (Daniellou, 2010). A partir daí muitas variáveis foram relacionadas à gênese dos acidentes do trabalho, entre as quais podemos citar: (a) as condições fisiológicas individuais e sua relação com o turno/horário de trabalho; (b) a fadiga ao longo do período laboral; (c) a qualidade das relações interpessoais (no caso de PAS/TCC diz respeito à abordagem e modo de agir em relação aos pacientes, que assume especial importância nos serviços de saúde mental); (d) as características do ambiente de trabalho: físicas (infra-estrutura: espaço, luminosidade, mobiliário, decoração, etc.) e organizacionais ou psicossociais (organização e método do trabalho, a relação entre chefes e funcionários e entre os próprios funcionários e a adequada preparação do trabalhador para executar o trabalho prescrito).

Assim, progressivamente, vem ocorrendo importante mudança no conceito do acidente do trabalho que deixa de ser visto como uma ocorrência eventual e casual para ser encarado como o desfecho não desejado determinado por falhas possivelmente existentes na organização, processo e ambiente do trabalho. Esta dinâmica pode ser mais bem entendida se utilizarmos a “Teoria do Queijo Suíço de Reason” (Reason, 2003). No modelo proposto, os “buracos do queijo” representam falhas nas barreiras de

proteção possibilitando a exposição do trabalhador a agentes de risco ocupacional (Figura 2).

Figura 2 – Queijo Suíço de Reason (Reason 2003)

Além disso, é preciso sempre considerar a imprevisibilidade do comportamento humano (Daniellou, 2010), pela qual, pessoas diferentes podem adotar comportamentos diferentes numa mesma situação.

Contudo, é sempre possível identificar *a priori* situações que favorecem ou aumentam as chances de alguns comportamentos e, a partir desse conhecimento, implantar e implementar ações preventivas.

Desta forma: (a) analisar as causas da exposição acidental ou ocupacional do trabalhador a agente de risco para prevenir sua ocorrência; e (b) conhecer/diagnosticar as possíveis consequências (eventuais agravos ou danos à saúde do trabalhador vitimado) decorrentes, passam a ser os objetivos prioritários na gestão da segurança e saúde no trabalho independente do tipo de atividade laboral realizada. Ou seja, esta regra vale tanto para a indústria automobilística quanto para uma unidade de atenção à saúde.

Mas, em pleno século XXI, a visão reducionista e tendenciosa de que estes eventos adversos ocorram devidos a uma ou poucas causas determinantes, geralmente associadas a falhas dos trabalhadores, ainda vigora entre nós.

No Brasil, ultimamente, a visão holística ou sistêmica de análise dos danos à saúde dos trabalhadores decorrentes do trabalho vem ganhando força.

De acordo com Almeida e Vilela (2010) “os acidentes de trabalho e doenças relacionadas ao trabalho são eventos influenciados por aspectos relacionados à

situação imediata de trabalho como o maquinário, a tarefa, o meio técnico ou material, e também pela organização do trabalho e pelas relações do trabalho". Estes autores propõem uma ferramenta de análise e prevenção de eventos com potencial de ter como desfecho acidentes ou doenças relacionadas ao trabalho, denominado "Modelo de Análise e Prevenção de Acidentes - (MAPA)" (Almeida e Vilela, 2010). Em decorrência foi introduzido o conceito de acidente sistêmico ou (psico) organizacional *"estimulando compreensão desses eventos como fenômenos complexos com origens em redes de múltiplos fatores em interação e ou em inadequações da capacidade de adaptação desses sistemas às mudanças com que se deparam"* (Almeida ET all, 2014). Desta forma, o "MAPA" veio proporcionar uma visão ampliada da dinâmica do evento, abrindo perspectivas preventivas até então ignoradas.

2 Modelo de Análise e Prevenção de Acidente do Trabalho (MAPA)

O MAPA como ferramenta epidemiológica tem como característica propiciar que em uma mesma análise sua aplicação seja guiada pelos *"conceitos da ergonomia da atividade, da análise de barreiras, da análise de mudanças e ampliando outros conceitos de acordo com o caso, com a premissa de que cada caso é único e o acontecimento histórico singular"*. (Almeida ET all, 2014).

A abordagem da análise organizacional do MAPA se aproxima da proposta de Llory M, Montmayeul (2010) que estimula a análise clínica em profundidade para a compreensão dos aspectos técnicos e organizacionais da ocorrência estudada. (Almeida, 2014).

A escolha da "gravata borboleta", adaptada de Hale ET all. (2007, pelos autores, ao evidenciar a importância das origens do evento e suas consequências, proximais e distais, demonstra a necessidade de ultrapassar os aspectos proximais ao evento. (Figura 3).

Figura 3. Modelo da Gravata Borboleta. Adaptada de Hale et al. (Almeida ET all., 2014)

Desta forma o evento indesejado passa a ser compreendido como uma história narrada e não encerrada *enquanto não se identificar as condições do sistema associadas às suas origens (e eventualmente consequências)*. (Almeida ET all., 2014)

Os autores utilizam “*como guias de construção das diferentes narrativas do acidente*”:

1. A narrativa propriamente dita

“O modelo recomenda três ajudas para descrição do acidente propriamente dito: (a) a descrição sistemática do trabalho normal ou real em conformidade com a Ergonomia da Atividade; (b) a descrição sucinta do ocorrido: as consequências, com ênfase nas lesões sofridas pela vítima; (c) o acidente propriamente dito que provocou essas lesões e as origens imediatas desse evento”. (Almeida ET all., 2014).

2. A análise de mudanças

Devem ser investigadas se mudanças ocorridas ou implantadas no processo/ambiente de trabalho (*“organização do trabalho, falhas em subsistemas de gestão de pessoal, de material, de manutenção, de materiais, de projetos, de comunicações etc,”*) contribuíram com o desfecho indesejado. *“Com esse procedimento, consegue-se chegar a contribuições de aspectos sociais ou comportamentais, que também devem ser explorados de modo a esclarecer padrões de decisões adotados no sistema quando em face de variabilidades”.* (Almeida ET all., 2014).

3. A análise de barreiras

Este elemento guia busca explicar o acidente *“pela falta ou falha de barreiras de prevenção e de proteção contra fontes de energia potencial ou nocividades identificadas na empresa”... “Os problemas identificados devem ser adotados como pontos de partida de exploração das suas origens. Que aspectos do sistema permitiram suas origens? As perguntas devem explorar aspectos do ciclo de vida das barreiras: concepção; instalação, operação, manutenção, qualidade e vida útil de seus componentes”*. (Almeida ET all., 2014). Esta análise identificará falhas na gestão da segurança e saúde no trabalho, associada ou não a falhas de concepção e em outros subsistemas de gestão. Os autores salientam a necessidade de uma *“ampliação conceitual da análise”... “a ser usada quando se considere que algum dos conceitos já usados em estudos de acidentes pode ser útil, aportando novas contribuições e narrativa adicional ao caso”... alertando que “é fundamental que a análise busque explicar, e não julgar, os comportamentos de trabalhadores que contribuíram para o ocorrido”*. (Almeida ET all., 2014).

De acordo com Vilela e Almeida (2010) são objetivos do MAPA:

1. *“Prevenir acidentes do trabalho”*;
2. *“Difundir a compreensão de acidentes do trabalho como fenômenos resultantes de rede de fatores em interação, superando a visão dicotômica (atos/ condições inseguras)”*;
3. Identificar a *“rede de fatores de acidentes, cuja interação levou ao evento, sobretudo os mais a montante da lesão relacionada a aspectos organizacionais e gerenciais do sistema em questão”*;
4. Investigar a *“situação de trabalho habitual e de 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”*,
5. *“Avaliar fatores relacionados ao gerenciamento de riscos adotado na organização de forma a contribuir com a prevenção de novos eventos. Subsidiar ações de outros órgãos e instituições”*.

Para atingir estes objetivos a metodologia aplicada compreende:

1. *“Inspeções no local do acidente, com coleta de informações (croquis, filmagens e fotografias)”*;
2. *“Entrevistas individuais ou coletivas com trabalhadores e supervisores direta e indiretamente envolvidos com o acidente”*;
3. *“Análise de documentos”*;
4. *“Sistematização das informações obtidas, visando à compreensão de como o acidente ocorreu”*; e
5. *“Emissão de parecer conclusivo e recomendações de intervenção”*.

2.1 O PAPEL DOS SERVIÇOS ESPECIALIZADOS EM ENGENHARIA DE SEGURANÇA E MEDICINA DO TRABALHO (SESMT) NA PREVENÇÃO DE ACIDENTES DO TRABALHO

De acordo com a legislação vigente: *“As empresas privadas e públicas, os órgãos públicos da administração direta e indireta e dos poderes Legislativo e Judiciário, que possuam empregados regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, manterão, obrigatoriamente, Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho - SESMT, com a finalidade de promover a saúde e proteger a integridade do trabalhador no local de trabalho”*. (Brasil, 1978). De acordo com a disposição legal: *“Os Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho deverão ser integrados por Médico do Trabalho, Engenheiro de Segurança do Trabalho, Enfermeiro do Trabalho, Técnico de Segurança do Trabalho e Auxiliar de Enfermagem do Trabalho”*. O número mínimo de profissionais especializados que compõe o SESMT é definido por um quadro constante no texto da Lei que leva em consideração o grau de risco da empresa e o número de funcionários.

As atividades dos profissionais integrantes do SESMT são essencialmente preventivistas, apesar de que estão incluídos em suas atividades a elaboração de planos de controle de efeitos de catástrofes, de disponibilidade de meios que visem ao combate a incêndios e ao salvamento e de imediata atenção à vítima deste ou de qualquer outro tipo de acidente. Desta forma, o objetivo basilar do SESMT é reduzir

até eliminar o risco ocupacional, ou seja, a ocorrência de acidente ou doença decorrente da atividade laboral. Para atingir este objetivo os profissionais que o compõe devem *“aplicar seus conhecimentos de engenharia de segurança e de medicina do trabalho ao ambiente de trabalho e a todos os seus componentes, inclusive máquinas e equipamentos”*;...; *“manter permanente relacionamento com a CIPA (Comissão Interna de Prevenção de Acidentes), valendo-se ao máximo de suas observações, além de apoiá-la, treiná-la e atendê-la...”*; *“promover a realização de atividades de conscientização, educação e orientação dos trabalhadores para a prevenção de acidentes do trabalho e doenças ocupacionais, tanto através de campanhas quanto de programas de duração permanente”*;...; *“esclarecer e conscientizar os empregadores sobre acidentes do trabalho e doenças ocupacionais, estimulando-os em favor da prevenção”*;...; *“analisar e registrar em documento(s) específico(s) todos os acidentes ocorridos na empresa ou estabelecimento, com ou sem vítima, e todos os casos de doença ocupacional, descrevendo a história e as características do acidente e/ou da doença ocupacional, os fatores ambientais, as características do agente e as condições do(s) indivíduo(s) portador(es) de doença ocupacional ou acidentado(s)”*; entre outras a estas relacionadas. (Brasil, 1978)

As ações de segurança e clínico-epidemiológicas que sustentam a atuação do SESMT estão dispostas em 36 Normas Regulamentadoras (NR), algumas delas específicas para determinadas atividades e setores produtivos. De uma forma genérica as NR 7 e NR 9 normatizam os procedimentos técnico-especializados do SESMT. (Brasil, 1978).

A NR 9 estabelece a *“obrigatoriedade da elaboração e implementação, por parte de todos os empregadores e instituições que admitam trabalhadores como empregados, do Programa de Prevenção de Riscos Ambientais - PPRA, visando à preservação da saúde e da integridade dos trabalhadores, através da antecipação, reconhecimento, avaliação e conseqüente controle da ocorrência de riscos ambientais existentes ou que venham a existir no ambiente de trabalho, tendo em consideração a proteção do meio ambiente e dos recursos naturais”*. O PPRA deverá incluir as seguintes etapas: (a) antecipação e reconhecimentos dos riscos; (b) estabelecimento de prioridades e metas de avaliação e controle; (c) avaliação dos riscos e da exposição dos trabalhadores; (d) implantação de medidas de controle e avaliação de sua eficácia; (e) monitoramento da exposição aos riscos; e (f) registro e divulgação dos dados. Os agentes de risco ocupacional são

reconhecidos por meio da avaliação técnica do processo e das condições do ambiente de trabalho, realizada pelos profissionais do SESMT e devem conter os seguintes itens, quando aplicáveis: (a) a identificação do agente de risco; (b) a determinação e localização das possíveis fontes geradoras; (c) a identificação das possíveis trajetórias e dos meios de propagação dos agentes no ambiente de trabalho; (d) a identificação das funções e determinação do número de trabalhadores expostos; (e) a caracterização das atividades e do tipo da exposição; (f) a obtenção de dados existentes na empresa, indicativos de possível comprometimento da saúde decorrente do trabalho; e (g) os possíveis danos à saúde relacionados aos riscos identificados, disponíveis na literatura técnica. Reconhecido o agente de risco devem ser adotadas medidas necessárias e suficientes para a eliminação, a minimização ou o controle dos riscos ambientais. Esta providência deve ser tomada também quando, através do controle médico da saúde (PCMSO), ficar caracterizado o nexo causal entre danos observados na saúde os trabalhadores e a situação de trabalho a que eles ficam expostos. O estudo, desenvolvimento e implantação de medidas de proteção individual ou coletiva deverá obedecer à seguinte hierarquia: (a) medidas que eliminam ou reduzam a utilização ou a formação de agentes prejudiciais à saúde; (b) medidas que previnam a liberação ou disseminação desses agentes no ambiente de trabalho; e (c) medidas que reduzam os níveis ou a concentração desses agentes no ambiente de trabalho. A implantação dessas medidas deverá ser acompanhada de treinamento dos trabalhadores quanto os procedimentos que assegurem a sua eficiência e de informação sobre as eventuais limitações de proteção que ofereçam. (Brasil, 1978).

A NR 7 estabelece a *“obrigatoriedade de elaboração e implementação, por parte de todos os empregadores e instituições que admitam trabalhadores como empregados, do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional - PCMSO, com o objetivo de promoção e preservação da saúde do conjunto dos seus trabalhadores”*. Por meio de exames médicos de admissão, periódicos, de retorno ao trabalho e de mudança de função o estado de saúde biopsicossocial do trabalhador é monitorado de forma a poder surpreender precocemente qualquer alteração, possibilitando assim intervenção clínica (tratamento precoce) e epidemiológica (investigação da causa). Se o trabalho representou ou representa a causa necessária do distúrbio da saúde ou contribuiu para o aparecimento da doença ou agravou uma doença já existente ações corretivas e

preventivas devem ser implantadas, particularmente se outros trabalhadores possam ser afetados (Brasil, 2001). Estabelecido o nexo doença: ocupação medidas legais e administrativas devem ser desencadeadas a fim de garantir os direitos do trabalhador. (Brasil, 1978).

Resumindo, cabe aos profissionais do SESMT reconhecer antecipadamente os agentes de risco ocupacional existentes no processo/ambiente de trabalho, buscar inicialmente eliminá-los e caso impossível controlá-los protegendo o trabalhador com possibilidade de exposição o qual, será objeto de controle médico nos moldes do preconizado pelos níveis de prevenção primária e secundária.

3 OBJETIVOS

1. Compreender o acidente do trabalho em estudo, identificando a rede de fatores proximais e distais que, interagindo, configuram-se como determinantes do desfecho indesejado.
2. Explorar as consequências imediatas e tardias do evento e apontar ações preventivas.
3. Avaliar se a violência contra PAS/STT da área da saúde mental apresenta especificidades e sinais de alerta que podem ser utilizados na prevenção desse evento indesejado.
4. Apontar como os profissionais do SESMT podem contribuir para minimizar, até eliminar, eventos relacionados à violência de pacientes com TMC contra PAS/TSS na área estudada.
5. Propor itens para implantação de procedimentos operacionais de segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde mental.

4 METODO

Sobre o tipo de pesquisa

Trata-se de uma pesquisa **exploratória**, pois visa à elucidação do fenômeno estudado (Cervo ET all., 2006), **descritiva** na medida que identifica e analisa as características, fatores ou variáveis relacionadas ao fenômeno/ processo estudado em seu habitat natural e sem a interferência do pesquisador, tendo estudos de casos, análise documental, estudo de campo e levantamentos como ferramentas utilizadas com amplo grau de generalização, uma vez que as conclusões levam em conta o conjunto das variáveis correlacionadas (Gonçalves, MAS, 2014; Barros e Lehfeld, 2007; Perovano, 2014; **Parra Filho e Santos, 2011**) e **explicativa** uma vez que registrando os fatos, analisando-os e interpretando-os, identifica suas causas, estrutura e define modelos por força de dedução lógica. (Lakatos e Marconi, 2011).

Sobre o local do estudo

Este estudo foi realizado em um serviço de atenção terciária à saúde da rede estadual, gerida pela secretaria estadual da saúde, caracterizado por realizar intervenções de maior complexidade na área da saúde mental a nível ambulatorial, no modelo “hospital-dia”, em regime de internação e atendimento de emergências psiquiátricas. A partir de 2008 esta estrutura passou a ser um centro de atenção integrada em saúde mental (CAISM) com a missão: *“garantir atenção integral, humanizada e qualificada à pessoa com transtorno mental severo e promover sua inclusão social de acordo com a evolução da Política Nacional de Saúde Mental, os princípios da Reforma Psiquiátrica e do SUS”*, como visão: *“Ser Referência Nacional em Saúde Mental, como agente transformador e formador, integrando com qualidade e excelência, ações, serviços e sociedade”* e como compromisso: *“conhecimento, ética, inovação, qualidade, respeito, responsabilidade social, segurança, sustentabilidade e transparência”*. Em meados de 2015, o CAISM passou a atender dependentes químicos para atender ao plano implantado pelo governo estadual.

A unidade estudada conta com área aproximada de 90 mil m² e dispõe de uma equipe de 488 profissionais, distribuídos de acordo com os departamentos e serviços especializados, cuja composição quali-quantitativa consta da Tabela 1.

Tabela 1 – Quadro funcional do CAISM estudado

Agentes de Saúde	8
Agentes Técnicos de Assistência a Saúde	56
Auxiliares de Enfermagem	136
Auxiliares de Saúde	51
Auxiliares de Serviços Gerais	67
Cirurgiões Dentistas	4
Enfermeiros	31
Médicos I	20
Médicos II	4
Médicos III	5
Oficiais Administrativos	36
Oficiais de Saúde	21
Oficiais Operacionais	4
Técnicos de Enfermagem	45
Diretor Técnico de Saúde III	1
Assistentes Técnicos de Saúde I	2
Diretores I	5
Diretor II	1
Diretores Técnicos de Saúde I	13
Diretores Técnicos de Saúde II	5
Diretores Técnicos I	4
Diretores Técnicos II	2

Sobre a jornada de trabalho

As jornadas de trabalho são variáveis, sendo em sua maioria de 12 horas (das 07h00 às 19h00 e das 19h00 às 07h00) por dia. Os trabalhadores têm 01h00 de intervalo para almoço nas jornadas com 08h00 diárias; já para as jornadas com 06h00 diárias o intervalo é de 30 minutos. A equipe de apoio trabalha, em sua maioria, com carga horária de 20 horas semanais (médicos), 30 horas semanais (plantão de 12 x 60 horas) ou 40 horas semanais (12 x 36 horas). A escala de plantões é determinada por chefia com base em dias pares e ímpares. Esta variação de carga horária também é dependente da época em que o servidor ingressou no concurso.

Sobre a população estudada

O atendimento especializado em saúde mental do CAISM está vinculado à rede assistencial municipal e estadual e, portanto, atende as demandas judiciais e casos encaminhados, prioritariamente, por instituições de saúde (Secretarias de Saúde de cidades do interior do Estado, hospitais da capital e região metropolitana).

A população atendida no CAISM é composta por homens, mulheres e crianças de faixas etárias e classes econômicas variadas e estão distribuídas nas alas de dependência química e drogas, feminina e infantil. No momento da realização do estudo haviam 60 pacientes internados: 15 na ala feminina, 15 na ala infantil e 30 (homens) na ala de dependência química.

Sobre a amostra estudada

O estudo baseou-se em um recorte de trabalhadores acidentados no período de 01/01/2014 a 31/12/2015. Os acidentes foram analisados considerando a atividade realizada e o envolvimento ou não do paciente.

Sobre os dados obtidos

Os dados foram obtidos por meio de pesquisa bibliográfica, observação do ambiente e processo de trabalho, análise de documentos (especialmente as fichas de notificação e investigação dos acidentes do trabalho) e entrevistas, incluindo três relatos de casos, e tratados qualitativamente.

Sobre o modelo de análise dos acidentes do trabalho

O modelo utilizado para análise dos acidentes foi o “MAPA” conforme proposto por Vilela e Almeida (2010) e Almeida ET all (2014). A reanálise em profundidade, buscando compreender os acidentes com apoio do “MAPA”, faz necessário entender em que consiste o trabalho, sua variabilidade, como é organizado, quais as dificuldades para

sua realização com sucesso pelos trabalhadores, os mecanismos e funcionamento das proteções, modos operatórios, dentre outros.

Sobre a análise documental

Quanto à pesquisa documental foram analisados (a) dados dos relatórios do SESMT; (b) notificações de acidentes do trabalho – NAT/IAT: quando o regime de trabalho do PAS/TSS envolvido não era regido pela Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, como no caso de servidor público, regime de trabalho federal, estatutário ou “Lei 500”; (c) comunicações de acidentes do trabalho – CAT: quando o regime de trabalho do PAS/TSS envolvido era regido pela Consolidação das Leis do Trabalho – CLT; (d) fichas de transcrição para banco de dados; e (e) relatórios referentes aos acidentes do trabalho (tipos e quantidades).

Sobre limitadores da pesquisa

Alguns pontos devem ser considerados: (a) dificuldade na obtenção de dados fidedignos relacionados ao evento, uma vez que as informações encontradas foram transcritas de forma sucinta sem detalhamento técnico adicional, com descrições do evento por meio de frases curtas; (b) dificuldade para acesso a dados e documentos; (c) vício nos relatos dos acidentes por receio de responsabilizar os superiores e ser alvo de retaliação; (d) carência de informações importantes para a análise pelo fato da maioria dos PAS/TSS trabalharem sob regime próprio de contratação ou serem servidores públicos, não havendo obrigatoriedade de emissão de documentos com maiores informações devidamente registradas e detalhadas (como por exemplo: PPRA, PCMSO, CAT e Investigação de Acidentes do Trabalho).

Importante salientar que muitos funcionários que laboravam no setor estão afastados da instituição sem informação dos motivos.

5 RESULTADOS

5.1 Referentes ao conjunto dos acidentes do trabalho registrados no período estudado

No período estudado foram registrados 65 acidentes do trabalho. Dessas ocorrências, 19 estavam relacionadas a algum tipo de agressão de pacientes à PAS/TSS.

As formas de agressões descritas na ocorrência dos acidentes de trabalho envolvendo pacientes podem ser observadas na Tabela 2.

Tabela 2– Tipos de agressão descritas (N=19 eventos)

Agressão do paciente contra o PAS/TSS	
Soco	9
Mordida	2
Chute	2
Unhadas	1
Empurrão	1
Cabeçada	1
Arremesso de objeto (ventilador)	1
Evento envolvendo paciente agitado	
Machucou a mão ao tentar conter o paciente	1
Perfurou o dedo ao aplicar medicamento em paciente	1
Total	19

As atividades realizadas durante a ocorrência dos acidentes podem ser observadas na Tabela 3.

Tabela 3 – Atividades que estavam sendo realizadas no momento da ocorrência do evento (N=19 eventos)

Contenção do paciente devido a surto	11
Ministrar medicação em paciente	2
Passando pelo setor	2
Acompanhar o paciente para jantar (alimentação do paciente)	1
Trocar roupa do paciente	1
Auxílio de outro colega agredido (entrada de prestador de serviço)	1
Arrumar a cama do paciente	1
Total	19

Dos 19 acidentados, 11 são auxiliares de enfermagem, 3 enfermeiros, 2 técnicos de enfermagem, 1 oficial operacional, 1 auxiliar de saúde e 1 terapeuta ocupacional. Como pode ser observado o maior índice de agressão ocorreu contra PAS/TSS (18/19 ou

94,7%) no atendimento direto aos pacientes; um profissional não estava em seu local de trabalho.

5.2 Referentes aos acidentes do trabalho objeto de aplicação do MAPA

Com base no roteiro de aplicação do MAPA e metodologia de análise, são descritos e analisados três tipos de ocorrência de acidente. Os casos foram selecionados com base nas descrições encontradas nos documentos apresentados, e, comprovados por meio de entrevistas com os acidentados. (Tabela 4). Foi realizada inspeção no local do acidente, coleta de informações, entrevistas individuais e coletivas com trabalhadores e supervisores direta e indiretamente envolvidos com cada acidente, análise de documento, sistematização das informações obtidas, visando á compreensão de como o acidente ocorreu e emissão de recomendações.

Tabela 4 – Tipos de atividades (N=3 eventos)

Atividade	
Alimentação do paciente	1
Passando pelo setor	1
Entrada de prestador terceirizado no setor	1

6 Relato de casos

1º CASO

CONTEXTUALIZAÇÃO

A senhora X, auxiliar de enfermagem da instituição, cumprindo a rotina de sua atividade estava acompanhando o horário de jantar de paciente sob sua assistência. Antes de começar sua refeição, subitamente, a paciente investiu contra a auxiliar de enfermagem desferindo vários socos em seu braço direito. Ouvindo os gritos da auxiliar de enfermagem, outros profissionais que estavam nas proximidades tentaram acalmar a paciente, segurando-a, e afastando a auxiliar de enfermagem de sua visão.

DESCRIÇÃO NA NOTIFICAÇÃO INTERNA DE ACIDENTE DO TRABALHO

“Paciente em horário de jantar deu muitos socos na funcionária”.

DADOS COLETADOS NAS ENTREVISTAS REALIZADAS COM A FUNCIONÁRIA VITIMA DA AGRESSÃO E TESTEMUNHAS

A senhora X, estava em seu plantão normal de trabalho cumprido jornada de trabalho “12x36”. Neste tipo de jornada o trabalhador realiza o seu trabalho pelo período de 12 horas, com direito a intervalo intra-jornada (almoço/jantar) de 1 hora, e nas 36 horas subsequentes tem direito ao descanso. Em decorrência ela estava sem contato com a paciente há mais de um dia. Em conversa informal com funcionária do turno anterior (*“primeiro turno”*) ao seu, foi informada que a paciente vinha apresentando alteração de comportamento quando dos horários das refeições (café da manhã, almoço, café da tarde e janta). Estas informações não foram registradas, pois *“normalmente essas coisas são passadas em conversas entre os trabalhadores nos intervalos do trabalho, sendo de conhecimento apenas deles”*. A entrevistada relatou que ao iniciar suas atividades não percebeu *“nenhuma alteração no ambiente de trabalho, tratando de realizar... (a sua)... rotina de trabalho”*. Porém, informou que já fora agredida pela paciente outras vezes (*“agressões com tapas... sem nenhum motivo”*), mas, como *“não foi atingida com tanta violência”*,... não considerou como um comportamento agressivo e, em decorrência não o notificou. Relata que, após alguns dias afastada do setor de trabalho, em conversa com funcionária do primeiro turno, lembrou que ao chegar com a janta, *“a paciente mudou de expressão”*... *“fazendo cara de nojo e demonstrando ânsia”*. Acredita que isso aconteceu *“devido ao cheiro após a remoção da tampa da marmita”*. Testemunhas que socorreram a auxiliar de enfermagem relataram que *“a paciente estava muito agitada colocando as mãos no abdome e forçando a cabeça para baixo e seu rosto estava bem avermelhado”*. Relataram também que a acidentada estava *“assustada e com uma das mãos protegendo o rosto”*... *“o jaleco estava com o botão solto e parte do braço direito apresentava ... hematomas ... arranhões”*. Encaminharam então a auxiliar de enfermagem para o pronto socorro para o primeiro atendimento.

DESCRIÇÃO DO TRABALHO REAL

- Chegando ao setor de trabalho, passar no posto de enfermagem para verificação dos procedimentos a serem adotados para cada paciente de sua responsabilidade.
- Ministrando medicação: no local onde se encontra o paciente, caso seja medicação oral, e remover o paciente até a sala de enfermagem, caso seja necessário ministrar medicação intravenosa e ou intramuscular.

- Após a aplicação do medicamento, acompanhar o paciente nos ambientes do setor permanecendo em área de convívio junto aos outros pacientes internados no mesmo local, direcioná-lo até o sanitário, acompanhá-lo no banho e alimentá-lo nos horários estabelecidos.

Atividades relacionadas à alimentação dos pacientes

A refeição vem acondicionada em marmitas individuais com a especificação do paciente de destino dentro de uma caixa de plástico. Existe um local destinado para alimentação com mesas e cadeiras. Devido o tipo de jornada (12x36) existe uma variabilidade de cuidadores, ou seja, *"não há um cuidador fixo para cada paciente"*.

- Receber a caixa com a alimentação destinada aos pacientes daquela unidade de atendimento.
- Retirar a marmita de seu assistido da caixa - *"cada cuidador busca a(s) que corresponde(m) ao seu assistido"*.
- Buscar o(s) assistido(s) para a alimentação, acomodando-o(s) na mesa, *"cuidando para que exista certa distância entre os pacientes para evitar distrações quando da alimentação"*.
- Passar o alimento da marmita para pratos de plástico rígido.
- Acompanhar o paciente durante a refeição, auxiliando-o quando necessário.

ANÁLISE DE MUDANÇA

- Presença de cuidador não habitual: devido a escala de trabalho e número reduzido de funcionários, além do revezamento entre os PAS/TSS do setor, existe revezamento de funcionários entre os setores.
- Falta de funcionários em número suficiente para atender todos os pacientes, em decorrência *"os mesmos funcionários realizam as atividades primeiramente com pacientes mais dependentes, para posteriormente atender os pacientes com menor dependência"*, a definição de prioridade é feita pelos próprios cuidadores, auxiliares de enfermagem e enfermeiros.
- Desconhecimento dos antecedentes de ocorrência de algumas tentativas de agressão de menor gravidade - tapas atingindo de raspão sem grande impacto físico.
- Alteração no comportamento da paciente na hora da refeição.
- Odor diferenciado do alimento.

ANÁLISE DE BARREIRA

Barreiras presentes

- Não foi identificada nenhuma barreira presente no momento do acidente.

Barreiras ausentes

- Falta de informação sobre mudança no comportamento da paciente em questão: a funcionária do turno anterior deveria ter notificado, formal ou informalmente, a mudança de comportamento da paciente.
- Inexistência da formalidade na passagem de plantão ou entrega/troca de turno: não são passadas para a equipe que assume informações objetivas, claras e concisas sobre os acontecimentos que envolvem a assistência direta e ou indireta ao paciente durante um período de trabalho, tais como o estado dos pacientes, o tratamento realizado, as possíveis intercorrências e o que mais merecer atenção por parte da equipe de saúde.
- Não há registro de programas de capacitação, treinamento em serviço e educação continuada: não são realizados de maneira eficaz treinamentos específicos sobre condutas no cuidado e abordagem a pessoas com TMC (as mais prevalentes são: autismo, esquizofrenia e dependentes químicos), bem como quanto aos riscos ocupacionais e como preveni-los.
- Falha estratégica no procedimento: o posicionamento do PAS/TSS e a distância entre ele e o paciente deve ser tal que dificulte contato físico e permita o escape do trabalhador quando necessário, por exemplo, ficando no lado oposto da mesa.
- Não existe um procedimento operacional padrão, que seja de conhecimento geral, a ser seguido em ocorrências deste tipo, como, por exemplo, quem deve auxiliar e como deve fazê-lo.

AMPLIAÇÃO CONCEITUAL

Verificada a necessidade de construção/ampliação de conhecimento por meio de estudos relacionados:

- Ao comportamento dos pacientes com TMC e identificação do grau de agressividade em relação à cada tipo de transtorno.
- À relação quantitativa funcionários: pacientes, considerando o atendimento assistencial e casos de emergência, como, por exemplo, necessidade de contenção.
- Ao revezamento de funcionários no setor e possível impacto nos pacientes assistidos.

- À individualização do histórico de cada paciente desde sua internação e comportamentos adquiridos ao longo desse período.

DIFICULDADES ENCONTRADAS

- Diversidades nas informações sobre o evento ocorrido por receio de responsabilizar colegas ou chefia.
- Inexistência de programas e documentos que subsidiem ações de segurança e saúde no trabalho (como, por exemplo, PPRA, PCMSO, CAT) justificado pela não obrigatoriedade legal decorrente do vínculo dos PAS/TSS não estar regulado pela CLT.
- Inexistência de documentação técnica de investigação dos acidentes, apenas frases curtas sobre o ocorrido.
- Funcionários que laboravam no setor na ocasião do evento estavam afastados da instituição sem informação dos motivos.

2º CASO

CONTEXTUALIZAÇÃO

A senhora Y, técnica de enfermagem da instituição, cumprindo a rotina de sua atividade, às 11 horas da manhã, estava “*passando pelo setor de convívio*”, quando observou um paciente com comportamento alterado (auto-mordedura). Imediatamente, dirigiu-se a ele “*falando em tom mais elevado*”. O paciente então se aproximou e chutou o abdome da técnica de enfermagem que, na queda, lesionou o joelho. Caída, tentou se proteger, pois o paciente continuou a agredi-la com tapas e socos. Ouvindo os gritos de socorro da técnica de enfermagem, outro funcionário que estava no setor conteve o paciente afastando-o da trabalhadora. Feito isso, direcionou o paciente para outro ambiente e retornou para o local onde a técnica de enfermagem estava auxiliando-a a se levantar. A senhora Y foi levada ao Núcleo Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho - NEESMT, porém “*não havia médico para o atendimento*”, sendo, então, encaminhada ao hospital de referencia para casos de emergência.

DESCRIÇÃO NA NOTIFICAÇÃO INTERNA DE ACIDENTE DO TRABALHO

“Paciente chutou o abdome do funcionário causando queda e lesão no joelho”.

DADOS COLETADOS NAS ENTREVISTAS REALIZADAS COM A FUNCIONÁRIA VITIMA DA AGRESSÃO E TESTEMUNHAS

No horário de início de revezamento de almoço dos funcionários do setor em escala própria interna, a Senhora Y ao se dirigir ao posto de enfermagem, passando pelo local da ocorrência, observou a alteração comportamental do paciente (auto-mordedura), portanto, o paciente não era de sua responsabilidade direta. Relatou que *“ao chamar a atenção do paciente em voz alta”*, o mesmo foi em sua direção e agrediu. Relatou também que *“sempre que identifica alguma mudança de comportamento agressivo dos pacientes de sua responsabilidade tenta chamar a atenção com tom maior da voz em forma de ordenação”... “isso sempre dava certo”*. Pondera, entretanto, que esta sua experiência dizia respeito a *“pacientes com outras patologias e não com diagnóstico de transtorno do espectro autista”* (TEA).

Observação: testemunha que socorreu e fez o primeiro atendimento da funcionária acidentada não estava presente no momento do estudo devido afastamento sem motivo informado.

DESCRIÇÃO DO TRABALHO REAL

- Chegando ao setor de trabalho, passar no posto de enfermagem para verificação dos procedimentos a serem adotados para cada paciente de sua responsabilidade.
- Ministrando medicação: no local onde se encontra o paciente, caso seja medicação oral, e remover o paciente até a sala de enfermagem, caso seja necessário ministrar medicação intravenosa e ou intramuscular.
- Após a aplicação do medicamento, acompanhar o paciente nos ambientes do setor permanecendo em área de convívio junto aos outros pacientes internados no mesmo local, direcioná-lo até o sanitário, acompanhá-lo no banho e alimentá-lo nos horários estabelecidos.

Variabilidades das atividades

- Na jornada em turnos de trabalho “12 x 36” não há um cuidador permanente para os pacientes, havendo muitos revezamentos dentro do setor e entre setores.

- Redução do número de PAS/TSS para atendimento dos pacientes no horário de almoço dos funcionários.

ANÁLISE DE MUDANÇA

- Redução do número de cuidadores no horário de almoço dos funcionários.
- PAS/TSS interveniente não habitual ao setor/paciente e não habituado a prestar assistência a pacientes com TEA (há diversidade de comportamentos de acordo com o TMC).
- A violência da agressão (*“fora da rotina da funcionária”*).
- Desconhecimento dos procedimentos do setor que, caso haja, em cada setor o enfermeiro responsável estabelece procedimentos específicos internos para sua gestão.
- Modificação na forma de atendimento/abordagem dos pacientes devido substituição da equipe de PAS/TSS de “instituição parceira” por equipe de funcionários próprios do Estado.

ANÁLISE DE BARREIRA

Barreiras presentes

- Não foi identificada nenhuma barreira presente no momento do acidente, uma vez que os ambientes possuem livre acesso tanto dos pacientes quanto dos funcionários;

Barreiras ausentes

- Falta de integração de funcionários considerando os setores de trabalho e a diversidade e particularidades dos TMC atendidos.
- Não há registro de programas de capacitação, treinamento em serviço e educação continuada: não são realizados de maneira eficaz treinamentos específicos sobre condutas no cuidado e abordagem a pessoas com TMC (as mais prevalentes são: autismo, esquizofrenia e dependentes químicos), bem como quanto aos riscos ocupacionais e como preveni-los.
- Não existe um procedimento operacional padrão, que seja de conhecimento geral, a ser seguido em ocorrências deste tipo, como, por exemplo, quem deve auxiliar e como deve fazê-lo.

AMPLIAÇÃO CONCEITUAL

Verificada a necessidade de construção/ampliação de conhecimento por meio de estudos relacionados:

- Ao comportamento dos pacientes com TMC e identificação do grau de agressividade em relação a cada tipo de transtorno.
- À relação quantitativa funcionários/pacientes, considerando o atendimento assistencial e casos de emergência, como, por exemplo, necessidade de contenção.
- Ao revezamento de funcionários no setor e possível impacto nos pacientes assistidos.
- À individualização do histórico de cada paciente desde sua internação e comportamentos adquiridos ao longo desse período.
- À distribuição dos pacientes no setor quando da redução do número de funcionários.
- À identificação de diferenças entre os procedimentos adotados pelas duas formas de atuação (instituição parceira” e funcionários públicos) e seu impacto no atendimento e no comportamento de pacientes com TMC.
- Às habilidades e competências necessárias para atendimento de pacientes com TMC e sua aplicação no processo de seleção de funcionários.

DIFICULDADES ENCONTRADAS

- Diversidades nas informações sobre o evento ocorrido por receio de responsabilizar colegas ou chefia.
- Inexistência de programas e documentos que subsidiem ações de segurança e saúde no trabalho (como, por exemplo, PPRA, PCMSO, CAT) justificado pela não obrigatoriedade legal decorrente do vínculo dos PAS/TSS não estar regulado pela CLT.
- Inexistência de documentação técnica de investigação dos acidentes, apenas frases curtas sobre o ocorrido.
- Funcionários que laboravam no setor na ocasião do evento estavam afastados da instituição sem informação dos motivos.
- Redução do quadro de funcionários devido aposentadoria.

3º CASO

CONTEXTUALIZAÇÃO

O senhor Z, técnico de enfermagem, cumprindo a rotina de sua atividade no núcleo de dependência química, no período do jantar, percebeu que um dos *pacientes “estava tentando fugir pela porta valendo-se da entrada de funcionária da limpeza”*. Ao tentar imobilizá-lo, o trabalhador foi golpeado na cabeça pelo paciente que utilizou o trinco da porta para fazê-lo. Além disso, para tentar escapar da imobilização o paciente *“cuspiu nos olhos”* do Senhor Z.

DADOS COLETADOS NAS ENTREVISTAS REALIZADAS COM O FUNCIONÁRIO VITIMA DA AGRESSÃO E TESTEMUNHAS

Na passagem do turno da noite para o do dia, quando os pacientes foram liberados para sair para o pátio (09h30) um deles *“que estava com a identificação vermelha”* (*“procedimento adotado, na fase de início de tratamento de dependentes químicos pelo setor, indicando que o paciente está em período de adaptação não podendo sair para o pátio devido risco de fuga e outras ocorrências”*) teve que permanecer no setor. O entrevistado relatou que este paciente *“devido insônia e problemas para dormir havia recebido medicação via oral”*. Por volta das 10h15, aproveitando a entrada pela porta de acesso ao pátio de *“funcionária da limpeza terceirizada”*, o paciente correu para abrir a porta empurrando a funcionária, logrando a fuga. O Senhor Z foi alertado pela funcionária da limpeza e imediatamente saiu, juntamente com um motorista, à procura do paciente que foi localizado no ponto de ônibus fora da unidade. Foi convencido pelos funcionários para retornar ao hospital, *“não havendo resistência”*. Entrevistado relata ser de *“competência dos profissionais da unidade saírem a procura de pacientes que se evadem para tentar resgatá-los”*. De volta ao setor, o paciente foi avaliado e medicado. Naquele mesmo dia, no período da janta (17h 50), o paciente, novamente quando da entrada da funcionária da limpeza, forçou a porta para sair. A funcionária segurou a roupa do paciente que reagiu *“partindo para cima dela”*. Presenciando o ocorrido, o Senhor Z imobilizou o paciente que, utilizando o trinco da porta, golpeou a cabeça do técnico de enfermagem, e cuspiu em seus olhos. Após a imobilização e aplicação de medicamentos o paciente foi levado até a enfermaria permanecendo deitado e imobilizado. Após resolver a ocorrência, o técnico de enfermagem foi levado ao

ambulatório médico para verificação do ferimento na cabeça e “*aplicação de medicamentos (coquetel) devido à suspeita de possíveis doenças*”. O paciente foi submetido a exames sorológicos para afastar existência de doença infectocontagiosa transmitida por sangue e secreções.

DESCRIÇÃO DO TRABALHO REAL

- Chegando ao setor de trabalho, passar no posto de enfermagem para troca de plantão, sendo inteirado por meio de informação verbal sobre intercorrências e procedimentos a serem adotados para cada paciente de sua responsabilidade.
- Acompanhar os pacientes (“*apenas andar ao lado*”) até o local destinado às refeições para tomar café da manhã.
- Terminado o café, acompanhar os pacientes de volta ao leito
- Das 08h00 às 09h30 verificar “*sinais vitais*” e administrar medicamentos.
- Às 09h30 liberar os pacientes para ir ao pátio (“*onde ficam junto com pacientes de outras enfermarias*”) e retornar ao setor para proceder “*a troca do lençol da cama*”.
- Às 11h00 encaminhar os pacientes para o almoço.
- Após o almoço acompanhar os pacientes no retorno à enfermaria onde permanecerão em repouso.
- Às 14h00 acompanha os pacientes para o lanche da tarde.
- Terminado o lanche libera os paciente novamente para o pátio onde permanece até as 16h00 quando voltam para a enfermaria.
- Das 16h00 às 16h30 é realizada a medicação da tarde.
- Em torno das 16h30 os pacientes são direcionados para o banho.
- Por volta das 17h50 aproximadamente acompanha os pacientes para o jantar; retornando às 18h00 para as enfermarias.
- Às 18h00 “passa plantão” para o turno da noite (responsável pela aplicação dos medicamentos da noite, às 20h00).

ANÁLISE DE MUDANÇA

- Empresa de limpeza recentemente contratada cujos não receberam treinamento e ou informações sobre procedimentos a serem adotados em cada setor de trabalho.

- Funcionário da limpeza entrando na enfermaria fora do horário específico para a limpeza do local.
- Paciente em fase de observação e adaptação.

ANÁLISE DE BARREIRA

Barreiras presentes

- Porta de acesso ao pátio é trancada.
- Apenas são liberados ao pátio os pacientes que já passaram da fase de observação (*“identificação vermelha”*).

Barreiras ausentes

- Falta de integração de funcionários considerando os setores de trabalho e a diversidade e particularidades dos TMC atendidos.
- Não há registro de programas de capacitação, treinamento em serviço e educação continuada: não são realizados de maneira eficaz treinamentos específicos sobre condutas no cuidado e abordagem a pessoas com TMC (as mais prevalentes são: autismo, esquizofrenia e dependentes químicos), bem como quanto aos riscos ocupacionais e como preveni-los.
- Não estabelecimento de horários específicos para entrada do pessoal da limpeza nos setores.
- Não existe um procedimento operacional padrão, que seja de conhecimento geral, a ser seguido em ocorrências deste tipo, como, por exemplo, quem deve auxiliar e como deve fazê-lo.

AMPLIAÇÃO CONCEITUAL

Verificada a necessidade de construção/ampliação de conhecimento por meio de estudos relacionados:

- À triagem de pacientes recém internados considerando o tipo de TMC e ou tipo de tratamento;

DIFICULDADES ENCONTRADAS

- Diversidades nas informações sobre o evento ocorrido por receio de responsabilizar colegas ou chefia.

- Inexistência de programas e documentos que subsidiem ações de segurança e saúde no trabalho (como, por exemplo, PPRA, PCMSO, CAT) justificado pela não obrigatoriedade legal decorrente do vínculo dos PAS/TSS não estar regulado pela CLT.
- Inexistência de documentação técnica de investigação dos acidentes, apenas frases curtas sobre o ocorrido.
- Funcionários que laboravam no setor se negaram a passar maiores informações alegando esquecimento do caso.
- Mudança frequente de funcionários da limpeza muitos vindo de outros estabelecimentos ou setores.

6.1 ORGANIZAÇÃO E SISTEMATIZAÇÃO DOS FATOS LEVANTADOS

Os fatos observados estão organizados e sistematizados nos quadros 1, 2 e 3 de acordo com a metodologia de análise do MAPA.

Quadro 1 – Falhas nas barreiras

FALHAS NAS BARREIRAS	CASOS		
	Nº 1	Nº 2	Nº3
Falta de informação sobre mudança de comportamento do paciente	X		
Inexistência de rotina de passagem de plantão/troca de turno	X		
Falta de programas de capacitação, treinamento e educação continuada	X	X	X
Falha no procedimento	X		
Inexistência de POP para eventos do tipo em estudo (comportamento agressivo de pacientes contra PAS/TSS)	X	X	X
Falta de integração dos funcionários quanto à diversidade e particularidades dos TMC atendidos		X	X
Falta de POP para atividades de higienização e limpeza			X

Quadro 2 – Dificuldades encontradas

DIFICULDADES ENCONTRADAS	CASOS		
	Nº 1	Nº 2	Nº3
Diversidade nas informações sobre o evento	X	X	X
Inexistência de informações consistentes e implantação e implementação de ações preventivas	X	X	X
Acidentes não investigados	X	X	X
Falta de maiores informações devido afastamento dos funcionários	X	X	
Possíveis testemunhas alegaram não lembrar do fato ocorrido			X
Mudanças frequentes dos funcionários da limpeza			X

7 DISCUSSÃO

Pelos dados levantados em campo, análise de investigação e entrevistas realizadas constata-se que os acidentes ocorreram devido a uma conjugação de vários fatores relacionados ao ambiente de trabalho, à organização e à falta de gerenciamento de riscos na instituição.

A constituição de uma equipe técnica especializada em segurança e saúde no trabalho é primordial para a implantação de ações preventivas e acompanhamento e análise dos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho levando em consideração as especificidades do estabelecimento. A esta equipe devem ser incorporados profissionais especializados na área de atenção do estabelecimento.

A coexistência de leis e normas distintas aplicadas na mesma instituição configura-se também como uma dificuldade na gestão da segurança e saúde no trabalho. Um fator agravante refere-se ao fato de que no exame médico admissional do servidor público não é realizada avaliação aptidão adequada para o trabalho em setores específicos, como por exemplo, prestar cuidados a pessoas com TMC. Esta não conformidade pode ser eliminada na medida em que os exames médicos ocupacionais sejam realizados por equipe de SESMT do próprio estabelecimento.

Conhecendo as populações atendidas, as atividades laborais realizadas e os riscos ocupacionais presentes, certamente esta equipe especializada em segurança e saúde no trabalho terá condição de estruturar um programa de controle médico mais coerente e eficaz.

Quando existe um setor responsável por estas ações, como foi observada no estabelecimento estudado, sua composição quali-quantitativa, ou seja, número e especialidade dos profissionais, não correspondem às necessidades mínimas para garantir a eficácia das ações. Além do aspecto legislativo, não pode ser colocada à parte os aspectos financeiros do poder público que não é capaz de concorrer com o mercado na contratação de profissionais do SESMT, devido diferenças significativas no salário.

Desta forma, as “adaptações” (inclusive de nomenclatura: Núcleo Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho - NESMT invés de SESMT) são a regra, sendo o tratamento dos pacientes a missão prevalente e preponderante, ficando a segurança e saúde no trabalho num patamar inferior e secundário.

Além disso, outros aspectos evidenciados como falta de informação sobre mudanças de comportamento do paciente, inexistência de rotina de passagem de plantão/troca de turno, falta de programas de capacitação, falta de programas de capacitação, treinamento e educação continuada dos trabalhadores levando ao desconhecimento sobre o comportamento dos pacientes, falhas nos procedimentos, representam determinantes potencializadores deste tipo de risco ocupacional.

Todos os fatores apontados devem ser objeto de estudos geradores de programas de promoção à segurança e saúde dos trabalhadores e prevenção de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho.

8 CONCLUSÃO

A literatura especializada, reforçada pelos casos estudados demonstra que a violência contra profissionais de saúde mental apresenta sinais de alerta preditivos de violência que podem ser utilizados na prevenção.

O acompanhamento apoiado modelos validados, como por exemplo, o MAPA, certamente contribui para a compreensão destes sinais.

A aplicação de projeto terapêutico individualizado, coleta de dados sobre o percurso do paciente, estratégia de acolhimento do paciente e acidentado, implantação de espaços de “pacificação”, reunião com a equipe pós-incidentes e ou acidentes, representam algumas ferramentas de melhoria das práticas no que diz respeito à violência na hospitalização psiquiátrica (Haute Autorité de Santé – Août 2016) Além disso, gerenciar os níveis de incidentes (tapas sem grande expressão, arranhões, tentativas de agressões, xingamentos, dentre outros), reuniões com equipe para reforçar conhecimento com troca de práticas e simulações também são ações de alto valor preventivo.

Por outro lado, o dimensionamento de contingente para cada setor de trabalho é de extrema importância para a segurança do trabalhador, pois o trabalho em dupla é fator de vigilância entre profissionais contribuindo significativamente para a prevenção de acidentes. Em suma: entender a realidade dos fenômenos de violência dentro da instituição agrega valores de prevenção quanto das ocorrências.

A aplicação do “modelo da gravata borboleta” permitiu identificar a ausência de barreiras de prevenção no que diz respeito à estrutura física e a organização do trabalho, fatores determinantes no desfecho indesejado (a agressão).

A literatura e os dados levantados neste estudo evidenciam, que, para a prevenção deste evento, há necessidade de conhecimento do histórico comportamental de cada paciente no que diz respeito a seus antecedentes pré-hospitalares e durante a internação. Este saber, aliado ao conhecimento profundo das características e especificidades das doenças (TMC) atendidas no estabelecimento e comorbidades (infecciosas, por exemplo) representam elementos orientadores da forma de agir dos profissionais para cada situação em sua rotina de trabalho e ações eficazes de prevenção das consequências do evento indesejado (uma infecção por agente biológico veiculado por sangue ou secreções humanas, por exemplo), com a criação de procedimentos e implantação de melhoria contínua. Faz parte destes procedimentos o acolhimento do trabalhador vítima da agressão que deve ser acompanhado e ter garantido todos os seus direitos e benefícios legais, até sua recuperação total.

Fica claro, também, que a existência de um serviço composto por especialistas em segurança e saúde no trabalho é fator primordial para a implementação de procedimentos específicos de segurança e saúde no trabalho para profissionais da área de saúde mental.

Através das práticas de coleta de dados, reuniões com as equipes de trabalho e definição de planos de prevenção com informações compartilhadas entre gestores, trabalhadores e SESMT, poderão ser estruturados e implantados programas de capacitação e treinamento específicos para cada setor de trabalho; estes programas devem ser realizados a partir da admissão e integração do novo funcionário no estabelecimento. Além disso, a partir destes dados, podem ser implantados planos de emergência de caráter preventivo a serem utilizados em situações de crise.

O *layout* deve levar em consideração as questões de segurança do trabalhador e o tipo de paciente, por exemplo, facilitando a proteção ou fuga do trabalhador alvo e não contendo objetos que possam ser utilizados como ferramentas de agressão.

Para finalizar ficam algumas sugestões relacionadas ao estabelecimento estudado: (a) implantação de programa de capacitação dos PAS/TSS na gestão de pacientes com TMC com foco nas atividades, acolhimento e identificação de reações e

comportamentos preditivos de violência; (b) adequação do *layout* e estrutura física do estabelecimento/setor que leve em conta a patologia assistida; (c) estabelecimento de POP a ser seguido no caso de alteração do número de funcionários no setor (por exemplo, nas mudanças de turno, horários de refeição, dentre outros); (d) treinamento e orientação para necessidade de contenção e em casos de emergência; (e) estabelecimento de rotina de notificação de acidentes e incidentes; (f) estruturação de quadro de especialistas em segurança e saúde no trabalho compatível com a necessidade do estabelecimento considerando o grau de risco e o número de funcionários; (g) implantação de modelo de gestão compartilhada e tripartite (empregador, empregado e SESMT) para a formulação de política de gestão da segurança e saúde no trabalho para o estabelecimento; e (h) avaliação periódica dos trabalhadores quanto à aptidão para o atendimento dos pacientes com TMC.

Em decorrência das dificuldades relatadas para obtenção de dados e aprofundamento da análise de novos estudos deverão ser realizados.

REFERÊNCIAS

Almeida IM, Vilela AG, da Silva AJ, Beltran SL. Modelo de Análise e Prevenção de Acidentes - MAPA: ferramenta para a vigilância em Saúde do trabalhador. Ciênc. saúde coletiva vol.19 no.12 Rio de Janeiro Dec. 2014

Anderson, A e West, SG, Violence against mental health professionals: when the treater becomes the victim. *Innov.Clin.Neurosci.*8(3):34-39. Mar, 2011.

APA-American Psychiatric Association (2002). DSM-IV TR TM, Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais.Tradução: Claudia Dornelles. 4. ed. Porto Alegre: Artmed.

Barreto TMCD; Zanin CR; Domingos NAM. Intervenção cognitivo-comportamental em transtorno explosivo intermitente: relato de caso. *Rev. bras.ter. cogn.* v.5 n.1 Rio de Janeiro jun. 2009

Bird, FE. Damage control. American Management Association, 1966.

Brasil. Instituto Nacional do Seguro Social. Resolução nº 535 de 5 de maio de 2016 que aprova o Manual de Acidente do Trabalho. DOU de 06 de maio de 2016, Seção I Pág 145. Disponível em <http://www.athcsm4.com.br/ubrafe/upload/Manual-de-Acidente-de-Trabalho-INSS-2016.pdf>. Acessado em 14 de julho de 2017.

Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria GM Nº 485 de 11 de novembro de 2005. Portaria NR32 sobre a Segurança de Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde. Publicada no D.O.U. em 16 de novembro de 2005.

Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego - Secretaria de Inspeção do Trabalho. Portaria n.º 3.214, 08 de junho de 1978 que “aprova as normas regulamentadoras - NR - do capítulo V, título II, da Consolidação das Leis do Trabalho, relativas a Segurança e Medicina do Trabalho” - NR 4 - Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho – SESMT.

Brasil. Ministério da Saúde do Brasil - Organização Pan-americana da Saúde/Brasil. Doenças relacionadas ao trabalho - manual de procedimentos para os serviços de saúde. Classificação das doenças segundo sua relação com o trabalho (adaptado de Schilling, 1984). Pag. 28,2001.

Brasil. Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador - versão 2004. Pag.6. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_seguranca_saude.pdf. Acessado em 09/06/2017.

Caballo, V. E. (2003). Manual para o tratamento cognitivo-comportamental dos transtornos psicológicos. São Paulo: Livraria Santos

Carter YH, Kenkre JE, Skelton JR, Hobbs FDR. O desenvolvimento de um pacote de treinamento de cuidados primários na gestão da agressão e violência. *Safety Science* 1997;25(1/3):223-30.

Contrera-Moreno, L; Contrera-Moreno, MI. Violência no trabalho em enfermagem: um novo risco ocupacional. *Rev.bras. enferm.* vol.57 no.6 Brasília Nov./Dec. 2004.

CCOHS. Canadian Centre for Occupational Health and Safety, Sessão de Respostas SST. Disponível em https://www.ccohs.ca/oshanswers/hsprograms/hazard_risk.html

CREMESP. Médicos e profissionais de Enfermagem apresentam dados sobre agressões sofridas e pedem paz. Publicado em 17/03/2017.
Disponível em <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Noticias&id=4438>. Acessado em 09/06/2017.

Daniellou F. A prevenção de acidentes começa na concepção da organização do trabalho. In Sperandio J-C (Direction) *L' Ergonomie face aux changements technologiques et organisationnels du travail humain*. Toulouse – Fr, Octares Edition, 1996. (p. 430-31)

Daniellou F, Simard M, Boissières I. Fatores humanos e organizacionais da segurança industrial: um estado da arte. *Les cahiers de la sécurité industrielle - FONCSI*, 2010.

Hale AR, Ale BJM, Goossens LHJ, Heijer T, Bellamy LJ, Mud ML, Roelen A, Baksteen H, Post J, Papazoglou IA, Bloemhoff A, Oh JIH. Modeling accidents for prioritizing prevention. *Reliab. Eng. Syst. Safe* 2007; 92(12):1701-1715.

Haute Autorité de Santé – Août 2016. Disponível em https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-10/15_programmes_violence_hospi_psy_cd21092016_v0.pdf

Heinrich, [HW](#). Prevenção de acidentes industriais: uma abordagem científica. McGraw-Hill book Company, Incorporated, 1931

Llory M. Acidentes Industriais: O custo do silêncio. Rio de Janeiro, MultiMais Editorial, 1999.

Llory M, Montmayeul R. *L'accident et l'organisation*. Bordeaux: Préventique; 2010.

OSHA. Diretrizes para prevenir a violência no local de trabalho para profissionais de saúde e serviços sociais - 2016.

Disponível em <https://www.osha.gov/Publications/osha3148.pdf>. Acessado em 05/06/2017.

OPAS/OMS. Violência no trabalho em saúde: um tema para a cooperação internacional em RH em saúde. Publicado em novembro de 2009. Disponível em

http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=792:violencia-no-trabalho-em-saude-um-tema-para-a-cooperacao-internacional-em-rh-em-saude-2&Itemid=844. Acessado em 09/06/2017.

Porto, M. F. S. Análise de riscos nos locais de trabalho: conhecer para transformar. Cadernos de Saúde do Trabalhador: Instituto Nacional de Saúde do Trabalhador (INST). São Paulo: Kingraf, 2000. p. 05-41.

Pustiglione, M. in Protocolo clínico 1: o trabalhador rural em atividade de cultivo, Secretaria de Estado da Saúde. Divisão de Vigilância Sanitária do Trabalho (DVST/CEREST Estadual) - no prelo, 2017.

Reason J, Hobbs A. Managing maintenance error. Aldershot: Ashgate, 2003.

Rosen, J. A labor perspective of workplace violence prevention. Identifying research needs. American Journal of Preventive Medicine 2001;20(2):161-68

Sadock, BJ; Sadock, VA. (2007). Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica. 9ª Ed. Porto Alegre: Artmed.

Santos, EG; Siqueira, MM Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009 J. bras. psiquiatr. vol.59 no.3 Rio de Janeiro 2010

SIS-SAUDE. Trabalhadores na área da saúde estão entre os mais propensos à violência no trabalho, alerta OPAS. Publicado em 12/04/2010. Disponível em <http://www.sissaude.com.br/sis/inicial.php?case=2&idnot=5961>. Acessado em 09/06/2017.

Vilela RAG, Iguti AM, Almeida IM. Culpa da vítima: um modelo para perpetuar a impunidade nos acidentes de trabalho. Cadernos de Saúde Pública; 20(2): 570-579, mar-abr, 2004. (disponível em www.scielo.br)

Vilela AG e Almeida IM. Modelo de análise e prevenção de acidentes de trabalho-MAPA. Centro de Referência de Saúde do Trabalhador – CEREST - Piracicaba, 2010). Disponível em http://www.cerest.piracicaba.sp.gov.br/site/images/MAPA_SEQUENCIAL_FINAL.pdf Acessado em 5 de junho de 2017.

WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology (2000). Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. *Bulletin of the World Health Organization*, 78(4): 413-426

Wilkinson CW. Violence prevention at work: A business perspective. *American Journal of Preventive Medicine* 2001;20(2):155-60.

ANEXO A

TERMO DE RESPONSABILIDADE SOBRE OS ESCLARECIMENTOS ÉTICOS USADOS NA PESQUISA

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Faculdade de Saúde Pública

DEPARTAMENTO DE SAÚDE AMBIENTAL

Av. Dr. Arnaldo, 715. 2º andar 01246-904 São Paulo – SP

TERMO DE RESPONSABILIDADE SOBRE OS ESCLARECIMENTOS ÉTICOS USADOS NA PESQUISA

Título do Projeto: Agressões em Serviços de Saúde Mental Orientado pelo Prof. Ildeberto Muniz de Almeida – Prog. De Pós Graduação em Saúde Pública da USP

Projeto este integrante do Projeto "Acidente de Trabalho: Da análise sócio técnica à construção social de mudanças" - Projeto Financiado pela FAPESP (Processo nº 2012- 04721-1) sob coordenação do Prof. Rodolfo Andrade de Gouveia Vilela (FSP)

Pesquisador Responsável: Luciano de Carvalho Cerchiaro

Agradecendo a sua atenção, apresentamos a seguir uma síntese da pesquisa para a qual solicitamos a sua participação.

Este projeto é parte do Tema Agressões em Serviços de Saúde Mental que tem como objetivo investigar ou fazer a reanálise de casos de acidentes de impacto – acidentes relevantes considerando a sua magnitude ou representatividade. Caso estes objetivos sejam alcançados o projeto trará como benefícios o conhecimento de aspectos organizacionais normalmente não revelados em análises tradicionais que via de regra se restringem a aspectos técnicos ou na culpabilização das vítimas pelas ocorrências, prejudicando a prevenção de novos acidentes. Para tanto será feita análise em profundidade dos acidentes e será necessário compreender o que aconteceu no acidente e o funcionamento

da empresa e do processo de trabalho, para o qual solicitamos sua participação.

Para alcançar estes objetivos poderá ser necessário realizar os seguintes procedimentos: a) Levantamento de dados e informações; b) Análise de documentos;

c) Entrevistas individuais e/ou coletivas; d) Observação e registro da atividade dos participantes.

Após ler e receber diante de duas testemunhas explicações sobre a pesquisa, ficam assegurados os direitos dos participantes, conforme segue:

1. Garantia de que sua participação é voluntária e envolve riscos mínimos que serão controlados pelos procedimentos éticos aqui estabelecidos;
2. A pesquisa não envolve desconforto físico, psicológico e nem moral, e por isso, não estão previstos ressarcimentos nem indenizações. Sua participação nesta pesquisa também está isenta de qualquer ônus financeiro;
3. Todas as informações obtidas serão utilizadas de forma a proteger a identidade e privacidade dos sujeitos participantes;
4. Os participantes tem direito a interromper sua participação a participar a qualquer momento de alguma etapa da pesquisa sem qualquer prejuízo ou penalização;
5. As entrevistas serão gravadas e após a transcrição e análise, as fitas e registros serão destruídos;
6. As informações não serão utilizadas em prejuízo das pessoas ou organizações;
7. Ao final da pesquisa os resultados serão informados aos participantes;
8. Os dados coletados serão utilizados exclusivamente para fins de natureza científica e acadêmica tais como, elaboração de Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC) de graduação e dissertações e teses de pós-graduação, apresentações em congressos e publicação de artigos científicos em revistas especializadas;
9. Receber resposta a qualquer pergunta e esclarecimento sobre os procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados à pesquisa. Para tanto poderei procurar esclarecimentos com o pesquisador responsável e 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.

_____, ____ de ____ de ____.

Eu, _____, R.G.:

_____ declaro para os devidos fins que testemunhei a prestação dos esclarecimentos éticos contidos no presente termo de responsabilidade.

Assinatura do testemunha 1: _____

Eu, _____, R.G.:

_____ declaro para os devidos fins que testemunhei a prestação dos esclarecimentos éticos contidos no presente termo de responsabilidade.

Assinatura do testemunha 2: _____

Eu, *Luciano de Carvalho Cerchiaro*, declaro que forneci todas as informações referentes do projeto ao participante.

Luciano de Carvalho Cerchiaro
Universidade de São Paulo – Faculdade de Saúde
Pública
Tel.: (11) -