



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
NÚCLEO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO – NPGA
MESTRADO PROFISSIONAL



**GESTÃO DOS ACIDENTES DE TRABALHO COM INSTRUMENTOS
PERFUROCORTANTES: estudo em um hospital público de emergência na cidade
de Salvador – Bahia.**

ELY DA SILVA MASCARENHAS

Salvador – Bahia
2008

ELY DA SILVA MASCARENHAS

**GESTÃO DOS ACIDENTES DE TRABALHO COM INSTRUMENTOS
PERFUROCORTANTES:** estudo em um hospital público de emergência na Cidade de
Salvador - Bahia.

Dissertação apresentada ao Núcleo de Pós-Graduação em
Administração - Mestrado Profissional em Administração da
Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial à
obtenção do grau de MESTRE EM ADMINISTRAÇÃO.

Orientadora: Profa. Dra. Vera Lúcia Peixoto Santos Mendes

Salvador – Bahia
2008

Ficha catalográfica elaborada: Eliana Carvalho/ CRB-5 1100

M395 Mascarenhas, Ely da Silva
Gestão dos acidentes de trabalho com instrumentos perfurocortantes:
estudo em um hospital público de emergência na cidade de Salvador./ Ely da
Silva Mascarenhas.- Salvador, 2008.
114 f.

Dissertação (Mestrado profissional em Administração) . Faculdade de
Administração -. Universidade Federal da Bahia – UFBA.

Orientadora: Prof^a. Vera Lucia Peixoto Santos Mendes

1. Acidente no trabalho . 2. Instrumentos perfurocortantes. 3. Gestão
em acidente de trabalho – emergência. 4. Saúde do trabalhador I. Autor.
II. Título.

CDU 331.43

ELY DA SILVA MASCARENHAS

GESTÃO DOS ACIDENTES DE TRABALHO COM INSTRUMENTOS PERFUROCORTANTES: estudo em um hospital público de emergência na cidade de Salvador - Bahia.

Dissertação apresentada ao Núcleo de Pós-Graduação em Administração - Mestrado Profissional em Administração da Universidade Federal da Bahia.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Vera Lucia Peixoto Santos Mendes (Orientadora)

Escola de Administração / Núcleo de Pós- Graduação em Administração /UFBA

Prof. Dr. Paulo Gilvane Pena

Faculdade de Medicina / Departamento de Medicina Preventiva /UFBA

Profa. Dra. Sônia Regina Fernandes

Escola de Administração / Núcleo de Pós- Graduação em Administração /UFBA

DEDICATÓRIA

Aos meus pais Euler e Lucila (*In Memoriam*), pelo amor incondicional a mim dedicado, e aos meus filhos Yuri e Juliana da Silva Mascarenhas, pelo amor e alegria que compartilhamos, mesmo nas horas privadas de lazer.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

À Professora Vera Mendes, minha orientadora, a quem tenho gratidão pelo estímulo e dedicação recebidos e por compartilhar seus valiosos conhecimentos, desde o Curso de Especialização em Gestão Pública, até a etapa final do Mestrado Profissionalizante em Administração.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela fé que nos faz seguir em frente.

À minha família, incentivadora dos meus estudos, pela torcida e solidariedade em todas as etapas do mestrado.

A José Fernando Santana Mascarenhas, pelo incentivo e apoio constantes

A Carlos Augusto Scherer, pela presença solidária e pela contribuição na tabulação dos dados da pesquisa, apoio fundamental para a realização deste estudo.

Ao diretor da Escola de Administração, ao coordenador do NPGA, professores, colegas e equipe de apoio do Mestrado Profissionalizante em Administração, que forneceram as ferramentas para ampliar os meus conhecimentos sobre gestão.

Aos membros da banca examinadora, Prof^a. Sonia Regina Fernandes e Prof. Dr. Paulo Gilvane Pena, pelas valiosas contribuições acerca da base teórica e conceitual do estudo em questão.

À Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, em particular à Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde, pela compreensão sobre a importância de investir no conhecimento dos gestores para qualificar a gestão pública.

À diretoria, especialmente Dra. Letícia Nobre e colegas de trabalho do CESAT pelo incentivo, apoio e empenho para a conclusão deste estudo, particularmente a toda equipe da Coordenação de Atenção à Saúde do Trabalhador.

A Tânia Regina dos Prazeres Estrela, pela amizade solidária e pela substituição eficiente nas minhas ausências na Coordenação de Atenção à Saúde do Trabalhador devido à realização deste estudo.

A Esperança Lino Mota, pelo carinho demonstrado nos momentos em que o desânimo me rondava, e pelo apoio e alento efetivo que somente a esperança poderia oferecer.

A Sylvia Regina Freire de Carvalho Sá, pela amizade, carinho e apoio demonstrados em todos os momentos de que necessitei.

A Leusonval da Silva Meireles (Léo) do Núcleo de Informática da Escola de Administração da UFBA pela cooperação solidária e eficiente na análise estatística.

A Geneci Quadros Carlot, pela colaboração valiosa no design e *lay out* da apresentação em *Power Point* para a banca.

Aos colegas de turma do Curso de Especialização em Gestão Pública e do Mestrado Profissional em Administração – MPA 8, com os quais compartilhei as inquietações do processo de conhecimento.

À Equipe da Biblioteca do CESAT, em especial à Eliana Carvalho.

À Equipe do Hospital, *lócus* da pesquisa, diretores, gestores e trabalhadores, sem os quais este estudo não teria se realizado.

Meus agradecimentos a todos que, de alguma forma, colaboraram para a realização desta dissertação.

“Cada um de nós traz dentro de si uma história fascinante.”

Maria Ângela Silveira Paulino

RESUMO

Acidente de trabalho é um importante problema de saúde pública no Brasil por representar custos sociais elevados e por apresentar conseqüências desastrosas sobre o processo saúde/doença dos trabalhadores. Dados do Centro de Testagem e Aconselhamento da Bahia apontam que no período de 2004 a 2006, o setor público e a cidade de Salvador apresentaram maior freqüência de acidentes com instrumentos perfurocortantes no Estado da Bahia. A carência de informações sobre os acidentes de trabalho no setor público, e as suas possíveis conseqüências, face às epidemias de hepatite B e C e HIV/AIDS, justificam esta pesquisa. Este trabalho apresenta como objetivos analisar as ferramentas adotadas no gerenciamento desses eventos, conhecer o fluxo estabelecido para o atendimento dos acidentes ocupacionais biológicos e elaborar o perfil dos acidentes com instrumentos perfurocortantes ocorridos em 2007 em um hospital público de emergência. Trata-se de um estudo de caso, quali-quantitativo. Como instrumentos de coleta de dados utilizaram-se a observação sistemática, as anotações no diário de campo, o roteiro de entrevista semi-estruturada e os formulários. O Hospital "A" possui um total de 2700 trabalhadores. A análise dos resultados, no que se refere às ferramentas de gestão, demonstrou que esses acidentes são notificados no Centro Estadual de Infecção Hospitalar. Existe um fluxo definido pela gestão do Hospital "A" para os acidentes com materiais biológicos; em 94% dos casos de acidente houve testagem do paciente fonte com o teste rápido para HIV e os trabalhadores acidentados são encaminhados para acompanhamento em unidades de saúde de referência em infectologia. Contudo, a percepção dos entrevistados sobre as causas dos acidentes com materiais perfurocortantes é de que os mesmos decorrem, principalmente, do descuido dos trabalhadores, evidenciando a necessidade de realizar uma análise ergonômica do trabalho para investigar e fazer emergir as causas reais desses eventos, evitando a culpabilização das vítimas. Foram observadas a existência de superlotação de pacientes na emergência, que o Hospital pesquisado não dispõe do Serviço de Saúde e Medicina do Trabalho e que não há uma política de prevenção definida para a saúde e segurança dos trabalhadores neste Hospital. No que se refere ao perfil dos acidentados, foram encontrados 106 acidentes com instrumentos perfurocortantes, correspondendo a 57,06% de todos os acidentes com materiais biológicos do ano de 2007 (N=185). As equipes médica e de enfermagem foram as que mais sofreram acidentes com materiais perfurocortantes, o que vai de encontro aos achados da literatura, que se referem à categoria de enfermagem como a mais atingida por este tipo de acidente. No grupo de acidentados, referiram já ter se acidentado mais de uma vez (27,5%) e o grupo de mulheres apresentou maior freqüência de acidentes perfurocortantes (66%). Estes resultados indicam a necessidade de adoção de uma política de saúde que priorize a saúde do trabalhador e a melhoria das condições de trabalho nas unidades de emergência, o que depende, principalmente, da reorganização da rede assistencial e de vigilância à saúde do Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Saúde do Trabalhador, Acidente com Instrumentos Perfurocortantes, Gestão de Acidentes de Trabalho em Emergência.

ABSTRACT

MANAGEMENT OF LABOR ACCIDENT WITH PUNCHING AND CUTTING INSTRUMENTS: A STUDY IN AN EMERGENCY PUBLIC HOSPITAL IN THE CITY OF SALVADOR-BAHIA

Labor accident is an important public problem of public health in Brazil, because it represents high social expenses and it leads to disastrous consequences on the process of health/sickness of workmen. Data from the center of test and advisement of Bahia point out that from 2004 to 2006 the public sector and the city of Salvador presented a higher frequency in accidents with punching and cutting instruments in the State of Bahia. The lack of information about labor accidents in public sector and their possible consequences in relation to Hepatitis and HIV epidemics justifies this research. The aim of this study is to analyze the tools chosen in the management of those events, to get to know the flow established in biological labor accidents and to work out the profile of accidents with punching and cutting instruments in 2007 in a public emergency hospital. This research is a study case, of a qualitative-quantitative nature. It was used as data collection instruments such as the systematic observation, a guided semi-structured interview and forms. The hospital has a total of 2700 workers. The analysis of results, related to the management tools, demonstrated that those accidents are notified in the State center of hospital infection. There is a definite flow by the management of hospital "A" regarding accidents with biologic material; in 94% of the accident cases there was testing in the source patient with a quick HIV test and workers who suffered accidents were led to attendance in units of reference in infectology. However, the perception of the subjects interviewed about the causes of accidents with punching and cutting material demonstrated that they blame themselves of being careless. That is why it is evident the necessity to do an ergonomic analysis of the procedure to research into and make the real causes of this event emerge in order to avoid blaming the victims. It was observed the existence of patient overcrowding in the emergency, that the researched hospital does not have service of health and labor medicine and that there is not policy of prevention related to health and security to protect the workers of this hospital. Taking into consideration the profile of the injured it was 106 punching and cutting accidents, corresponding to 57% of all the accidents with biological materials in the year of 2007(N=185). The medical team, followed by the nursing one were the professional groups that suffered more punching and cutting accidents. This fact contradicts what was found in the background reading about the issue that tells the nursing workers are the ones who suffer more this kind of accident. In the group of the injured 29(27,5%) it was discovered that they had already suffered this kind of accident more than once. and the women's group presented the highest frequency in punching and cutting accidents(66%). Those results demonstrate the necessity to adopt a health policy that gives priority to the worker's health and improves the work conditions in the emergency units, taking into consideration that it all depends,

mainly, from the reorganization of the assistencial and vigilance web to the health of the unique system of health.

**Key-Words: Worker's health. Accidents with punching and cutting instruments.
Management of labor work in emergency.**

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Representação do sistema de gestão de SST proposto pela OSHAS 18001.....	51
Figura 2 - Incidência de acidentes com instrumentos perfurocortantes no Hospital "A", SSA/BA, 07.	67
Figura 3 - Distribuição por sexo dos trabalhadores acidentados por materiais perfurocortantes no Hospital "A", SSA/BA, 07.	68
Figura 4 - Distribuição dos acidentes com materiais perfurocortantes por área de formação profissional no Hospital "A", SSA/BA, 07.	70
Figura 5 - Número de trabalhadores que sofreram mais de um acidente, SSA/BA, 07.	72
Figura 6 - Quantitativo de acidentes com materiais perfurocortantes dos trabalhadores do Hospital "A", SSA/BA, 07.	73
Figura 7 - Distribuição dos casos de acidente com materiais perfurocortantes ocorridos no Hospital "A" por dia da semana, SSA/BA, 07.....	74
Figura 8 - Distribuição dos acidentes com instrumentos perfurocortantes do Hospital "A", por turno de ocorrência, SSA/BA, 07.....	75
Figura 9 - Setores do Hospital "A" em que ocorreram os acidentes, SSA/BA, 07.	76
Figura 10 - Partes do corpo atingidas nos acidentes, SSA/BA, 07.....	78
Figura 11 - Materiais perfurocortantes envolvidos nos acidentes SSA/BA, 07.	79
Figura 12 - Presença de sangue visível no material perfurocortante SSA/BA, 07.	80
Figura 13 – Número de acidentados que referiram a prática de reencape de agulhas, SSA/BA, 07.	83
Figura 14 - Resultado dos testes de HIV realizados nos pacientes fontes do Hospital "A", SSA/BA, 07.	84

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Freqüência mensal e anual dos acidentes perfurocortantes em relação aos acidentes biológicos no Hospital "A" SSA/BA,07.	66
Tabela 2 - Distribuição por sexo dos trabalhadores acidentados por materiais perfurocortantes no Hospital "A". SSA/BA, 07.	67
Tabela 3 - Distribuição por sexo dos profissionais que sofreram mais de um acidente com material perfurocortante no Hospital "A" SSA/BA, 07.....	71
Tabela 4 - Distribuição da quantidade de acidentes com materiais perfurocortantes no Hospital "A", por área de formação profissional, entre os trabalhadores acidentados mais de uma vez. SSA/BA, 07.	74
Tabela 5 - Atividades relacionadas aos acidentes com materiais perfurocortantes no Hospital "A". SSA/BA, 07.	81

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Recomendações sobre a profilaxia do tétano.....	44
--	----

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

- ABNT** Associação Brasileira de Normas Técnicas
- AIDS** Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
- ANVISA** Agência Nacional de Vigilância Sanitária
- CAT** Comunicação de Acidente de Trabalho
- CCIH** Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
- CDC** *Centers for Disease Control and Prevention*
- CEIH** Centro Estadual de Infecção Hospitalar
- CEREST** Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
- CESAT** Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador
- CID 10** Classificação Internacional de Doenças – 10ª versão
- CIPA** Comissão Interna de Prevenção de Acidentes
- CLT** Consolidação das Leis do Trabalho
- CNAE** Classificação Nacional de Atividades Econômicas
- CTA** Centro de Testagem e Aconselhamento
- CUT** Central Única dos Trabalhadores
- CREAIDS** Centro de Referência em DST/AIDS
- DIEESE** Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos
- EPI** Equipamento de Proteção Individual
- HBeAg** Antígeno “e” do vírus da hepatite B
- HBsAg** Antígeno “s” do vírus da hepatite B
- HBV** Vírus da hepatite B - Hepatitis B vírus
- HCV** Vírus da hepatite C - Hepatitis C vírus
- HIV** Vírus da Imunodeficiência Humana
- IBGE** Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- INMETRO** Instituto Nacional de Metrologia Normalização e Qualidade Industrial
- INST** Instituto Nacional de Saúde e Trabalho
- INSS** Instituto Nacional de Previdência Social
- ISO** *International Organization for Standardization*
- MS** Ministério da Saúde

MTE Ministério do Trabalho e Emprego
MPA Mestrado Profissional em Administração
NOB Norma Operacional Básica
NR Normas Regulamentadoras
NTEP Nexo Técnico Previdenciário Epidemiológico
OIT Organização Internacional do Trabalho
ONU Organização das Nações Unidas
OPAS Organização Pan Americana de Saúde
OSHAS 18001 Série de Avaliação de Saúde e Segurança Ocupacional 18001.
PCMSO Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional
PEP Profilaxia Pós-exposição Ocupacional ao HIV
PPRA Programa de Prevenção de Riscos Ambientais
PSBIO Programa de Notificação e Vigilância de Acidentes em profissionais de Saúde
RENAST Rede Nacional de Atenção Integral em Saúde do Trabalhador
RH Recursos Humanos
SESAB Secretaria da Saúde do Estado da Bahia
SESMT Serviço Especializado de Segurança e Medicina do Trabalho
SINAN Sistema Nacional de Agravos de Notificação
SINABIO Sistema de Notificação de Acidentes Biológicos
ST Saúde do Trabalhador
SST Segurança e Saúde do Trabalho
SUS Sistema Único de Saúde
UFBA Universidade Federal da Bahia
UTI Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO	pág.
1 INTRODUÇÃO	20
2 ASPECTOS LEGAIS DOS ACIDENTES DE TRABALHO NO SETOR SAÚDE E DA SAÚDE DO TRABALHADOR NO BRASIL	31
2.1 A SAÚDE DO TRABALHADOR NO BRASIL E O QUADRO DE MORBIDADE POR ACIDENTES DE TRABALHO NO SETOR DE SAÚDE.....	45
2.2 A GESTÃO HOSPITALAR E A GESTÃO DOS RISCOS À SAÚDE NO TRABALHO	47
3 – ASPECTOS METODOLÓGICOS	54
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	55
3.2 LÓCUS DA PESQUISA.....	55
3.3 UNIVERSO DA PESQUISA	56
3.4 COLETA DE DADOS	56
3.4.1 Instrumentos de coleta de dados	57
3.5 PLANO DE ANÁLISE DE DADOS	57
4 PERFIL DOS ACIDENTES NO TRABALHO HOSPITALAR COM MATERIAIS PERFUROCORTANTES.....	61
4.1 PRINCIPAIS FERRAMENTAS UTILIZADAS NA GESTÃO DOS ACIDENTES COM PERFUROCORTANTES NO HOSPITAL “A”	61
4.2 PERFIL DOS ACIDENTES DE TRABALHO COM MATERIAIS PERFUROCORTANTES DO HOSPITAL “A”.....	65
4.3 BIOSSEGURANÇA NA PERCEPÇÃO DOS TRABALHADORES E GESTORES DO HOSPITAL “A”	84
5 - À GUIA DE CONCLUSÃO	93
REFERÊNCIAS	98
APÊNDICES	104
APÊNDICE A – FICHA DE COLETA PARA INVESTIGAÇÃO DOS ACIDENTES COM INSTRUMENTOS PERFUROCORTANTES OCORRIDOS EM UM HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA EM 2007.....	105

APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA INVESTIGAÇÃO DA GESTÃO DOS ACIDENTES COM INSTRUMENTOS PERFUROCORCORTANTES OCORRIDOS EM UM HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA NO ANO DE 2007 EM SALVADOR – BA.	107
APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	109
ANEXOS.....	111
ANEXO A – FLUXO PARA ACIDENTES COM MATERIAL BIOLÓGICO NO HOSPITAL “A”.....	112
ANEXO B – SINAN FICHA DE INVESTIGAÇÃO ACIDENTE DE TRABALHO COM MATERIAL BIOLÓGICO.....	113

1 INTRODUÇÃO

Acidente de trabalho é um importante problema de saúde pública que gera graves conseqüências sociais e altos custos para a Previdência Social, para as empresas públicas e privadas e para os trabalhadores. Os acidentes de trabalho podem acometer todas as ocupações, embora algumas categorias profissionais estejam mais expostas do que outras.

No setor saúde, os acidentes de trabalho têm uma expressiva participação nos custos com tratamento, embora não haja noção exata dos valores gastos. As informações disponíveis no SIH (Sistema de Informação Hospitalar) revelam que os agravos por causas externas, entre os quais se inserem os acidentes de trabalho, alcançaram o primeiro lugar nas despesas relativas às internações hospitalares do SUS em 2002 (SANTANA *et al.*, 2007).

Estimativas da Organização Internacional do Trabalho (OIT) revelam que em todo o mundo, anualmente, ocorrem 160 milhões de doenças profissionais, 250 milhões de acidentes de trabalho e 330 mil óbitos em decorrência de acidentes de trabalho.

Segundo informações do Instituto Nacional de Saúde e Trabalho (INST), atualmente, ocorrem três mortes por acidentes de trabalho a cada duas horas e três acidentes não fatais a cada minuto no Brasil. Só no ano de 2004, no Anuário Estatístico da Previdência Social, foram registrados 458.956 acidentes de trabalho típicos¹. Destes, 2.801 resultaram em óbitos (INST, 2005).

Dados obtidos em um estudo de revisão sobre a mortalidade anual por acidentes de trabalho no Brasil entre os segurados da Previdência Social estimaram esta taxa em 13,2/100.000 trabalhadores segurados. Os acidentes de trabalho representaram 62,8% dos gastos com benefícios de auxílio-doença acidentário pagos pelo INSS (Instituto Nacional de Seguridade Social) por afastamentos em decorrência de agravos relacionados ao trabalho (SANTANA, *et al.*, 2007).

¹ Acidentes Típicos "São os acidentes decorrentes da característica da atividade profissional desempenhada pelo acidentado" (Anuário estatístico da Previdência Social, 2004)

No país, dentre as atividades de maior incidência de doenças relacionadas ao trabalho, em 2004, a indústria de transformação ocupou o primeiro lugar com 10.381 casos registrados e o setor de serviços obteve a segunda classificação com 9.882 casos por ano.

No item acidentes típicos, no segmento de serviços, o setor de saúde e serviços sociais (divisão 85 da Classificação Nacional de Atividades Econômicas – CNAE) teve destaque com 32.779 acidentes. As atividades de atendimento hospitalar (classe 86.10-1 da CNAE 2.0 de 2006) lideraram as estatísticas com um maior número de acidentes por classe de atividade nesse ano, totalizando 25.881 casos.

Dentre os 1.204 óbitos por acidente de trabalho ocorridos no setor de serviços em 2004, 421 foram do setor de saúde e serviços sociais. As atividades hospitalares responderam pela maior concentração de número de óbitos em uma única classe, reunindo 408 óbitos durante aquele ano.

No que se refere às doenças ocupacionais, nesse mesmo ano, o número de casos registrados foi de 27.587, representando uma elevação percentual de 15.6% em relação ao ano anterior. O Estado da Bahia registrou as maiores taxas específicas de incidência de doença ocupacional em todo o país, correspondendo a 2,2 por mil (INST, 2005).

Em 2003, Relatório da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador (CIST) divulgou que a taxa de acidentes fatais do Brasil foi da ordem de 0,23 acidentes fatais por mil pessoas, considerando apenas os segurados da Previdência Social, o que colocou o Brasil em quarto lugar entre os de maior risco de morte no trabalho, abaixo apenas de El Salvador, Coréia e Índia (CONASS / CIST, 2003).

Esses dados estatísticos são alarmantes, porque se referem, apenas, aos trabalhadores do setor formal do mercado de trabalho, oriundos, em sua maioria, do setor privado da economia. Oliveira (2002) registra que a estatística oficial tem por base as informações prestadas sobre o acidente, todavia esses registros abrangiam apenas 50% dos acidentes ocorridos na década de 90. Isso ocorria por ignorância dos envolvidos, por receio das conseqüências ou por se referirem aos trabalhadores do mercado formal.

Outro fator responsável pelos índices oficiais distorcidos é que muitas doenças originadas no trabalho são diagnosticadas e tratadas como doenças comuns (OLIVEIRA, 2002).

Na Bahia, resultados do Estudo da Demanda do CESAT, órgão vinculado à Secretaria de Saúde do Estado (SESAB) demonstram que 9,7% dos trabalhadores atendidos no Ambulatório de Atenção à Saúde do Trabalhador são oriundos de organizações prestadoras de serviços de assistência à saúde, sendo que o maior percentual desses trabalhadores advém do setor público (BAHIA, CESAT, 2004).

Ruiz, Barboza e Soler (2004), em um estudo sobre acidentes de trabalho em Hospital Geral analisaram 861 acidentes de trabalho ocorridos entre os anos 2000 e 2001 e notificados por CAT. Como principais características dos acidentados encontraram-se predominância do sexo feminino, casados, faixa etária de 31 a 40 anos e pertencentes à equipe de enfermagem. Quanto à caracterização dos acidentes, predominaram os acidentes típicos, ocorridos no próprio setor de trabalho, causados por objetos perfurocortantes, atingindo os membros superiores, sem necessidade de afastamento do trabalho.

Esse estudo corrobora com os achados de Moura, Gir e Canini (2004), que também destacaram os acidentes com material biológico, dentre os agravos relacionados ao trabalho que podem acometer com maior frequência os trabalhadores dos serviços de saúde. Para esses autores, os acidentes com material biológico podem acometer a todos que trabalham na área de saúde, no entanto, a equipe de enfermagem está em constante risco, pois as suas atividades envolvem contato direto com sangue e outros fluídos corpóreos, além de manipulação rotineira de materiais perfurocortantes.

Em uma pesquisa realizada em um Hospital Universitário por Reis e colaboradores acerca dos fatores relacionados ao absenteísmo por doenças ocupacionais de enfermagem, foram analisados os afastamentos de curta duração, que totalizaram no máximo 30 dias no período de um ano civil.

Verificou-se, nesta pesquisa, que o grupo que mais concentrou afastamentos do trabalho foi o de técnicos de enfermagem, do sexo feminino e vínculo empregatício estatutário. As causas mais frequentes de afastamento estiveram relacionadas às doenças do aparelho respiratório, correspondendo a 18,2%, seguidas pelas doenças do

sistema osteomuscular (13,4%) e pelas doenças infecciosas e parasitárias (grupo I) que corresponderam a 8,7% (REIS *et al.*, 2000).

Entre os aspectos críticos relacionados à organização do trabalho dos trabalhadores da saúde, destaca-se a existência de múltiplos vínculos empregatícios, mesmo entre aqueles do setor público. Essa situação anuncia que a precarização das relações de trabalho está disseminada também nessa categoria de trabalhadores.

O trabalho em regime de plantão de 12 ou 24 horas, a sujeição às jornadas de trabalho extensas e o acúmulo de empregos em busca de uma remuneração mais adequada, muitas vezes com vínculos de trabalho precário, são fatores que compõem o cenário dos trabalhadores dessas organizações que englobam trabalhadores estatutários, do Regime Especial de Direito Administrativo (REDA), além de terceirizados.

Para Alves (2000) a terceirização toma impulso no Brasil com o advento do neoliberalismo e do processo de reestruturação produtiva, assumindo, a partir daí, uma dimensão nova e radical, causando impacto negativo sobre o mundo do trabalho. Ao constituir uma rede complexa de subcontratação, o capital atinge a classe operária com estatutos salariais precários e segmentados, gerando conseqüências sobre as condições ambientais e de segurança do trabalho. O estudo foi realizado com operários, no entanto, possui características perfeitamente aplicáveis à realidade de outras categorias de trabalhadores.

O autor cita um estudo do Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (DIEESE), realizado no ano de 1992, acerca dos efeitos da terceirização sobre as condições de trabalho em empresas de diversos ramos de atividade. Entre outros aspectos, o estudo encontrou para 72,5% dos trabalhadores, redução dos benefícios sociais, 67,5% salários mais baixos, 7,5% trabalho sem registro, 5,0% jornada mais extensa e para 2,5% houve ausência de equipamentos de proteção/falta de segurança/insalubridade.

O Manual de Doenças Relacionadas ao Trabalho situa que foi a partir da década de 90, que houve uma aceleração do processo de reestruturação produtiva no Brasil, em decorrência das novas tecnologias de produção, da precarização do trabalho e da adoção de novos métodos gerenciais. No entanto, os impactos à saúde dos

trabalhadores causados por esse processo ainda necessitam de maiores investigações (BRASIL, 2001).

Dejours (1988) destaca os riscos psicossociais dos profissionais de saúde e o sofrimento psíquico no trabalho, especialmente dos trabalhadores que laboram em serviços de emergência, que estão particularmente expostos a esse tipo de risco, por conviverem com a dor e o sofrimento humano diariamente. A existência de trabalho noturno, jornadas de trabalho extensas e o trabalho precário, traduzem a singularidade da situação de risco desses trabalhadores.

Marziale (2008), em estudo transversal no qual analisa os acidentes de trabalho com exposição à material biológico, em um Hospital Universitário de Brasília, destaca que esse tipo de acidente representa risco de adquirir o vírus da Hepatite B e do HIV e descreve que as conseqüências dessa exposição tem possibilidades de atingir os trabalhadores em seus aspectos físicos e psicológicos e podem repercutir nas relações familiares e sociais.

Brandão Júnior (2003), ao analisar as dimensões subjetivas da biossegurança em serviços de saúde, sinaliza as seguintes repercussões na vida pessoal, profissional e familiar dos trabalhadores acidentados: medo da contaminação no trabalho, ansiedade, depressão e medo da morte ao aguardar o resultado do teste anti-HIV, fantasias de contaminação, preocupação com a vida sexual, receio de críticas e discriminação dos familiares, parceiro e colegas de trabalho. Foram ainda relatados sentimentos de culpa pelo acidente, raiva do hospital e do sistema de saúde.

Os acidentes de trabalho não devem ser considerados como fatos inevitáveis ou obras do acaso, pois estudos de investigação e análise desses eventos realizados pelos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, pela inspeção do trabalho no âmbito do Ministério do Trabalho, bem como relatório elaborado pela CIST, demonstram que, grande parte dos acidentes que ocorrem no Brasil podem ser evitados. Neste relatório, a CIST menciona que são necessárias providências urgentes tanto para assistência às vítimas de acidentes, como para as ações de vigilância e promoção da saúde (CONASS/CIST, 2003).

O acompanhamento das atividades de vigilância dos ambientes de trabalho desenvolvidas pelo CESAT, órgão do SUS/BA, descortinou um panorama adverso para

a Saúde do Trabalhador do Estado da Bahia, onde se observam elevados índices de ocorrência de acidentes de trabalho, em sua maioria evitáveis (BAHIA, 2008).

Em estudo realizado por Jacobina e colaboradores (2002), sobre a vigilância de acidentes de trabalho típicos com óbitos ocorridos em Salvador e Região Metropolitana de 1995 a 2001, foram constatadas condições gerais de trabalho bastante inseguras em atividades executadas em altura.

Constatou-se, ainda, que houve descumprimento da legislação por parte das empresas no que se refere à existência, ao uso e a manutenção dos EPI (Equipamento de Proteção Individual). Mesmo quando o EPI (cinto de segurança) estava disponível, não estava sendo utilizado por todos os trabalhadores, e quando o mesmo foi utilizado, não foi fator de proteção ao acidente, tendo em vista o rompimento deste (JACOBINA *et al.*, 2002).

Para Minayo-Gomez & Thedim Costa (1997) o campo teórico da Saúde do Trabalhador se insere na tradição dos estudos sobre a relação entre saúde e trabalho, colocando o processo de trabalho (e não o indivíduo) no centro da análise dessa relação. A Saúde do Trabalhador valoriza o saber e a experiência dos trabalhadores sobre as atividades em que laboram e propõe mudanças nos processos de trabalho potencialmente causadores de adoecimento.

Estes autores consideram que as investigações no campo da Saúde do Trabalhador devem ser realizadas em etapas sucessivas de aproximação a um problema ou conjunto de problemas (MINAYO-GOMEZ & THEDIM COSTA, 1997).

Por outro lado, o entendimento destes autores acerca da medicina do trabalho é de que a mesma orienta-se pela teoria da unicausalidade, relacionando cada doença com um agente etiológico específico. Centrada na figura do médico, existe uma tendência a agir sobre as conseqüências do processo de adoecimento. Isto dificulta a identificação dos diferentes riscos do processo produtivo geradores de adoecimento, bem mais amplos que a mera exposição a um agente exclusivo.

Com o advento da terceirização, a rotatividade dos trabalhadores que circulam por processos produtivos diversos, pode diluir a possibilidade de estabelecimento de nexos causais que não sejam tão evidentes. Já a saúde ocupacional avança em relação à concepção anterior, com uma proposta interdisciplinar, ancorada na higiene industrial e

tendo em conta que um conjunto de fatores de risco está presente na produção do adoecimento. Aliando a clínica médica aos indicadores ambientais e biológicos de exposição e efeito á saúde.

Entretanto, Machado & Minayo-Gomez (1995) criticam a naturalização dos agentes e riscos do processo produtivo, quando descontextualizados de sua origem, pois, desse modo, seria reproduzido o modelo da medicina do trabalho. Ao restringir-se às intervenções pontuais sobre os riscos mais evidentes do ambiente de trabalho, ao atribuir ênfase ao uso de EPI, privilegiando-o sobre a proteção coletiva, a saúde ocupacional atribui os riscos às peculiaridades dos objetos e meios de trabalho. Em suma:

...normatizam-se formas de trabalhar consideradas seguras, o que, em determinadas circunstâncias, conforma apenas um quadro de prevenção simbólica. Assumida essa perspectiva, são imputados aos trabalhadores os ônus por acidentes e doenças, concebidos como decorrentes da ignorância e da negligência, caracterizando uma dupla penalização (MINAYO-GOMEZ & THEDIM COSTA, apud MACHADO & MINAYO-GOMEZ, 1995).

Para Osório Silva (2006) a Saúde do Trabalhador deve ser entendida como um campo transdisciplinar, em que o entrecruzamento de diversas práticas produz um novo enfoque. É um campo teórico que se mantém aberto às influências das disciplinas que o constituíram e de novas disciplinas, vez que ele não se constitui de forma homogênea e, sim, por metas e eixos de ação, como a luta pela saúde, produzida nas transformações dos processos, na eliminação dos riscos e na superação das condições precárias de trabalho.

Mendes e Dias (1991) em um ensaio de revisão sobre a evolução dos conceitos da medicina do trabalho à saúde do trabalhador, expõem que a insuficiência do modelo da saúde ocupacional não constitui fenômeno pontual e isolado e teve sua origem e desenvolvimento determinados em contextos políticos e sociais complexos do final da década de 60, como os movimentos sociais dos países industrializados (Alemanha, França, Inglaterra, Estados Unidos e Itália). Estes movimentos se expandiram para outras partes do mundo e foram marcados pelo questionamento e contestação de valores obsoletos para aquela geração sobre o sentido da vida, da liberdade, do uso do corpo e o significado do trabalho na vida.

Como resposta ao movimento social e dos trabalhadores, em alguns países, este processo levou à exigência de *participação* dos trabalhadores nas questões de saúde e segurança, como foi o caso da Itália que instituiu o Estatuto dos Trabalhadores. Alguns princípios foram incorporados a este Estatuto, tais como:

(...) a não delegação da vigilância da saúde ao Estado, a não monetização do risco, a validação do saber dos trabalhadores e a realização de estudos e investigações independentes, o acompanhamento da fiscalização, e o melhoramento das condições e dos ambientes de trabalho (MENDES e DIAS, 1991).

Mendes e Dias (1991) prosseguem referindo que as bases desse marco legal foram o reconhecimento de direitos fundamentais dos trabalhadores, como o direito à informação sobre os riscos e as medidas de controle do processo de trabalho, e o acesso aos resultados de exames médicos e de avaliações ambientais. Foi referido, ainda, o direito à recusa ao trabalho em situação de risco grave para a saúde ou a vida, o direito à consulta prévia aos trabalhadores, antes de mudanças tecnológicas e nas formas de organização do trabalho e a ampliação dos mecanismos de participação dos trabalhadores, entre outros.

Assim, para o campo teórico da saúde do trabalhador, que no Brasil emergiu na década de 80, a explicação sobre o adoecimento e morte no trabalho deve ser buscada através do estudo dos processos de trabalho de forma articulada com o conjunto de valores e representações sociais. O trabalho é tanto um espaço de dominação e submissão do trabalhador pelo capital, quanto de resistência dos trabalhadores que são sujeitos capazes de produzir sua própria experiência social.

Almeida, Garcia e Jackson Filho (2008) consideram que a prevalência dos agravos relativos à saúde do trabalhador (acidentes e doenças do trabalho) é mais um indicador de desigualdade e injustiça social, que requer a ação mediadora do aparelho estatal e rechaçam a predominância do enfoque que atribui a culpa dos acidentes às vítimas por seus “atos inseguros”. Este tipo de enfoque muitas vezes é sustentado por agentes públicos, a despeito das evidências da influência de fatores sistêmicos na origem dos acidentes de trabalho (VILELA, IGUTI e ALMEIDA, apud, GARCIA e JACKSON FILHO, 2008).

Em uma discussão sobre a filosofia e os fundamentos da prevenção dos acidentes aeronáuticos, disponível em um site sobre acidentes aéreos, foi afirmado que quase nunca um acidente é original, muitos fatores contribuintes já são conhecidos antes da ocorrência dos mesmos. Muitas vezes, antes de um acidente se concretizar, inúmeros incidentes ocorrem.

A discussão prossegue focando a prevenção de acidentes, que, segundo afirmam, deve ser administrada por pessoal especializado, e se constitui no conjunto de atividades destinadas a impedir a ocorrência de eventos desastrosos, evitando, assim, custos adicionais desnecessários na operação, mediante a preservação dos recursos materiais e humanos.

Vale ressaltar que os acidentes aéreos ocorrem num contexto específico em que a realidade é bastante diversa da encontrada no serviço público de saúde, e que a concepção teórica adotada não privilegia a participação dos trabalhadores. Entretanto merece destaque a afirmação de que é necessário ter consciência de que os gastos com a prevenção de acidentes correspondem a investimento.

A importância de conhecer a magnitude dos aspectos relacionados a esses eventos adversos na área de saúde, particularmente no setor público, onde os dados são escassos, e os gastos com acidentes de trabalho são elevados, torna relevante a realização de investigação nesse campo do conhecimento.

Marziale (2008) considera que, embora os acidentes com materiais biológicos sejam freqüentes no Brasil, o planejamento e a adoção de medidas preventivas estão prejudicados devido à inexistência de um diagnóstico fidedigno acerca dos dados numéricos relativos aos acidentados e das conseqüências desses acidentes para os trabalhadores.

A autora cita a Rede de Prevenção de Acidentes do Trabalho (REPAT), que divulga estudos com material biológico em hospitais brasileiros, como um mecanismo de intercâmbio de informações entre 14 hospitais de várias regiões do Brasil que visa integrar pesquisadores e especialistas em ST, para o controle e prevenção de acidentes de trabalho com exposição a material biológico (MARZIALE, 2008).

A pesquisa, em foco, tem como objeto de estudo a análise e a gestão dos acidentes de trabalho com instrumentos perfurocortantes em uma organização hospitalar do serviço público estadual para atendimento de emergências.

Isto posto, neste trabalho, apresenta-se, como questão norteadora: quais as ferramentas de gerenciamento dos riscos de acidentes de trabalho com materiais perfurocortantes que são utilizadas em um hospital de emergência do serviço público estadual na cidade de Salvador-BA.

Assim, o objetivo geral é identificar as ferramentas de gerenciamento dos riscos de acidentes de trabalho com materiais perfurocortantes adotadas em um hospital público de emergência na cidade de Salvador-BA.

Os objetivos específicos são:

- a) Descrever a caracterização dos acidentes com materiais perfurocortantes através do perfil de acidentes ocorridos na organização hospitalar pública pesquisada durante o ano de 2007;
- b) Conhecer o fluxo de atendimento definido a partir da ocorrência dos acidentes com materiais perfurocortantes;
- c) Conhecer a percepção dos gestores e trabalhadores do hospital público de emergência, nesse estudo denominado de Hospital "A", acerca dos acidentes com instrumentos perfurocortantes, na perspectiva da gestão hospitalar;

As dificuldades de acesso aos dados relativos ao conjunto de acidentes no setor público, bem como a problemática dos acidentes com instrumentos perfurocortantes que pode resultar em agravos de extrema gravidade para os profissionais de saúde, principalmente face à disseminação das hepatites B e C e da epidemia de HIV/AIDS, formaram as bases para a definição do objeto de estudo dessa pesquisa.

Os resultados deste estudo pretendem contribuir para a elaboração de um diagnóstico dos acidentes de trabalho com materiais perfurocortantes em uma organização hospitalar de emergência, do Serviço Público Estadual, ocorridos durante o ano de 2007.

Este estudo poderá tornar-se uma ferramenta para auxiliar no planejamento de políticas efetivas de prevenção desses acidentes em organizações hospitalares com

características similares, considerando os riscos particulares do processo de trabalho em saúde nestas organizações.

As organizações hospitalares de emergência possuem um perfil de risco particular, conforme regulamenta a Legislação de Saúde e Segurança no Trabalho em vigor, o que tornou obrigatório para os Hospitais a observância das normas específicas de prevenção para a garantia de um ambiente de trabalho mais seguro.

Contudo, a existência do aparato legal não tem sido suficiente para evitar as ocorrências de acidentes, evidenciando a importância do planejamento e da gestão dos riscos para que ações concretas de prevenção sejam desencadeadas.

Outro aspecto, a destacar, consiste na insuficiência de informações em ST, principalmente sobre as doenças e acidentes de trabalho no setor informal e setor público, aliados a sub-notificação no setor privado, compondo um perfil desfavorável no que se refere às bases de dados e informações em ST o que revela a necessidade de um maior investimento em formação profissional com ênfase no diagnóstico de agravos em ST e nos sistemas de Informação em saúde (BAHIA, 2008).

A Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB/RH-SUS, 2002) é um dos instrumentos para a consolidação do SUS que traduz a importância do trabalho e a necessidade da valorização dos profissionais para a regulação das relações de trabalho no setor saúde.

A prevenção dos acidentes com instrumentos perfurocortantes necessita ser planejada em um contexto de participação ativa dos trabalhadores da área de saúde. É desejável que as ferramentas de gestão sejam amplamente discutidas, nas diversas instâncias de participação, seja nos moldes das instâncias legais instituídas pelo Ministério do Trabalho, como a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA), nas comissões de saúde por locais de trabalho, ou em outras instâncias menos formais, desde que, efetivamente, o trabalhador seja sujeito e participe destas ações.

Para a saúde do trabalhador a interlocução com os trabalhadores e a valorização do saber e da experiência que eles possuem é fundamental quando se pretende uma ação transformadora dos processos de trabalho (MINAYO-GOMEZ & THEDIM COSTA, 1997).

2 ASPECTOS LEGAIS DOS ACIDENTES DE TRABALHO NO SETOR SAÚDE E DA SAÚDE DO TRABALHADOR NO BRASIL

Este capítulo objetiva analisar os principais aspectos relativos à base teórica, conceitual e legal dos acidentes de trabalho que acometem os profissionais de saúde, bem como descrever alguns aspectos relativos à Saúde do Trabalhador no Brasil.

Pepe (2002) descreve que a primeira legislação sobre acidentes de trabalho no Brasil data de 1919, quando tem início a responsabilização das empresas sobre esses eventos. Já o surgimento da obrigação de notificar os acidentes de trabalho, situa-se no período entre 1930 a 1945. Em 1934, ocorre a equiparação entre os acidentes e as doenças do trabalho e é atribuída ao empregador a responsabilidade pelos acidentes e pelas indenizações dele advindas.

Esta autora identifica duas teorias explicativas implícitas na legislação e na ação dos órgãos estatais que atuam na prevenção e vigilância dos acidentes de trabalho, são elas: a teoria do risco social e a do risco profissional. A primeira desenvolveu-se em um momento de crise das seguradoras privadas e considera que a própria sociedade deve arcar com alguns dos ônus da produção.

Já a teoria do risco profissional, surgida na Alemanha no final do século XIX, advoga que cabe ao empregador indenizar o trabalhador acidentado. Baseia-se no pressuposto de que o acidente é consequência do trabalho e parte integrante do negócio, ou seja, faz parte do risco do empreendimento, portanto a indenização do acidentado caberia à empresa (PEPE, 2002).

Na legislação brasileira, a operacionalização do conceito de acidente de trabalho e a gestão dos benefícios da Previdência Social eram realizadas apenas a partir da emissão da CAT. Atualmente, a legislação que instituiu o NTEP ampliou o reconhecimento oficial do acidente, através da inclusão de critérios epidemiológicos.

No entanto, para a saúde do trabalhador, os acidentes não devem ser caracterizados apenas pela lógica do seguro social, pois isso impediria de compreendê-los na sua historicidade enquanto eventos heterogêneos e complexos em que interagem os componentes sociais, tecnológicos e de saúde (PEPE *apud* MACHADO *et al.*, 2002).

Oliveira (2002) considera que o maior desafio da atualidade quanto à tutela judicial da saúde do Trabalhador não é o reconhecimento do direito à saúde do trabalhador, pois já existe arcabouço jurídico numeroso e suficiente no Brasil. Ele afirma que a luta a ser travada é no sentido de que este direito venha a incorporar-se na realidade dos ambientes de trabalho do Brasil.

Os estabelecimentos de assistência à saúde, incluindo hospitais, encontram-se classificados segundo a Norma Regulamentadora de Nº. 4 (NR4) da Legislação de Saúde e Segurança no Trabalho como detentores do Grau de Risco 3². (Manual de Legislação, 2006). Isto significa, do ponto de vista organizacional, que os hospitais podem contribuir para a produção de doenças, merecendo desta forma, ter políticas específicas de prevenção de acidentes e doenças do trabalho.

A despeito de informações mais fidedignas sobre o perfil de adoecimento dos profissionais de saúde, observa-se que a saúde e a segurança no trabalho destes profissionais vêm sendo objeto de inúmeros estudos e pesquisas, embora as questões relativas à gestão de saúde e segurança no trabalho em hospitais do setor público, ainda se constituam como um campo nebuloso do conhecimento.

Moura e colaboradores afirmam que no Brasil, ainda hoje, o hospital é considerado o principal local de trabalho da equipe de saúde e nele predominam os riscos químicos, físicos, biológicos, psicossociais e ergonômicos (MOURA, GIR e CANINI, 2004).

Na maioria das organizações, observa-se a substituição de mão de obra por tecnologia. Já o hospital caracteriza-se por ser uma organização que ainda possui uma elevada concentração de mão de obra. A existência de altas taxas de acidentes entre os trabalhadores do setor hospitalar tem intensificado o debate e a proposição de políticas específicas para esse setor.

O ambiente hospitalar oferece múltiplos riscos aos trabalhadores da área da saúde, tais como os causados pelos agentes de riscos químicos, físicos, biológicos, psicossociais e ergonômicos, mas são os riscos biológicos os principais geradores de insalubridade a esses trabalhadores (CANINI, SMRS *et al*, 2002).

² O grau de risco é função da atividade que a empresa desenvolve, e é regulamentado conforme a NR 4 do Ministério do Trabalho e Emprego. Ele terá influência sobre o número máximo de empregados especializados que a empresa deverá ter, quando forem obrigatórios os Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho. (SESMT)

Mendes (1980) menciona que, além dos riscos biológicos, os trabalhadores de ambiente hospitalar estão expostos aos riscos relacionados aos agentes físicos ambientais, (calor, frio, ruído), as radiações ionizantes (radioterapias) e aos fatores relacionados a agentes químicos (benzeno e seus derivados), os antibióticos, as sulfas, os anestésicos locais, os detergentes e as vitaminas.

Em janeiro de 2006 foi publicada a Norma Regulamentadora de N^o. 32 (NR32) tendo por finalidade estabelecer as diretrizes para a implementação de medidas de proteção e segurança no trabalho para os trabalhadores de saúde. Esta norma define e classifica os riscos e agentes biológicos.

A NR 32 determina que o Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA) dos serviços de saúde deve conter a identificação dos riscos biológicos mais prováveis em função da localização geográfica e características do serviço. Deve, também, realizar a avaliação do local de trabalho e do trabalhador, considerando a finalidade e descrição do local de trabalho com suas atividades e funções, a organização e procedimentos de trabalho, bem como a possibilidade de exposição e o acompanhamento das medidas preventivas aplicáveis.

O PPRA deve ser revisado uma vez ao ano ou sempre que houver modificações que possam alterar a exposição aos riscos biológicos ou, ainda, quando a análise de incidentes e acidentes assim o determinar.

Já o Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO) na NR32, além do previsto na NR 7, deve contemplar o reconhecimento e a avaliação dos riscos biológicos e a localização das áreas de risco. Deve também conter a relação com a identificação nominal dos trabalhadores, sua função, o local em que desempenham suas atividades e o risco a que estão expostos, além de prever a vigilância médica dos trabalhadores potencialmente expostos e o programa de vacinação.

No que diz respeito à possibilidade de exposição acidental aos agentes biológicos, devem ser especificados os procedimentos a serem adotados para diagnóstico, tratamento emergencial, acompanhamento e prevenção da soroconversão e das doenças.

Devem, ainda, ser adotadas medidas para descontaminação do local de trabalho, a identificação dos responsáveis pela aplicação das medidas pertinentes, a relação dos

estabelecimentos de saúde para assistência aos trabalhadores, as formas de remoção para atendimento dos trabalhadores e a relação dos estabelecimentos de assistência à saúde depositários de imunoglobulinas, vacinas, medicamentos, materiais e insumos especiais.

A norma determina, ainda, que toda ocorrência de acidente com riscos biológicos, mesmo as que não resultarem em afastamento do trabalho, deverá ser emitida a CAT.

Com relação às medidas de proteção ao trabalhador, a NR32 determina a lavagem das mãos, em lavatório exclusivo para higiene das mãos, provido de água corrente, sabonete líquido, toalha descartável e lixeira provida de sistema de abertura sem contato manual. Dispõe também sobre o uso de vestimenta adequada e EPI fornecido pelo empregador, entre outras.

Outras disposições dizem respeito ao descarte dos materiais perfurocortantes e a capacitação dos trabalhadores para a utilização dos dispositivos de segurança, como os itens citados a seguir:

- 32.2.4.14 Os trabalhadores que utilizarem objetos perfurocortantes devem ser os responsáveis pelo seu descarte.*
- 32.2.4.15 São vedados o reencape e a desconexão manual de agulhas.*
- 32.2.4.16 Deve ser assegurado o uso de materiais perfurocortantes com dispositivo de segurança, conforme cronograma a ser estabelecido pela CTPN. (NR32).*

Ainda com relação aos materiais perfurocortantes a NR32 determina que a segregação dos resíduos deva ser realizada no local onde são gerados, devendo ser observado:

- 32.5.3.2 Para os recipientes destinados a coleta de material perfurocortante, o limite máximo de enchimento deve estar localizado 5 cm abaixo do bocal.*
- 32.5.3.2.1 O recipiente para acondicionamento dos perfurocortantes deve ser mantido em suporte exclusivo e em altura que permita a visualização da abertura para descarte.*
- 32.5.4 O transporte manual do recipiente de segregação deve ser realizado de forma que não exista o contato do mesmo com outras partes do corpo, sendo vedado o arrasto. (NR32).*

Esta norma destinada aos trabalhadores da saúde apresenta inegáveis avanços e pode ser aplicada no que couber aos trabalhadores dos serviços públicos, conforme especificações constitucionais e práticas de alguns serviços que já a adotam. Entretanto vale ressaltar a lacuna existente no que se refere ao instrumento de

notificação de acidentes de trabalho dos servidores públicos do Estado da Bahia, já que a CAT é específica para os trabalhadores segurados do INSS.

Os dados sobre eventos adversos relacionados ao trabalho corroboram com a afirmativa de que a política de prevenção de acidentes de trabalho vem sendo negligenciada no Brasil pelo setor privado da economia. Ao se estabelecer um comparativo dessa realidade com o que ocorre no setor público, observa-se uma situação similar.

Assunção, Lobato e Silva (2004, p.99) afirmam que *“o intuito da legislação de proteção ao acidente de trabalho é a garantia da preservação da dignidade da pessoa humana. Para tanto, tanto os empregados como os empregadores devem ter direitos recíprocos”*.

Só a partir de 1988 o setor saúde passou a ter respaldo legal para intervir de forma ampla sobre o processo saúde-doença nos ambientes de trabalho. Anteriormente essa atribuição era repartida entre o extinto Instituto Nacional de Medicina e Previdência Social (INAMPS), responsável pela assistência aos trabalhadores com vínculo empregatício formal, e o Ministério do Trabalho, com atribuições específicas na área de Segurança do Trabalhador.

As ações de saúde e segurança no trabalho são quase sempre vinculadas às da saúde em geral, mas a sua natureza e contexto envolvem, muitas vezes, interesses conflitantes, sendo comum e desejável a participação do Estado, financiando ou garantindo que a proteção à saúde do trabalhador seja efetivada por meio de regulamentações que disciplinam e ofereçam diretrizes específicas (KATO e SANTANA, 2006).

A Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/90) atribuiu ao Sistema Único de Saúde (SUS) a competência legal para, através de ações de vigilância à saúde do trabalhador, atuar nos ambientes de trabalho sejam eles do setor público ou privado, abrangendo ainda os trabalhadores terceirizados e os informais.

Em seu artigo 6º; § 3º, incisos I ao VI, esta lei determina que compete à área técnica da Saúde do Trabalhador, dentre outras ações, a promoção e proteção da saúde, bem como sua recuperação e reabilitação, abrangendo ainda outras competências, tais como:

- a assistência às vítimas de acidentes de trabalho ou portadores de doença profissional e do trabalho;
- a participação em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho;
- a avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde;
- a informação ao trabalhador, à sua entidade sindical e às empresas sobre os riscos de acidentes de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como acerca dos resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde.

Além dessas competências, destaca-se ainda a participação na normalização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador em organizações e empresas públicas e privadas.

A Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS) ampliou o conceito de acidente de trabalho que foi assim definido:

(...) evento súbito ocorrido no exercício de atividade laboral, independentemente da situação empregatícia e previdenciária do trabalhador acidentado, e que acarreta dano à saúde, potencial ou imediato, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que causa, direta ou indiretamente (concausa) a morte, ou a perda ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho. Inclui-se ainda o acidente ocorrido em qualquer situação em que o trabalhador esteja representando os interesses da empresa ou agindo em defesa de seu patrimônio; assim como aquele ocorrido no trajeto da residência para o trabalho ou vice-versa (Brasil,2001).

Entretanto a Lei 8.213/91 que dispõe sobre os benefícios da Previdência Social no Brasil conceitua acidente de trabalho no artigo 19 como:

o acidente que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa que provoque lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte ou perda ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho (BRASL, Lei 8.213/91).

Para a Previdência Social, o acidente é um ato violento que pode causar a incapacidade temporária ou permanente, e seus efeitos podem ser sentidos de forma imediata, ou tempos após a ocorrência do evento, são as chamadas seqüelas de acidente de trabalho. A Previdência Social possui uma lógica de seguradora social e

reconhece apenas os acidentes dos trabalhadores segurados, com vínculo empregatício no mercado formal de trabalho.

As doenças ocupacionais são equiparadas ao acidente de trabalho para efeito da lei. São assim consideradas as doenças que guardam nexos de causalidade com a atividade de trabalho e estão descritas na “Lista A” da Previdência Social, já o acidente de trajeto, é aquele que ocorre no deslocamento do trabalhador de sua casa para o trabalho e vice-versa.

Apesar desse aparato legal, a fragilidade da Política Nacional de Saúde e Segurança no Trabalho em promover a prevenção dos agravos relacionados ao trabalho, requereu algumas definições conjuntas por parte dos Ministérios da Previdência, Trabalho e Saúde, demonstrando a necessidade de articulação intersetorial para elevar a qualidade e eficácia das políticas públicas traçadas para esse setor.

Ao Estado cabe o planejamento e a implementação de políticas que garantam condições seguras para a população de trabalhadores de forma geral, promovendo a integridade física e mental e a garantia da qualidade de vida no meio ambiente de trabalho.

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), mediante a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC N.º 306, 2004), trata do regulamento técnico para o gerenciamento dos resíduos dos serviços de saúde. A resolução objetivou aprimorar, atualizar e complementar os procedimentos de gerenciamento dos resíduos, com vistas a preservar a saúde pública e a qualidade do meio ambiente, a segurança e a saúde do trabalhador.

Tendo por base os princípios de biossegurança para a prevenção de acidentes, tal resolução tem abrangência sobre todos os geradores de Resíduos de Serviços de Saúde (RSS) e determina a forma recomendada de manejo, segregação, acondicionamento, identificação, transporte, armazenamento temporário, tratamento, descarte e responsabilidades dos resíduos de uma forma geral.

A resolução especifica particularmente os procedimentos adotados para os materiais perfurocortantes, classificando-os como parte do Grupo E, identificados pelo símbolo da substância infectante constante na NBR 7500 da ABNT, com rótulos de

fundo branco, desenho e contornos pretos, acrescidos da inscrição de RESÍDUO PERFUROCORTANTE, indicando o risco que representa o resíduo.

A Resolução RDC nº. 306 em seu Grupo E, classifica como materiais perfurocortantes ou escarificantes, as *lâminas de barbear; agulhas; escalpes; ampolas de vidro; brocas; limas endodônticas; pontas diamantadas; lâminas de bisturi; lancetas; tubos capilares; micropipetas; lâminas e lamínulas; espátulas; e todos os utensílios de vidro quebrados no laboratório (pipetas, tubos de coleta sanguínea e placas de Petri e outros similares).*

De acordo com essa resolução, as *“bactérias, fungos, vírus, clamídias, riquêtcias, micoplasmas, príons, parasitas, linhagens celulares, outros organismos e toxinas.”*, são classificadas como agentes biológicos (RDC Nº. 306, 2004).

O capítulo VII da resolução é específico sobre a segurança ocupacional, e determina a realização de exames médicos (admissional, periódico, retorno ao trabalho, mudança de função e demissional); imunização, conforme o que preconiza o Programa Nacional de Imunização (PNI); sorologia para avaliação da resposta imunológica; treinamento e capacitação desde a admissão e manutenção de um programa de educação continuada da equipe, independente do tipo de vínculo existente, abrangendo também os trabalhadores temporários.

Para Maeno (2005) o SUS tem como alvo toda a população, independente de vínculo empregatício e tem como viés a saúde no sentido mais amplo e profundo, possuindo ampla rede com capacidade para atingir os mais diversos domicílios ou locais de trabalho. Utilizando as ferramentas da epidemiologia, o SUS prioriza as ações de promoção e prevenção da saúde nos diferentes níveis de hierarquização do sistema.

Lacaz (2003) descreve que a assistência à saúde dos trabalhadores deve ser pautada pelos princípios da universalidade, da integralidade, da equidade e do controle social, e para atingi-los devem também concorrer às atividades de pesquisa em saúde do trabalhador. Esta tarefa deverá ser compartilhada não apenas pelos pesquisadores ligados às universidades, como também pelos serviços vinculados à área de saúde, dentre outros.

A portaria nº. 1679/GM, de 19/9/2002. Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral de Saúde do Trabalhador (RENAST) no SUS. A portaria foi criada pela Secretaria de Assistência à Saúde, (SAS) do Ministério da Saúde e trata da assistência

à saúde. A RENAST encontra-se em processo de ampliação e consolidação da rede, contando em 2008 com 168 Centros de Referência Estaduais e Regionais (CEREST) em todo o país.

Maeno (2005) aponta como aspecto negativo o fato da portaria de criação da RENAST não dispor sobre a vigilância dos ambientes de trabalho, fundamental quando se trata de prevenir riscos e danos à saúde.

Entre os aspectos positivos, a autora ressalta que a referida portaria trata da atenção integral à saúde, utilizando a regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde. O repasse de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais, o cadastramento e a habilitação dos CEREST, além da participação do controle social, foram também destacados (MAENO, 2005).

No que se refere aos anexos da Portaria, observamos que o anexo I trata do Plano Estadual de Saúde do Trabalhador, com base nas responsabilidades dos estados e municípios. Já o anexo II dispõe sobre recursos humanos para a RENAST e define a composição das equipes mínimas dos centros de referência. Nesse aspecto foi privilegiada a composição multidisciplinar da equipe, incorporando ainda outros profissionais que no modelo tradicional não são membros das equipes de saúde, como o biólogo, o sociólogo e o advogado.

O contexto subjacente à criação da portaria nº. 1679/GM, de 19/9/2002 pelo Ministério da Saúde, é parte do processo de formulação de políticas, planejamento e gestão da atenção à saúde e segurança do trabalhador, com grande ênfase no controle social. Essas diretrizes políticas vêm sendo postas em prática nas últimas décadas em nosso país.

O Ministério da Saúde, no ano de 2004, publicou a Portaria Nº. 777 que tornou compulsória a notificação no SINAN de diversos agravos relativos ao adoecimento pelo trabalho. Os acidentes de trabalho graves, com crianças e adolescentes e os acidentes com exposição a materiais biológicos, estão entre eles (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Para efeito desta portaria os acidentes com material biológico são os que envolvem sangue e outros fluidos orgânicos ocorridos com os profissionais da área da saúde durante as atividades de trabalho, nas quais se expõem a materiais biológicos

potencialmente contaminados. Os acidentes com materiais perfurocortantes estão entre eles.

O Manual de Acidentes Biológicos considera como profissionais e trabalhadores do setor saúde aqueles trabalhadores que:

(...) atuam direta ou indiretamente em atividades onde se expõem ao sangue e outros materiais biológicos, incluindo aqueles profissionais que prestam assistência domiciliar, atendimento pré-hospitalar e ações de resgate feitas por bombeiros ou outros profissionais (RAPPARINI, VITÓRIA E LARA, 2005).

Os tipos de exposições consideradas de risco para a transmissão ocupacional da AIDS e das hepatites B (HBV) e C (HCV) no manual de acidentes biológicos foram:

- a) **Exposições percutâneas** – lesões provocadas por instrumentos perfurantes e cortantes (agulhas, bisturis, vidrarias, entre outros);
- b) **Exposições em mucosas** – por exemplo, quando há respingos na face envolvendo olho, nariz, boca ou genitália;
- c) **Exposições cutâneas** (pele não-íntegra) – contato com pele com dermatite ou feridas abertas;
- d) **Mordeduras humanas** – consideradas como exposição de risco quando envolverem a presença de sangue, devendo ser avaliadas tanto para o indivíduo que provocou a lesão quanto àquele que tenha sido exposto (RAPPARINI, VITÓRIA E LARA, 2005).

Em 2006, a área técnica de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde através da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) elaborou e distribuiu o Protocolo de Exposição à Materiais Biológicos, classificados como de complexidade diferenciada com o objetivo de estabelecer uma sistemática de atendimento hierarquizado, reunindo diagnóstico, conduta, prevenção e notificação da exposição à material biológico.

Este protocolo foi destinado ao atendimento dos profissionais expostos a materiais biológicos sangue, fluidos orgânicos potencialmente infectantes (sêmen, secreção vaginal, liquor, líquido sinovial, peritoneal, pericárdico e amniótico), e os fluidos orgânicos potencialmente não-infectantes (suor, lágrima, fezes, urina e saliva), exceto se contaminado com sangue, com risco de soroconversão para (HIV, HBV e HCV).

Os principais parâmetros definidos pelo protocolo foram baseados em medidas técnico-administrativas e de cuidado em saúde, quais sejam:

- Avaliar a capacidade de atendimento da Unidade Básica de Saúde, em cada região, verificando a existência de pessoal capacitado e suporte laboratorial e a

retaguarda de atendimento das unidades de atenção secundária (ex.: especialistas em infectologia e/ou hepatites).

- Estabelecer medidas de avaliação e orientação ao acidentado, orientar as ações imediatas de investigação da fonte (se conhecida) e do próprio acidentado;
- Oferecer condições de atendimento imediato na profilaxia para vírus da hepatite B e quimioprofilaxia para o vírus da imunodeficiência humana;
- Manter o seguimento dos acidentados com risco de soroconversão por, no mínimo, seis meses;
- Organizar um modelo de atendimento, privilegiando o acolhimento do paciente e a responsabilidade de orientação junto à comunidade e ao ambiente de trabalho;
- Manter o Sistema de Notificação e Registro permanentemente atualizado no Ministério da Saúde com vistas a permitir ações de vigilância em saúde do trabalhador.

Além da notificação dos acidentes com materiais biológicos no SINAN conforme preconiza a Portaria do Ministério da Saúde, o Protocolo de Exposição a materiais biológicos também estabelece a notificação dos casos de acidente, através da CAT (BRASIL, Portaria N^o 777/ 04).

Para garantir os benefícios acidentários dos trabalhadores, grande parte dos hospitais procura estabelecer alguma forma de registro, mas é necessário o estabelecimento de rotinas relacionadas às medidas de precaução imediatas, bem como as orientações e a disponibilidade da quimioprofilaxia em casos de acidentes com material biológico de pacientes soropositivos para o HIV ou desconhecidos (CAIXETA e BARBOSA, 2005).

Rapparini, Vitória e Lara, (2004) recomendaram no texto do Manual para atendimento e acompanhamento de exposição ocupacional a material biológico: HIV e Hepatites B E C alguns procedimentos para estes tipos de exposição, como a conduta e os cuidados imediatos com a área atingida que incluem a lavagem exaustiva do local exposto com água e sabão nos casos de exposições percutâneas ou cutâneas. Descreveram ainda:

(...) Apesar de não haver nenhum estudo que demonstre o benefício adicional ao uso do sabão neutro nesses casos, a utilização de soluções anti-sépticas degermantes é uma opção. Não há nenhum estudo que justifique a realização

de expressão do local exposto como forma de facilitar o sangramento espontâneo. Nas exposições de mucosas, deve-se lavar exaustivamente com água ou com solução salina fisiológica. Procedimentos que aumentam a área exposta (cortes, injeções locais) e a utilização de soluções irritantes como éter, hipoclorito ou glutaraldeído são contra-indicados (Rapparini, Vitória e Lara, 2004).

Outra recomendação importante do manual diz respeito à indicação sobre a quimioprofilaxia para o HIV. A indicação ou não da quimioprofilaxia pós-exposição ocupacional (PEP) requer a avaliação do risco da exposição que inclui o tipo de material biológico envolvido, a gravidade e o tipo da exposição, identificação e situação sorológica anti-HIV do paciente-fonte e as condições clínicas, imunológicas e laboratoriais do paciente-fonte identificado como infectado pelo HIV/AIDS.

Nos casos em que for indicada a PEP deverá ser iniciada o mais rápido possível. O ideal é que seja iniciada nas primeiras horas subseqüentes ao acidente. Recomenda-se que para início de PEP, o prazo máximo seja de até 72h após o acidente.

No que concerne ao risco de transmissão do vírus da Hepatite B (HBV), segundo Rapparini, Vitória e Lara (2004) este se relaciona principalmente ao grau de exposição ao sangue no ambiente de trabalho e a presença ou não do antígeno HBeAg no paciente fonte.

Em exposições percutâneas envolvendo sangue infectado pelo HBV e com a presença de HBeAg, o risco de hepatite clínica varia entre 22 a 31% e o da evidência sorológica de infecção de 37 a 62%. Este risco cai bastante quando o paciente-fonte apresenta somente a presença de HBsAg (HBeAg negativo); nesse caso o risco de hepatite clínica varia de 1 a 6% e o de soroconversão 23 a 37%.

Entretanto, Rapparini salienta que, apesar disso, as exposições percutâneas são responsáveis por uma minoria dos casos ocupacionais de hepatite B entre profissionais de saúde, pois a maioria dos profissionais infectados em surtos ocorridos em hospitais não relata exposições percutâneas, mas cerca de 1/3 dos profissionais lembram de terem atendido pacientes com resultado positivo para o vírus da hepatite B.

Já o risco de transmissão do vírus da hepatite C (HCV) é extremamente raro em mucosas. O HCV só é transmitido de forma eficiente através do sangue. A incidência média de soroconversão, após exposição percutânea com sangue infectado pelo HCV é de cerca de 1.8%.

Vale ressaltar quanto ao programa de imunização, que as vacinas recomendadas para os profissionais de saúde são contra hepatite B, contra hepatite A, varicela, sarampo, rubéola, caxumba, influenza, tétano e difteria (BALDY, 1997).

No Manual de Biossegurança para Serviços de Saúde editado pela Prefeitura Municipal de Porto Alegre é recomendada a vacinação de todos os profissionais de saúde contra a hepatite B e o tétano (OPPERMAN C., 2003).

Já a cartilha do Trabalhador de Enfermagem da ABEN-RJ define que é altamente recomendável a proteção do trabalhador de enfermagem por meio de vacinas ou imunoglobulinas, contra as seguintes doenças: caxumba, difteria, gripe, hepatite B, rubéola, sarampo, tétano, tuberculose e varicella zoster. Eventualmente pode ser indicada ainda a proteção contra coqueluche, febre tifóide, hepatite A, doença meningocócica, doença pneumocócica e doença invasiva por *H. influenzae* (ABEN, 2006).

No que diz respeito à profilaxia para o tétano, existe indicação de utilização da profilaxia desde que sejam avaliadas a história de imunização contra o tétano e o tipo de ferimento sofrido. Quando se trata de ferimentos, sejam eles causados por materiais perfurocortantes em unidades de saúde ou por outros tipos de materiais, há que se pensar em profilaxia para essa doença.

Rapparini, Vitória e Lara (2004) recomendam as seguintes medidas para a profilaxia do tétano.

ANEXO 3 - Recomendações sobre a profilaxia do tétano

HISTÓRIA DE VACINAÇÃO CONTRA TÉTANO	FERIMENTO LIMPO OU SUPERFICIAL		OUTROS TIPOS DE FERIMENTO	
	VACINA	SAT ou IGHAT*	VACINA	SAT ou IGHAT*
Incerta ou menos de 3 doses	sim	não	sim	sim
3 doses ou mais; última dose há menos de 5 anos.	não	não	não	Não
3 doses ou mais; última dose entre 5 a 10 anos.	não	não	sim	Não
3 doses ou mais; última dose há mais de 10 anos.	sim	não	sim	não

Fonte: FUNASA JUNHO 2001.

(*) 5.000 unidades de SAT (soro anti-tetânico) via I.M. após realização do teste de sensibilidade, aos alérgicos ao SAT indicar imunoglobulina humana dose única de 250 unidades.

Quadro 1 Recomendações sobre a Profilaxia do Tétano.

Vale ressaltar a importância da participação dos gestores das organizações hospitalares, bem como dos profissionais especialistas na área de saúde e segurança do trabalho, para uma efetiva contribuição na implementação de medidas preventivas que venham a reduzir os riscos que acometem os trabalhadores da saúde.

A prevenção dos acidentes de trabalho tem sido privilegiada pelos estudiosos da área de saúde do trabalhador, por evitar problemas como custos sociais elevados, devido ao afastamento compulsório do trabalho e custos adicionais ao setor saúde, como a realização de procedimentos de alta complexidade e gastos com medicamentos de alto custo.

Além de todos esses argumentos, é importante ressaltar que, para alguns tipos de acidentes, como a exposição a sangue e outros materiais biológicos a que estão sujeitos os profissionais de saúde, nenhuma profilaxia pós-exposição é totalmente eficaz, de forma que a prevenção, às vezes, é a única alternativa (RAPPARINI, 2005).

Brandão (1997) salienta que os riscos de acidente não envolvem apenas sistemas tecnológicos e agentes perigosos manipulados e produzidos, mas também seres

humanos complexos e ricos em suas naturezas e relações biológicas e principalmente sociais.

2.1 A SAÚDE DO TRABALHADOR NO BRASIL E O QUADRO DE MORBIDADE POR ACIDENTES DE TRABALHO NO SETOR SAÚDE.

Além dos acidentes com materiais perfurocortantes, os profissionais de saúde estão submetidos a inúmeras condições de trabalho desgastantes. Temas como o absenteísmo, o estresse e os aspectos ergonômicos do trabalho, são citados por Menezes em um estudo em que investiga o trabalho noturno e os seus efeitos à saúde dos trabalhadores de um hospital público (MENEZES, 1999).

Em um Hospital Universitário do interior paulista, foi realizado um estudo sobre os acidentes ocupacionais com materiais perfurocortantes. Estes acidentes representaram 31,40% de todos os acidentes ocupacionais notificados ao SESMT, no ano de 1998 (CANINI, SMRS, *et.al.* 2002).

Varela (2005) descreve a ocorrência de problemas do sistema músculo-esquelético, Lesões por Esforços Repetitivos, Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (LER/DORT) em trabalhadoras de Hospitais. Estudos epidemiológicos apontam as dermatoses e/ou outras manifestações alérgicas aos produtos utilizados na atividade laborativa, problemas na coluna, agressões físicas devido à violência urbana, distúrbios psíquicos menores, dentre outros distúrbios. Rapparini (2004) ressalta que a preocupação com riscos biológicos surgiu no início dos anos 40, após a constatação de agravos à saúde dos profissionais de laboratórios que trabalhavam manipulando microrganismos e material clínico. A epidemia da AIDS nos anos 80 foi determinante para o aprimoramento das normas de segurança no trabalho para os profissionais que atuam na área clínica.

Muito antes do advento da epidemia da síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), a Lei nº 6.367, de 19 de outubro de 1976, já equiparava ao acidente de trabalho à doença proveniente da contaminação acidental do pessoal da área de saúde (CAIXETA, BARBOSA, 2005).

No ano de 1984, foi relatado o primeiro caso de transmissão ocupacional do vírus da AIDS, quando uma enfermeira britânica foi contaminada ao cuidar de paciente com AIDS. Em 1987, o *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) detectou mais três casos relacionados ao contato cutâneo-mucoso com sangue contaminado, justificando a recomendação, nesse mesmo ano, da adoção de “Precauções Universais” com sangue e outros líquidos corpóreos para evitar a transmissão para profissionais de saúde (ROCHA, *et al*, 1993).

No Manual de Acidentes Biológicos, foi relatado que, após o início da epidemia de AIDS no ano de 1981, já ocorreram em todo o mundo 103 casos comprovados e 219 casos prováveis de profissionais de saúde contaminados pelo HIV por acidente de trabalho.

A definição adotada pelo manual, sobre que profissionais devem ser considerados como parte integrante do setor de saúde, é complexa, pois extrapola aquelas profissões tradicionalmente relacionadas à prestação do cuidado. As exposições a materiais biológicos podem acometer até mesmo os visitantes e outros profissionais que eventualmente estejam nos serviços de saúde (RAPPARINI, VITÓRIA e LARA, 2005).

Além da dificuldade em tipificar os profissionais de saúde direta ou indiretamente expostos aos acidentes de trabalho, outro aspecto a ser considerado, quando se trata de acidentes de trabalho, é a ausência de um instrumento de notificação unificado no serviço público para os trabalhadores acidentados.

No momento em que, no panorama nacional, a Previdência Social apresenta uma inovação no reconhecimento dos agravos relacionados ao trabalho com a regulamentação do Nexo Técnico Epidemiológico (NTEP), o setor de seguridade social dos servidores públicos de vários estados da federação e municípios, ainda não possui sequer um instrumento unificado para notificação dos agravos relacionados ao trabalho.

O Decreto Nº. 6.042 de 12 de fevereiro de 2007, originado na Casa Civil da Presidência da República, alterou o regulamento da Previdência Social do decreto 3.048 de 6 de maio de 1999, e disciplinou a aplicação e o acompanhamento do Fator Acidentário de Prevenção (FAP) e o Nexo Técnico Epidemiológico (NTEP), modificando a lógica que prevalecia até então, realizada, prioritariamente, com base em critérios clínicos e ambientais.

Esse decreto incorpora à legislação previdenciária, a lógica da saúde coletiva, quando determina que o nexo entre o trabalho e o agravo é estabelecido, quando houver o NTEP, entre a atividade da empresa, tendo por base a CNAE, e o agravo que motivou a incapacidade, segundo a CID10, em conformidade com a Lista de Doenças do Trabalho (Lista A) da norma previdenciária.

A ausência de uma cultura de informação e notificação dos acidentes e doenças do trabalho no setor público dificulta o conhecimento sobre a realidade do perfil de acidentes entre os servidores públicos, tornando necessária a proposição de uma política de prevenção e notificação voltada para essa população.

No entanto, alguns avanços foram constatados ao longo do tempo. As notificações obrigatórias dos acidentes com materiais biológicos, por exemplo, são importante instrumento para conhecer e intervir sobre esse tipo de acidente, que são seguramente os mais freqüentes em diversos estudos realizados em hospitais e outros serviços de saúde.

Estudos realizados em ambiente hospitalar apontam experiências transdisciplinares positivas de análise coletiva dos acidentes de trabalho. O estudo realizado por Osório, (2005) teve como objetivo produzir efeitos tanto no ambiente de trabalho quanto nas relações dos trabalhadores com a sua atividade. O método de análise coletiva dos acidentes de trabalho foi construído em um hospital público brasileiro. Foram analisados acidentes com material biológico, mais especificamente os acidentes em ambiente hospitalar com instrumentos perfurantes e/ou cortantes, que apresentam uma gravidade especial, pelo risco de contaminação com vírus, como os da hepatite B e não A - não B (hepatite C) e ainda com o HIV.

2.2 A GESTÃO HOSPITALAR E A GESTÃO DOS RISCOS À SAÚDE NO TRABALHO

O gestor público, especialmente o gestor dos serviços de saúde defronta-se com uma prática de grande complexidade, resultante dos novos desafios colocados pelo SUS que, de um lado, deve garantir a universalidade e a equidade na prestação de serviços; e, por outro lado, deve possibilitar a participação popular e profissional nos

processos decisórios correlatos à organização da produção e também na execução (SCHRAIBER *et al.*, 2001).

A figura do administrador público, enquanto agente do Estado e suas políticas, surge nas décadas de 30-40 do Séc. XX. Esse profissional deveria apresentar um perfil técnico gerencial, aliando a organização da produção à otimização da produtividade, além de possuir talento no manejo dos problemas e conflitos cotidianos, gerando uma produção de serviços eficaz e eficiente em organizações públicas estatais.

Em um artigo sobre planejamento, gestão e avaliação em saúde, Schraiber *et al* (2001) buscam contribuir com questões relativas às interfaces entre a gestão e o trabalho em saúde e identificam os desafios práticos e os possíveis dilemas técnicos, éticos ou políticos e seus enfrentamentos.

Tendo como objetivo a racionalidade produtiva dos serviços, Schraiber (2001) vislumbra o planejamento e a gestão como produção do trabalho de organização e realização de outros trabalhos e pontua questões como as articulações entre as ações em saúde para a produção de cuidados e assistência, bem como as relações intersubjetivas, pelo que representam de ações comunicativas e partilhas de decisões (SCHRAIBER *et al.*, 2001).

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS/OMS) apud (Resende e Peixoto, 2003) conceitua a Atenção em Saúde como:

um conjunto de ações e serviços realizados pelo Sistema Único de Saúde e por outros setores de governo, para o atendimento das demandas e necessidades individuais e coletivas da população e das exigências ambientais de uma localidade.

Compõem as ações de Atenção à Saúde: as ações de política setorial em saúde, como as ações administrativas, que envolvem planejamento, comando e controle, as ações envolvidas na assistência e nas intervenções ambientais e as ações de comunicação e educação.

Para a metodologia da OPAS/OMS, a gestão de um sistema de saúde é a atividade que pressupõe a responsabilidade de coordenar, comandar ou dirigir um sistema de saúde no âmbito municipal, estadual ou nacional. Esta atividade é de competência exclusiva do poder público e abrange as funções de “*formulação, coordenação,*

articulação, negociação, planejamento, implementação, acompanhamento, regulação, controle, avaliação, auditoria e prestação de contas” (RESENDE e PEIXOTO, 2003).

Na esfera dos serviços de saúde, como as organizações hospitalares, a principal proposição para analisar a gestão é a identificação do modelo assistencial adotado; nesse aspecto são recomendadas:

- a) avaliação dos recursos físicos das unidades de saúde, (infra-estrutura e equipamentos), a sua distribuição geográfica, organização, e o seu funcionamento;
- b) avaliação dos recursos humanos existentes;
- c) análise da produção da rede de serviços de saúde;
- d) elaboração do diagnóstico integral da rede, ou seja, analisar a oferta e avaliar a demanda de serviços atual e projetada e identificar as necessidades de atenção à saúde;
- e) propor linhas estratégicas de atuação, considerando-se as políticas sanitárias, os problemas detectados; as preferências sociais da população e a sustentabilidade econômica, com vistas à elaboração dos respectivos planos de saúde.

Em Salvador, a partir dos dados disponibilizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) sobre os estabelecimentos de saúde no ano de 2005, pode-se observar que o Sistema Único de Saúde (SUS) detém 325 estabelecimentos do total de 1.213 existentes.

Observa-se, também, que dos 7.676 leitos disponíveis para internação hospitalar, apenas 2.563 leitos estão em estabelecimentos públicos. O SUS em Salvador utiliza 4.100 leitos de estabelecimentos privados de saúde que, somados aos da rede pública, totalizam 6.663 leitos, correspondendo a 86,80 % dos leitos para internação na capital.

Para o cálculo da demanda por atenção hospitalar, deve ser avaliado se os hospitais se constituem em unidades de referência em determinadas especialidades para os usuários do SUS. Para os que não se constituem como unidades de referência, aplicam-se os coeficientes de utilização de serviços verificados na população do ano do estudo e na projetada. Caso os hospitais sejam centros de referência para outros serviços, deve-se agregar a proporção esperada de referências ao cálculo da demanda.

A demanda excessiva de usuários por serviços de saúde de emergência pode ser um indicativo de problemas na rede de saúde e na previsão das necessidades de saúde da população

Se a atenção básica e as unidades de saúde da família não estiverem dimensionadas adequadamente para a população de uma determinada região, se as referências para as especialidades e procedimentos de média e alta complexidade de saúde estiverem concentradas na atenção hospitalar, os gestores e trabalhadores dessas unidades, certamente, terão problemas como o excesso de demanda ao serviço.

No que diz respeito ao gestor, as quatro condições básicas apontadas pela OPAS/OMS para promoção da atenção integral, universal e equânime à saúde, obedecendo aos princípios da descentralização e comando único em cada esfera preconizado pelo SUS são: ter vontade política, dispor de recursos alocados e definidos segundo prioridades, que também poderia ser traduzido como ter disponibilidade orçamentária, ter instrumentos de gestão implementados e ter capacidade de negociação.

Para Kato e Santana (2006), o processo gerencial possui componentes que se inter-relacionam e atuam para atingir certo objetivo, e envolve tarefas na perspectiva do que, quanto e onde deve ser feito, bem como quais os prazos a serem cumpridos para a sua conclusão, estabelecendo parâmetros ou critérios para identificação do grau de alcance dos objetivos.

Em geral, a gestão compreende o planejamento, a execução e a avaliação, sendo elementos essenciais da gestão:

1) uma política bem delineada e um ou mais programas para concretização dos objetivos definidos; 2) uma equipe de gestores comprometidos com essa política, bem informados e capacitados; 3) recursos financeiros, materiais e tecnológicos necessários (KATO E SANTANA, 2006).

Desde a década de 90, do século XX, foi consolidada internacionalmente com a publicação das Normas ISO 14000 e BS 8.800, a necessidade de programas mais integrais de gestão voltados para a área da saúde e segurança no trabalho. No Brasil, esta tendência foi observada a partir da revisão e publicação pelo Ministério do

Trabalho de algumas normas regulamentadoras na área de saúde e segurança do trabalho.

O avanço tecnológico e o trabalho em equipes facilitaram o conhecimento, e explicitaram a necessidade de atuação conjunta das diversas disciplinas, tais como a engenharia de segurança, a medicina do trabalho, a toxicologia ocupacional e ambiental, a enfermagem, a psicologia, a ergonomia e a engenharia ambiental para a quantificação do risco de danos à saúde e ao meio ambiente (KATO E SANTANA, 2006).

No âmbito da Gestão de Saúde e Segurança no Trabalho a norma OSHAS 18001 (*Occupational Health and Safety Assessment Series 18001*) oficialmente publicada pelo *BSI – British Standards Institution*, objetiva prover às organizações dos elementos de um Sistema de Gestão da Segurança e Saúde no Trabalho eficaz.

Este sistema deverá ser passível de integração com outros requisitos de gestão, especialmente com o sistema de gestão da qualidade e meio ambiente, de forma a auxiliá-las a alcançar seus objetivos de segurança e saúde ocupacional.

Um Sistema de Gestão de Saúde e Segurança no Trabalho (SGSST) pressupõe uma dinâmica cíclica com vistas à melhoria contínua e deve incluir o planejamento, a implementação a verificação e a revisão. Conforme representação gráfica a seguir:

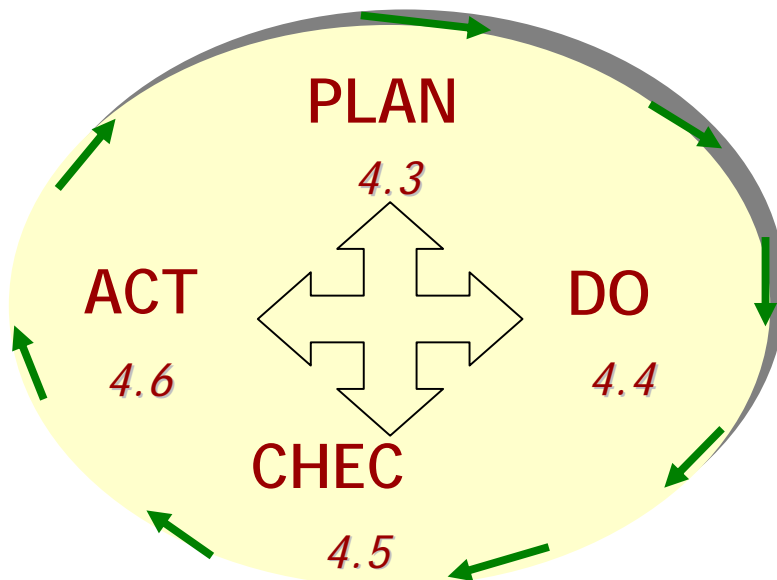


Figura 1 - Representação Gráfica do Sistema de Gestão de SST proposto pela OSHAS 18001. (il. Color)

FONTE: Universidade de Lusíada, (FARELO, 2003)

Pode-se compreender na representação gráfica da figura 1, que a primeira fase corresponde ao planeamento, a segunda à implementação, ou fazer, a terceira significa a verificação do que foi feito e a quarta equivale à revisão, em um ciclo que se realimenta.

Para Costella (2008) os principais objetivos do Sistema OSHAS 18001 são:

- fornecer os requisitos para um Sistema de Gestão da Segurança e Saúde Ocupacional (SSO);
- permitir a organização controlar seus riscos de acidentes e doenças ocupacionais e melhorar seu desempenho;
- implementar, manter e melhorar continuamente um sistema de gestão da SST;
- Assegurar-se de sua conformidade com a política de SST definida.

No que se refere aos acidentes de trabalho, documento produzido pelo Ministério do Trabalho recomenda que devam ser priorizados alguns aspectos na gestão dos riscos do processo de produção, tais como:

Operacionais – Falhas de componentes materiais ou equipamentos, reações aceleradas ou inesperadas, perdas de controle, etc.;

Ambientais – Mudanças climáticas, falhas ou deficiências de proteções, interferência de outro acidente, etc.;

Organizacionais – Inadequações no gerenciamento da organização ou de atitudes, falhas em procedimentos, treinamentos, supervisão, suporte, análise de processos, construção de instalações, sistema de isolamento de equipamentos, manutenção, etc.;

Pessoais – Erros, problemas de saúde, desobediências, intervenção maliciosa e outras. Recomenda-se que sendo necessário, sejam detalhados aspectos relativos a treinamento, experiência, etc.

Ao analisar os pressupostos do sistema de gestão de saúde e segurança proposto pela OSHAS verificamos que estes estão ancorados no modelo da saúde ocupacional. A Saúde do Trabalhador carece de modelos de gestão dos processos de trabalho e os riscos deles advindos à saúde humana.

Jackson Filho, Garcia e Almeida (2007) discutem em artigo editorial da revista de saúde ocupacional que o avanço do neoliberalismo e o enfraquecimento do Estado, resultaram na sua menor intervenção no campo da SST que foi transferido para o “controle interno” das empresas. Eles sinalizam que estão sendo propostos novos

sistemas de gestão da SST baseados no velho princípio de que acidentes resultam de desvios do comportamento e faz-se necessária a gestão do comportamento dos trabalhadores e questionam se está havendo ausência do Estado Brasileiro nas questões que envolvem a relação entre saúde e trabalho.

Outro aspecto a considerar é a fragilidade da participação dos trabalhadores nos processos de gerenciamento de riscos no trabalho e o enfraquecimento do movimento sindical no Brasil. Com relação ao movimento sindical o que se observa é a continuidade da monetização dos riscos, através de movimentos reivindicatórios por adicionais de insalubridade, em detrimento da luta por mais saúde e melhores condições de trabalho.

No que concerne à prevenção dos acidentes de trabalho com materiais biológicos, Rapparini, (2006) referiu em um Simpósio de Biossegurança em Belo Horizonte que a educação em segurança, somada ao uso das precauções durante os procedimentos e a utilização de dispositivos de segurança poderia evitar mais de 80% dos acidentes e cita as medidas recomendadas pela Associação Americana de Enfermagem, tais como:

Eliminação do risco

Ex. Evitar injeções desnecessárias, trocar via de administração de medicamentos, etc.

Medidas de engenharia

Ex. Artigos com dispositivos de segurança, etc.

Medidas administrativas

Ex. Comitês de Prevenção de Acidentes, Plano de Controle, Alocação de recursos, etc.

Mudanças nas práticas de trabalho

Ex. Não reencapar agulhas, coletor próximo do local do procedimento, etc.

Equipamentos de proteção individual

Ex. Luvas, óculos, capotes, máscaras, etc.

3 ASPECTOS METODOLÓGICOS

Este capítulo descreve a trajetória metodológica utilizada na pesquisa. O primeiro passo foi mapear e retirar os casos de acidentes com materiais perfurocortantes do universo de acidentes biológicos ocorridos em 2007, no hospital lócus da pesquisa com o objetivo de definir os casos que fariam parte do estudo. O mapa mensal elaborado pela CCIH do Hospital “A” com o consolidado de acidentes biológicos foi utilizado para essa finalidade.

Todos os dados quantitativos analisados foram coletados tendo como principal fonte o formulário adotado pelo Hospital “A” direcionado ao acidente ocupacional com material biológico, mais abrangente que o acidente com material perfurocortante.

Este fato demandou uma triagem prévia dos casos a serem excluídos do estudo, por não se enquadrarem como acidentes perfurocortantes. Dentre todas as ocorrências de acidentes biológicos notificados (185), foram retirados do estudo os acidentes que envolveram respingos de sangue e outros materiais biológicos em mucosa (79).

Por outro lado, o tipo de exposição ocorrida no acidente serviu como elemento de inclusão no estudo, pois as exposições percutâneas, que são as provocadas por instrumentos perfurantes e cortantes (agulhas, bisturi, e vidrarias) serviram como elemento definidor dos casos incluídos neste estudo. A partir desta etapa foi possível a análise da incidência de acidentes de trabalho com perfurocortantes no Hospital “A” em 2007.

Os dados utilizados para a caracterização do perfil de acidentes com materiais perfurocortantes foram dados secundários e incluíram todos os acidentes com materiais perfurocortantes notificados pela CCIH do Hospital “A”, ocorridos com todos os trabalhadores (estatutários, terceirizados e REDA) bem como os acidentes ocorridos com os estudantes durante o ano de 2007.

A inclusão dos estudantes na pesquisa se deve a importância de coletar informações sobre os acidentes ocorridos também com esse grupo de expostos, para conhecer em maior profundidade o perfil de ocorrência desse evento. A Saúde do Trabalhador, tendo por base o princípio da universalidade do SUS considera que os

estudantes e estagiários que atuam em serviços de saúde também estão expostos aos riscos decorrentes das condições e do processo de trabalho em saúde.

3.1 TIPO DE ESTUDO

Foi realizado um estudo de caso quali-quantitativo.

3.2 LÓCUS DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada em uma organização hospitalar de grande porte e alta complexidade que possui serviço de emergência e pertence ao Sistema Único de Saúde (SUS). É um serviço de saúde do setor público estadual, localizado na cidade de Salvador-BA.

Possui atendimento de emergência, que abrange os seguintes setores: Sala de Sutura, a Triagem, o Pronto Atendimento (PA) Masculino e Feminino, o Setor de Trauma Raqui-medular (TRM), a Emergência de Pediatria e o Ortotrauma. Possui ainda dois centros cirúrgicos, três Unidades de Terapia Intensiva (UTI), oito enfermarias, e recebe pacientes de todos os municípios do Estado da Bahia, realizando uma média de 6.000 atendimentos por mês.

No que se refere à gestão de pessoas, o Hospital "A" possui trabalhadores estatutários, terceirizados com regime de trabalho celetista na empresa de origem e trabalhadores do REDA. O Hospital "A" se caracteriza ainda por ser uma unidade docente assistencial que possui internos de medicina, estudantes e estágios das profissões da área de saúde e ainda médicos residentes.

A pesquisa foi iniciada com revisão bibliográfica sobre o tema e coleta de alguns dados preliminares sobre as organizações hospitalares do setor público que possuem serviço de emergência, e que fazem parte do Sistema Único de Saúde na Bahia.

O hospital pesquisado foi denominado Hospital "A", para assegurar o anonimato. O referido hospital não possui Comissão de Prevenção de Acidentes de Trabalho (CIPA) nem (Serviço de Engenharia Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT), assim não foi possível entrevistar os membros da CIPA. Não existem os documentos relativos ao (Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA) e (Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO).

Vale ressaltar que a legislação de Saúde e Segurança no Trabalho vigente no país obriga as empresas que possuem trabalhadores com contrato de trabalho regido pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) a elaborarem PCMSO e PPRA, bem como constituírem CIPA.

3.3 UNIVERSO DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada em uma unidade hospitalar do Serviço Público Estadual na cidade de Salvador. Investigou-se uma organização de grande porte que possui serviço de emergência.

Em Salvador existem dois hospitais públicos de grande porte com serviço de emergência. O Hospital "A" foi escolhido porque, segundo dados do Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), apresentou o maior número de acidentes biológicos no ano de 2007 na cidade de Salvador-BA.

A população alvo para elaboração do perfil dos acidentes correspondeu aos trabalhadores e estudantes (internos, residentes e estagiários) acidentados com instrumentos perfurocortantes no ano de 2007. Esta população foi de 106 trabalhadores.

Para a etapa do estudo qualitativo foram entrevistados trabalhadores e gestores do hospital que já trabalhavam no Hospital "A" antes de 2007.

3.4 COLETA DE DADOS

Durante o estudo foram realizadas 15 visitas ao hospital, cujas observações foram registradas em um diário de campo. A coleta de dados foi realizada pela autora do trabalho que também coletou os dados quantitativos e o material produzido pela unidade de saúde para o gerenciamento dos acidentes com materiais perfurocortantes, bem como realizou as entrevistas semi-estruturadas, principal instrumento para a coleta dos dados referentes à análise qualitativa.

A coleta de dados foi intensificada nos meses de outubro de 2008 e novembro/2008 com visitas e observações sistemáticas à unidade de emergência do hospital pesquisado.

3.4.1 Instrumentos de Coleta de Dados

Inicialmente foi levantada a bibliografia sobre o tema bem como a pesquisa documental, mediante análise dos programas e projetos implementados no hospital destinado ao gerenciamento e notificação dos acidentes de trabalho ocorridos com os trabalhadores deste hospital.

Em seguida, ocorreram visitas sistemáticas ao hospital. Os dados da pesquisa quantitativa foram dados secundários, coletados a partir de uma ficha elaborada com dados contidos no mapa de acidentes biológicos e no Formulário³ aplicado pela equipe de enfermagem do Hospital “A” com os profissionais e estudantes acidentados. Este instrumento de coleta de dados teve como objetivo caracterizar os acidentes ocorridos no ano de 2007 para produzir um diagnóstico sobre o perfil dos acidentes com materiais perfurocortantes e dos trabalhadores acidentados nestas organizações.

No que se refere às entrevistas, foi elaborado um roteiro único para aplicar com trabalhadores e gestores. Estes foram selecionados segundo critério de pertencer à equipe que lida com o problema desta pesquisa e trabalhar no Hospital “A” desde o ano de 2007.

3.5 PLANO DE ANÁLISE DOS DADOS

Ao estabelecer os indicadores, para melhor compreensão do objeto de estudo, foram definidos quatro blocos de dados prioritários:

I - Dados Referentes aos Acidentados;

II - Perfil do Acidente;

³ O formulário é denominado Formulário de Notificação de Acidente Biológico Ocupacional.

III - Agente causador do acidente;

IV - Sorologia do Paciente Fonte Quanto ao HIV;

No item dados referentes aos acidentados foram analisados o gênero dos pacientes acidentados e os dados sobre a ocupação, especificamente qual o cargo /função dos acidentados por materiais perfurocortantes no Hospital "A". Outro aspecto avaliado foi a ocorrência de mais de um acidente com o mesmo acidentado.

Com relação ao perfil do acidente, foram objeto de análise a data, o turno e o setor em que ocorreu o evento, estabelecendo-se a partir desse dado qual o turno e dia da semana de maior frequência de acidentes, quais os setores de trabalho que apresentaram maiores frequências de acidente, bem como, quais as partes do corpo atingidas nos acidentes com perfurocortantes.

No item relativo ao Agente causador do acidente, foi analisado qual o objeto envolvido no acidente (se agulhas, bisturi, escalpe, jelco ou outros). Foi avaliado também se havia sangue visível ou não no instrumento perfurocortante que atingiu o acidentado.

Outro aspecto importante que tem tido certa recorrência em estudos similares de acidentes com materiais perfurocortantes foi se houve tentativa de recolocar a proteção plástica na agulha (reencepe de agulha), assim como quais as circunstâncias ou em que momento da atividade ocorreu o acidente com material perfurocortante.

Por último foram analisadas as informações acerca da sorologia do paciente fonte para HIV, verificando quantas fontes foram positivas após a testagem para HIV, durante o ano da pesquisa.

Merece destaque a descrição do acidente feita pelos próprios acidentados, essencial para traduzir as representações sociais desses trabalhadores e dos estudantes acidentados. Esse campo do formulário de coleta de dados do acidente ocupacional com material biológico permitiu fazer a leitura do texto produzido pelos

próprios acidentados acerca do momento do acidente. Optou-se, portanto por retirar esses dados do bloco de dados quantitativos para compor o bloco dos dados qualitativos onde foram analisadas as representações sociais dos trabalhadores acerca dos acidentes.

No que se refere aos indicadores de análise do estudo, foram estabelecidos a partir dos dados coletados. Observamos que os acidentes com perfurocortantes representaram uma incidência elevada considerando o total de acidentes biológicos ocorridos em 2007.

Para calcular o percentual geral de profissionais atingidos por acidentes com materiais biológicos e o percentual de atingidos por acidentes perfurocortantes, adotamos a seguinte fórmula:

- a) Fórmula de Cálculo (% de profissionais atingidos por acidentes com materiais biológicos = N° . de profissionais acidentados no período/ N° . total de profissionais existentes no período x 100).
- b) b) Fórmula de Cálculo (% de profissionais atingidos por acidentes com materiais perfurocortantes = N° . de profissionais acidentados no período/ N° . total de profissionais existentes no período x 100).

Os dados qualitativos foram analisados a partir da análise de conteúdo das entrevistas com roteiro semi-estruturado, realizada com os gestores e trabalhadores do Hospital "A".

Foram analisados documentos utilizados pela gestão hospitalar para o gerenciamento dos acidentes com materiais perfurocortantes, dentre eles foi especialmente relevante o Fluxo para Acidentes com Materiais Biológicos, e o Formulário de Notificação de Acidente Biológico no Hospital "A", principal fonte de dados para caracterizar o perfil dos acidentes com materiais perfurocortantes no Hospital "A".

Dentre os documentos apresentados pelo Hospital "A", foi importante conhecer o formulário de encaminhamento dos trabalhadores acidentados para a Unidade de Saúde de Referência em doenças infecto contagiosas e o Roteiro Introdutório ao

Hospital “A” do Serviço de Higienização, elaborado pela Coordenação de Atenção de Enfermagem, destinado ao treinamento inicial dos trabalhadores da Higienização.

Outro documento importante, do ponto de vista dos acidentes com materiais perfurocortantes, é o Programa de Gerenciamento de Resíduos Sólidos das Unidades de Saúde.

Por fim, as entrevistas realizadas após autorização escrita dos entrevistados foram fundamentais para compreender como se dá a gestão de saúde e segurança no Hospital “A”.

Segundo Queiroz (1988), a técnica de coleta de dados da entrevista semi-estruturada baseia-se na conversação continuada entre informante e pesquisador, dirigida por este último de acordo com seus objetivos (DUARTE, 2002 apud Queiroz, 1988).

As entrevistas tiveram um roteiro prévio e foram gravadas e transcritas, para possibilitar a análise de conteúdo do discurso, e narrativa dos entrevistados. Esse procedimento ocorreu mediante apresentação do termo de consentimento livre e esclarecido para a pesquisa com seres humanos aos entrevistados, conforme recomendação da resolução 196 do Ministério da Saúde. O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria Estadual de Saúde.

Na quarta etapa, ocorreu a consolidação e análise dos dados, elaboração do diagnóstico e redação da dissertação. Os dados quantitativos e a análise estatística do estudo tiveram por base o programa de planilha eletrônica Excel. Para os dados qualitativos foi realizada a análise de conteúdo, entendida como:

um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.(Bardin, 1977:42) .

4 PERFIL DOS ACIDENTES E ACIDENTADOS NO TRABALHO HOSPITALAR COM MATERIAIS PERFUROCORTANTES

Neste capítulo, serão apresentados e analisados os principais resultados encontrados a partir da realização deste estudo. Inicialmente, serão abordados os aspectos relacionados à gestão dos acidentes de trabalho com materiais perfurocortantes no Hospital “A”.

Em seguida, será apresentado o perfil dos acidentes de trabalho com materiais perfurocortantes no hospital “A”. Quanto aos dados da pesquisa qualitativa, coletados nas entrevistas, os resultados apresentados tiveram por base a análise da percepção dos trabalhadores e gestores do Hospital “A”, acerca dos acidentes com materiais perfurocortantes.

4.1 PRINCIPAIS FERRAMENTAS UTILIZADAS NA GESTÃO DOS ACIDENTES COM PERFUROCORTANTES NO HOSPITAL “A”

Dentre as principais ferramentas utilizadas na gestão de Saúde e Segurança dos trabalhadores do Hospital “A”, está a “Cartilha de Orientação na Ocorrência de Acidente Biológico”, elaborada pela diretoria do Hospital e pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH).

Essa cartilha contém o formulário denominado “Fluxo de Atendimento em Caso de Acidente com Material Biológico”. Antes da existência desse fluxo, não havia uniformização nem padronização dos registros de acidentes ocupacionais, e o sub-registro era certamente maior do que o existente no momento da pesquisa.

A OIT considera que retratar 100% dos acidentes ocorridos nas empresas é uma tarefa árdua, uma vez que diversos fatores como indiferença, cultura, negligência e até omissão por parte dos próprios profissionais fazem com que a sub-notificação seja uma prática difícil de combater.

Em 2007, por ocasião do lançamento da Cartilha de Orientação do Hospital “A”, foi realizada ampla divulgação do fluxo, junto à equipe multiprofissional do referido

Hospital. Segundo informação da equipe técnica, este trabalho continua sendo realizado com os profissionais que ingressam no serviço, seja por concurso público, seja através do Regime Especial de Direito Administrativo (REDA).

No Fluxo de Atendimento em Caso de Acidente com Material Biológico está descrito que, imediatamente após a ocorrência do acidente, o profissional deverá procurar o Coordenador de Enfermagem da emergência que preencherá os formulários de Notificação de Acidente Biológico Ocupacional e Relatório de Encaminhamento ao CREAIDS/COAS; solicitará o teste rápido para HIV da fonte; encaminhará o funcionário ao Laboratório.

Caso a fonte seja conhecida, o Coordenador de enfermagem da emergência portando a solicitação do teste rápido e do Formulário de Acidente preenchido solicita o transporte para encaminhar o funcionário ao CREAIDS/COAS ou ao Hospital Couto Maia. Em seguida, é aberto um prontuário no SAME para o registro do acidente. Caso a fonte seja desconhecida, o Coordenador de enfermagem da emergência solicita o transporte para encaminhamento imediato ao CREAIDS/COAS ou ao Hospital Couto Maia.

No Setor de Emergência, será feito o registro/triagem do acidente mediante preenchimento de ficha de atendimento, objetivando a comprovação do acidente.

O Laboratório coletará o sangue do paciente fonte, para teste rápido de HIV, encaminhando o material coletado para o CREAIDS junto com o profissional acidentado. Deverá ainda encaminhar cópia dos resultados dos exames e formulário à CCIH.

O chefe de equipe orientará e prescreverá a quimioprofilaxia, quando indicado, conforme recomendação do Ministério da Saúde.

O SAME fornecerá relatório e atestado, quando necessário ao profissional acidentado.

O Setor de Pessoal receberá do profissional o relatório e o atestado, quando for o caso, entregues pelo SAME e encaminhará o profissional à perícia médica, portando os documentos entregues pelo setor.

A CCIH notificará o acidente no livro de registro, à SESAB, e à Vigilância Epidemiológica (do distrito sanitário correspondente).

A Farmácia Satélite fornecerá a quimioprofilaxia até duas horas após o acidente, quando prescrito pelo chefe de equipe da emergência.

O Setor de Transportes atenderá à solicitação feita pela coordenação de enfermagem para o encaminhamento do profissional, juntamente com a amostra de sangue da fonte ao CREAIDS/COAS ou ao Hospital Couto Maia.

Outros instrumentos que integram a gestão dos acidentes são o Mapa Mensal de Acidentes Biológicos, utilizado para a notificação dos acidentes biológicos no CEIH (Centro Estadual de Infecção Hospitalar) e o Roteiro Introdutório ao Hospital "A", elaborado pela coordenação de enfermagem do Serviço de Higienização do Hospital "A", dirigido aos trabalhadores da Higienização. .

Apesar de o Hospital "A" utilizar essas ferramentas de gestão dos acidentes de trabalho com instrumentos perfurocortantes, merece comentário o fato desse hospital ainda não notificar os acidentes biológicos no SINAN NET, conforme preconiza a Portaria 777 do Ministério da Saúde.

Ao analisar em que sistemas de informação estão sendo notificados os acidentes biológicos do Hospital "A", verificou-se que os mesmos também devem ser notificados na Previdência Social, através da Comunicação de Acidente de Trabalho. Segundo informações dos entrevistados, a CAT é emitida no caso de acidentes com trabalhadores com vínculo de trabalho celetista e terceirizados. Esse é o caso principalmente dos trabalhadores da Higienização.

A existência de diversos sistemas de informação que se sobrepõem e não se comunicam, inexistindo a possibilidade de importação de dados entre eles, dificulta o processo de monitoramento dos agravos em Saúde do Trabalhador.

Nobre e Santana (2005) destacam o crescimento econômico do Brasil e a sua importância crescente no cenário mundial. Este cenário impõe a necessidade de sistemas de informação articulados entre si para gerar informações na área de Saúde e Segurança do Trabalho, permitindo o aperfeiçoamento das políticas de saúde a partir do monitoramento do estado de Saúde do Trabalhador.

Só recentemente o Núcleo de Vigilância Epidemiológica do Hospital "A" foi instalado, o que vai possibilitar um controle mais eficaz não só dos agravos à saúde dos trabalhadores, como também dos usuários do serviço. Espera-se que, com o funcionamento do núcleo, o problema relacionado à falta de notificação desses agravos no SINAN NET possa ser equacionado.

O Hospital "A" não possui Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA, Comissão de Saúde, Serviço de Saúde Segurança e Medicina do Trabalho -SESMT, nem uma equipe de profissionais de Saúde e Segurança destacados para atuar na Saúde do Trabalhador. Também não dispõe de uma política de saúde do trabalhador definida. O que de fato existe são algumas iniciativas por parte da equipe técnica e da equipe de gestores para a proteção da saúde dos trabalhadores.

No caso dos funcionários públicos não está definido no Estado da Bahia um instrumento para a notificação dos acidentes de trabalho junto ao setor de Previdência dos Servidores Públicos. O que está definido no fluxo interno dos serviços é que todos os trabalhadores do Hospital "A" devem notificar o acidente biológico, nele incluído o acidente percutâneo, junto a CCIH através do Formulário de Notificação de Acidente Ocupacional Biológico.

4.2 PERFIL DOS ACIDENTES DE TRABALHO COM MATERIAIS PERFUROCORTANTES DO HOSPITAL “A”.

Com relação ao perfil do acidente, foram analisados a data, o turno e o setor em que ocorreu o evento, estabelecendo-se, a partir desse dado qual o turno e dia da semana de maior frequência de acidentes, quais os setores de trabalho que apresentaram maiores índices de acidente bem como quais as partes do corpo atingidas nos acidentes com perfurocortantes.

Para elaborar o perfil dos acidentes de trabalho com materiais perfurocortantes no Hospital “A”, foram utilizados dados secundários dos mapas mensais dos acidentes com materiais biológicos, bem como os formulários padronizados de acidentes ocupacionais com materiais biológicos, utilizados para o registro e notificações dos acidentes no serviço. A partir desses instrumentos, foi elaborada uma ficha de coleta para direcionar o processo de seleção dos dados que fariam parte deste estudo.

A análise dos dados coletados foi calcada na lógica da saúde coletiva, que busca a problematização da relação trabalho/saúde, e coloca no centro da análise o caráter social do processo saúde-doença, buscando as suas interfaces com o processo de produção (LAURELL, A. & NORIEGA, M., 1989). A seguir, observa-se a tabela com a frequência mensal dos acidentes biológicos e o percentual dos acidentes perfurocortantes do Hospital “A”, em relação a cada mês e ao ano de referência do estudo.

Tabela 1 – Frequência mensal e anual dos acidentes perfurocortantes em relação aos Acidentes Biológicos no Hospital “A”. SSA/BA, 2007.

MÊS	Nº. de Ac. Biológicos	Nº. de Ac. Perfurocortante	%mês	%ano
Janeiro	17	9	51,94%	8,49
Fevereiro	8	6	75%	5,66
Março	23	13	56,52%	12,26
Abril	11	5	45,45%	4,72
Maiο	16	10	62,5%	9,43
Junho	16	5	31,25%	4,72
Julho	12	6	50%	5,66
Agosto	13	7	53,84%	6,61
Setembro	12	6	50%	5,66
Outubro	23	14	60,86%	13,21
Novembro	18	12	66,66%	11,32
Dezembro	16	13	81,25%	12,26
Total	185	106	-	-

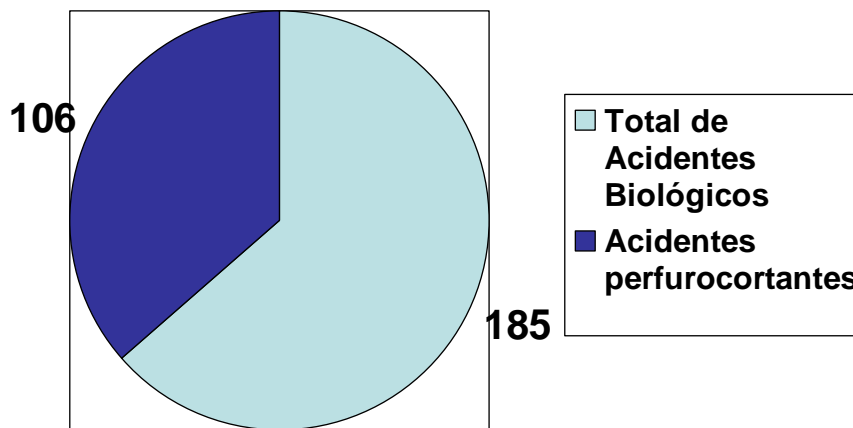
Fonte: Mapa de Acidentes de Trabalho com Material Perfurocortante do Hospital “A”, SSA/BA,07.

No ano de 2007, foram identificados 185 acidentes biológicos no Hospital “A”, Desses, 106 foram definidos como acidentes com materiais perfurocortantes, correspondendo a 57,29%. A média de acidentes com materiais perfurocortantes correspondeu a 8,83 acidentes por mês. O erro padrão foi 0,99, a mediana 8 e a moda foi 6, o valor mínimo encontrado foi de 5 acidentes por mês e o máximo, 14. O nível de confiança a 95% foi de 2,16.

Os achados corroboram com outros estudos em que os acidentes com perfurocortantes lideram as estatísticas desses eventos entre os profissionais de saúde. Entretanto o percentual de acidente com perfurocortante encontrado no Hospital “A”

ficou abaixo do percentual encontrado nos dados do SISTEMA DE NOTIFICAÇÃO DE ACIDENTES BIOLÓGICOS-SINABIO, divulgados no primeiro boletim epidemiológico, que correspondeu a 86%, e dos dados do Relatório do ano IV do Boletim Epidemiológico do PSBIO, em que dos 3596 acidentes, 3022 envolveram exposições percutâneas ou mucocutâneas (84%).

Figura 2 - Incidência de Acidentes com Instrumentos Perfurocortantes no Hospital "A", SSA/BA,07



Fonte: Mapa de Acidentes de Trabalho com Material Perfurocortante do Hospital "A", SSA/BA, 07

Após a definição dos acidentes que fariam parte do estudo, foram analisadas as tabelas, tendo por base os quatro blocos prioritários da pesquisa. O primeiro bloco refere-se aos dados dos acidentados. Nesse bloco, o primeiro item analisado foi o gênero dos trabalhadores acidentados.

Tabela 2 - Distribuição por sexo dos trabalhadores acidentados por materiais perfurocortantes no Hospital "A". SSA/BA, 2007.

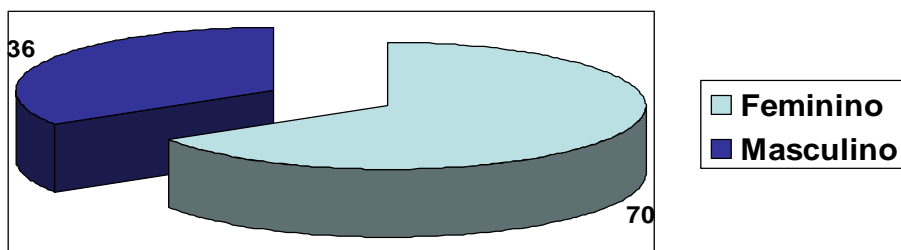
SEXO	N	%
FEMININO	70	66,04%
MASCULINO	36	33,96%
TOTAL	106	100%

Fonte: Mapa Mensal de Acidente Biológico do Hospital "A", SSA/BA, 07

Com relação ao sexo, o achado de 66,04% de acidentes na força de trabalho feminina no Hospital “A” é bastante similar ao encontrado em outros estudos sobre acidentes com materiais perfurocortantes em profissionais de saúde.

No Relatório Consolidado do Sistema de Vigilância PSBIO sobre acidentes biológicos em profissionais de saúde de vários estados do Brasil, ocorridos entre março de 2002 a agosto de 2008, foi encontrado que, do total de 3.304 trabalhadores de saúde acidentados, 2.382 (72,1%) da força de trabalho acidentada era feminina. Isso pode ser explicado devido à predominância das mulheres no mercado de trabalho do setor saúde, que abrange algumas profissões que são majoritariamente femininas. Veja a representação gráfica da distribuição por sexo.

Figura 3 - Distribuição por sexo dos trabalhadores acidentados por materiais perfurocortantes no Hospital “A”, SSA/BA, 2007.



Fonte: Mapa Mensal de Acidente Biológico do Hospital “A”, SSA/BA, 07.

No que se refere à ocupação dos acidentados, especificamente o cargo /função desses trabalhadores, os resultados indicam que os médicos lideraram, individualmente, o grupo de trabalhadores acidentados, apresentando 30 acidentes, entretanto, se considerarmos o somatório do grupo de enfermagem (1 enfermeiro, 22 técnicos de enfermagem e 20 auxiliares de enfermagem), verifica-se que o grupo da

enfermagem lidera a estatística de acidentes com materiais perfurocortantes no Hospital “A” apresentando 43 acidentados.

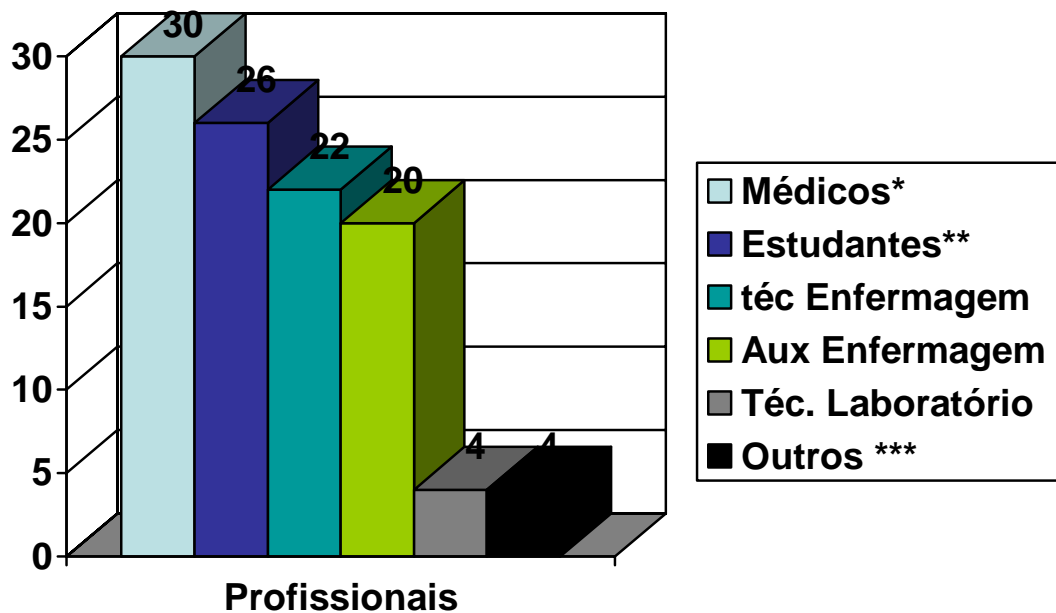
O dado sobre a liderança da categoria profissional dos médicos merece destaque principalmente porque, em termos quantitativos, existe uma tendência observada na maioria dos hospitais de que o número de trabalhadores do corpo médico do hospital seja inferior ao número de trabalhadores do grupo de enfermagem.

Para compreensão e análise mais aprofundada desse dado, seria importante conhecer o total de trabalhadores especificados por grupos profissionais atingidos pelos acidentes com materiais perfurocortantes no Hospital “A”. Desse modo, seria possível calcular a proporção de acidentados por categoria profissional, no entanto, os dados não foram disponibilizados pelo hospital até a data de conclusão deste estudo.

O fato do grupo de médicos se apresentar como majoritário no que se refere ao número de trabalhadores acidentados pode estar relacionado ao trabalho intenso de prevenção desenvolvido pela equipe da CCIH do Hospital “A” junto aos profissionais do setor de enfermagem, já que este grupo se constitui como um grupo profissional numericamente superior na equipe de saúde do hospital.

Por outro lado, os médicos não têm recebido por parte da gestão hospitalar nenhuma atenção especial como um programa de educação e comunicação voltado para a prevenção de acidentes perfurocortantes por parte dos gestores, mesmo porque o perfil de ocorrência deste tipo de acidente de trabalho é desconhecido por parte da maioria de trabalhadores e gestores do Hospital “A”.

Figura 4 - Distribuição dos acidentes com materiais perfurocortantes por área de formação profissional no Hospital “A” no ano de 2007.



*Médicos sem especificação da especialidade e Médicos Residentes.

**Estudantes, Internos de Medicina e Estagiários.

***Enfermeiro, Instrumentador e Técnicos de Higienização.

Fonte: Mapa Mensal de Acidente Biológico do Hospital “A”, SSA/BA, 07.

Outra interpretação para este resultado seria a ausência de condições de segurança adequadas no desenvolvimento dos processos de trabalho da equipe médica, bem como a inexistência de um trabalho constante de prevenção de acidentes e doenças ocupacionais junto aos trabalhadores de saúde deste Hospital.

Segundo informações dos entrevistados, o único grupo de trabalhadores que recebe treinamento e instruções de segurança em saúde de forma mais sistemática no Hospital “A” é o grupo que trabalha na higienização. Para os demais trabalhadores é realizado treinamento em serviço quando ingressam no hospital “A”, mas não há um trabalho de educação permanente.

Foi citada ainda nas entrevistas a dificuldade de acesso ao auditório do hospital para realização de atividades educativas devido ao uso freqüente deste espaço pela comissão de licitação do hospital “A”, demonstrando a necessidade de ampliação de espaços coletivos para a difusão de informações sobre saúde e segurança no trabalho.

Merece menção o fato de que 26 acidentes tenham ocorrido com os estudantes (internos de medicina, estudantes de enfermagem e estagiários), apontando a necessidade de investimento na área de segurança e saúde do trabalhador desde o processo de formação profissional.

Outro aspecto avaliado no perfil do acidentado foi acerca da ocorrência de mais de um acidente de trabalho com o mesmo acidentado. Para analisar esse item, foram calculadas as proporções por sexo do número de profissionais acidentados mais de uma vez, já que o percentual de mais de um acidente foi maior entre o grupo de mulheres (58,62%), o que poderia levar a uma conclusão equivocada de que entre as mulheres, o risco de mais de um acidente seria maior que entre os homens.

Contudo, ao analisar o dado sobre a proporção de mais de um acidente entre o grupo total de acidentados, verifica-se que o grupo de mulheres apresentou menor proporção de mais de um acidente (24,28%) do que o grupo de homens (33,3%). De qualquer modo, o índice encontrado de 27% de reincidência de acidentes distribuídos entre os trabalhadores de ambos os sexos é considerado elevado.

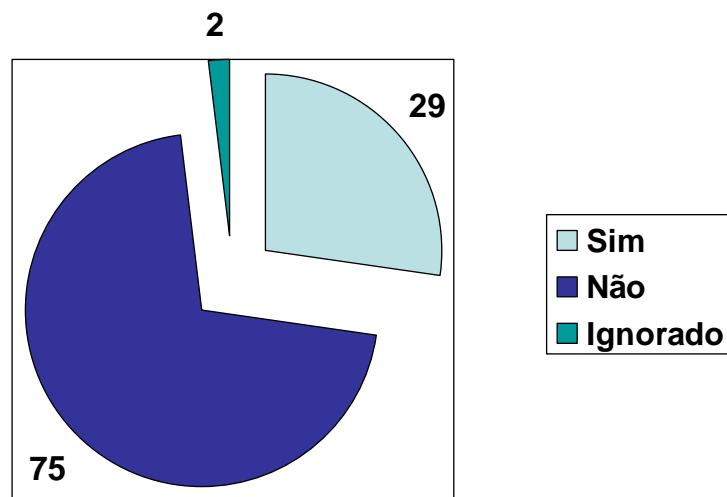
Tabela 3 - Distribuição por sexo dos profissionais que sofreram mais de um acidente com material perfurocortante no Hospital “A”, SSA/BA, 07.

SEXO	MAIS DE UM ACIDENTE	N	%	PROPORÇÃO
MASCULINO	12	35	41,38%	33,33%
FEMININO	17	70	58,62%	24,48%
TOTAL	29	106	100%	27,35%

Fonte: Formulário de Acidente com Material Biológico do Hospital “A”, SSA/BA, 07.

Merece comentário o fato de vinte e nove trabalhadores, representando (27,35%) dos acidentados, já ter sofrido outros acidentes de trabalho com materiais perfurocortantes.

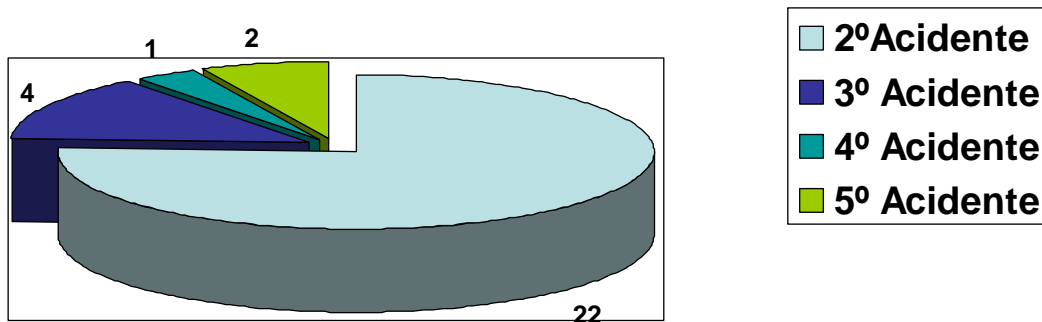
Figura 5 - Número de trabalhadores que sofreram mais de um acidente. SSA/BA, 2007.



Fonte: Formulário de Acidente com Material Biológico do Hospital "A", SSA/BA, 07.

Este fato deve servir de alerta principalmente porque alguns trabalhadores chegaram a sofrer até mais de quatro acidentes, o que leva a crer que a atividade, ou as condições do posto de trabalho em que as atividades são realizadas, apresentam um elevado grau de risco para a ocorrência desses agravos à saúde do trabalhador (Figura 6).

Figura 6 - Quantitativo de Acidentes, com Materiais Perfurocortantes, dos Trabalhadores do Hospital "A", SSA/BA, 07,



Fonte: Formulário de Acidente com Material Biológico do Hospital "A", SSA/BA, 07.

Vale ressaltar as características da atividade desenvolvida pelo profissional que informou no Formulário de Notificação de Acidente Biológico Ocupacional ter se acidentado mais de quatro vezes. Esse trabalhador é da categoria profissional de Auxiliar de Enfermagem e informou ter se acidentado com uma agulha de sutura no Centro Cirúrgico, que é o local onde desenvolve as suas atividades.

É fato que os auxiliares de enfermagem não realizam suturas em pacientes, pois esse é um procedimento que, na equipe de saúde, é de responsabilidade do médico. Portanto pode-se atribuir esse acidente ao contato com o objeto perfurocortante fora da atividade intrínseca do trabalhador.

Não foi possível identificar a atividade relacionada ao outro evento com o trabalhador da categoria auxiliar de enfermagem que se acidentou mais de quatro vezes porque o formulário de notificação estava com preenchimento incompleto.

O grupo profissional de médicos também liderou o grupo dos profissionais que se acidentaram mais vezes. Dos 29 profissionais que tiveram mais de um acidente, 18 eram médicos, sendo que um deles se acidentou por 4 vezes.

Tabela 4 - Distribuição da quantidade de acidentes com materiais perfurocortantes no Hospital "A", por área de formação profissional, entre os trabalhadores acidentados mais de uma vez. SSA/BA, 07.

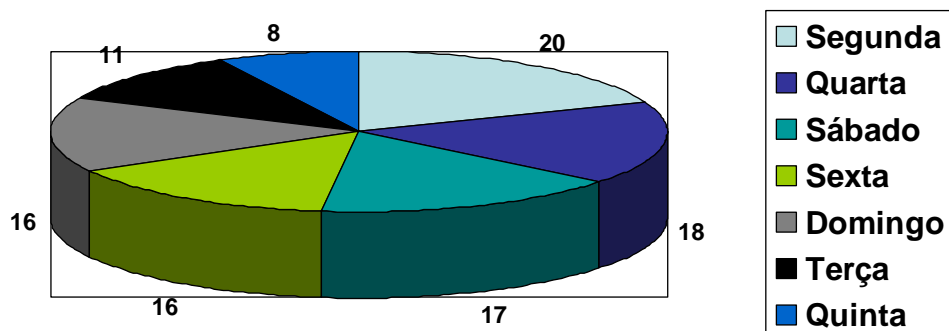
PROFISSIONAL	2 ^o ACIDENTE	3 ^o ACIDENTE	4 ^o ACIDENTE	5 ^o ACIDENTE	TOTAL
* Médico	15	2	1	-	18
Enfermeira	1	-	-	-	1
Téc. de Enferm.	3	-	-	-	3
Aux. de Enferm.	1	1	-	2	4
Téc. Higieniz.	1	-	-	-	1
Téc. Laboratório	1	1	-	-	2
TOTAL	22	4	1	2	29

FONTE: Formulário de Acidente com Material Biológico do Hospital "A", SSA/BA, 07.

*Este item inclui os médicos, residentes e estudantes de medicina.

Com relação à caracterização do Acidente, o primeiro aspecto analisado foi a data do acidente. Inicialmente foi feito um agrupamento das datas dos acidentes com o dia da semana, para investigar se havia algum dia da semana em que os acidentes ocorressem com maior frequência (Figura 7).

Figura 7 - Distribuição dos Casos de Acidente com instrumentos perfurocortantes ocorridos no Hospital "A" por dia da semana. SSA/BA, 07.



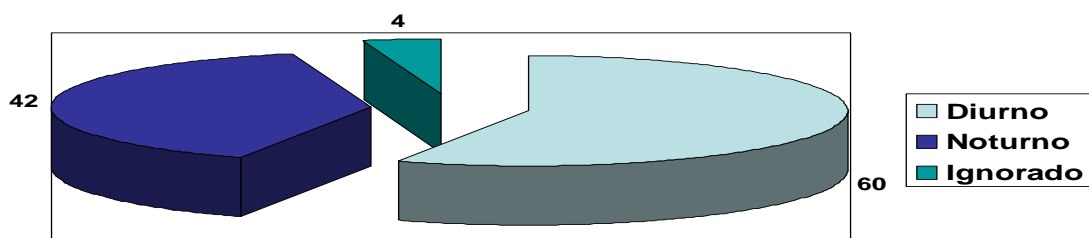
Fonte: Mapa Mensal de Acidentes com Perfurocortantes do Hospital "A". SSA/BA, 07

De acordo com a Figura 7, observa-se que segunda-feira foi o dia da semana que concentrou o maior número de acidentes, 20 (18,87%), seguido de quarta-feira, 18 (16,98%). Nos finais de semana (sábado e domingo), quando geralmente só o atendimento de emergência funciona nos Hospitais, ocorreram 33 acidentes, representando (31,13%) do total de acidentes ocorridos no ano de 2007.

A média de acidentes com materiais perfurocortantes por dia da semana correspondeu a 15,14 acidentes por dia. O erro padrão foi 1,58. Para a mediana e a moda o valor encontrado foi 16, O desvio padrão foi de 4,18. O valor mínimo encontrado foi de 8 acidentes no dia de quinta-feira e o valor máximo, 20 (segunda-feira). O nível de confiança a 95% foi de 3,86.

No item hora em que ocorreu o acidente, houve dificuldade na coleta do dado por não existir uma uniformidade no que diz respeito ao registro. Em alguns formulários havia a hora exata em que o acidente ocorreu, outros continham apenas o turno de trabalho, outros ainda não registraram o dado. Para uniformizar a tabulação do dado, optou-se por agrupar as respostas em turnos, separando os acidentes noturnos (19h às 7h), dos diurnos. (7h às 19h).

Figura 8 - Distribuição dos acidentes com materiais Perfurocortantes do Hospital "A" por turno de ocorrência, SSA/BA, 07.



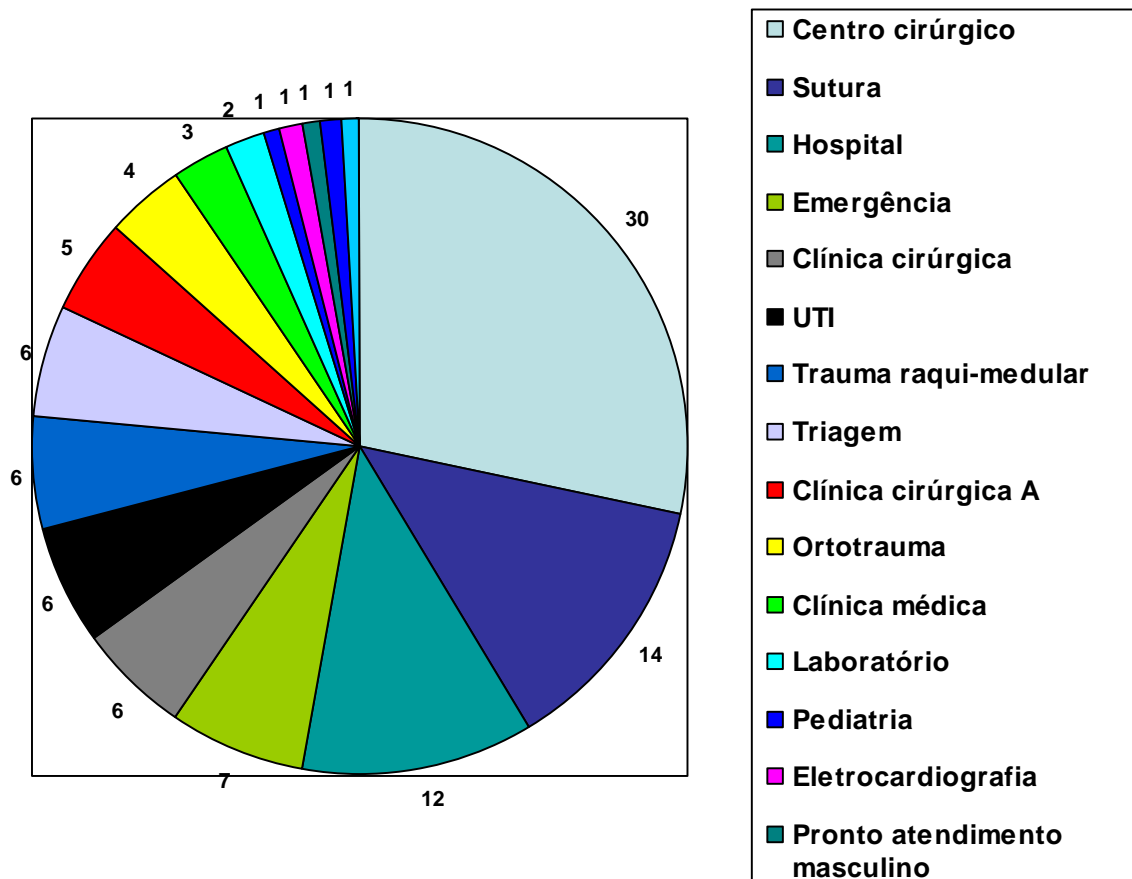
Fonte: Formulário de Acidente Ocupacional com Material Biológico do Hospital "A". SSA/BA, 07

Verificou-se que 60 acidentes (56,6%) ocorreram durante o dia e 42 (39,6%) durante a noite. Em 04 acidentes (3,78%), não foi possível identificar o turno de ocorrência devido ao preenchimento incompleto do formulário pelo acidentado. Ao analisar o setor do Hospital em que ocorreu o evento, buscou-se identificar quais os

setores de trabalho que apresentaram maiores freqüências de acidentes, para fazer um mapeamento dos setores de maior risco (Figura 9).

Figura 9 - Setores do Hospital “A” em que ocorreram os acidentes. SSA/BA, 07.

*Ocorreu um acidente (1) no CTQA e 1 na Ambulância.



Fonte: Mapa Mensal de Acidente com Material Biológico do Hospital “A”. SSA/BA, 07.

No que se refere ao setor de ocorrência do acidente, o gráfico acima apresenta uma distribuição espacial dispersa desses eventos em vários setores do Hospital, chegando a ocorrer acidente até na ambulância. Esta situação demonstra a necessidade de mapear os riscos à saúde existentes nos diversos setores, inclusive extra organização, mas que estão relacionados com o trabalho hospitalar.

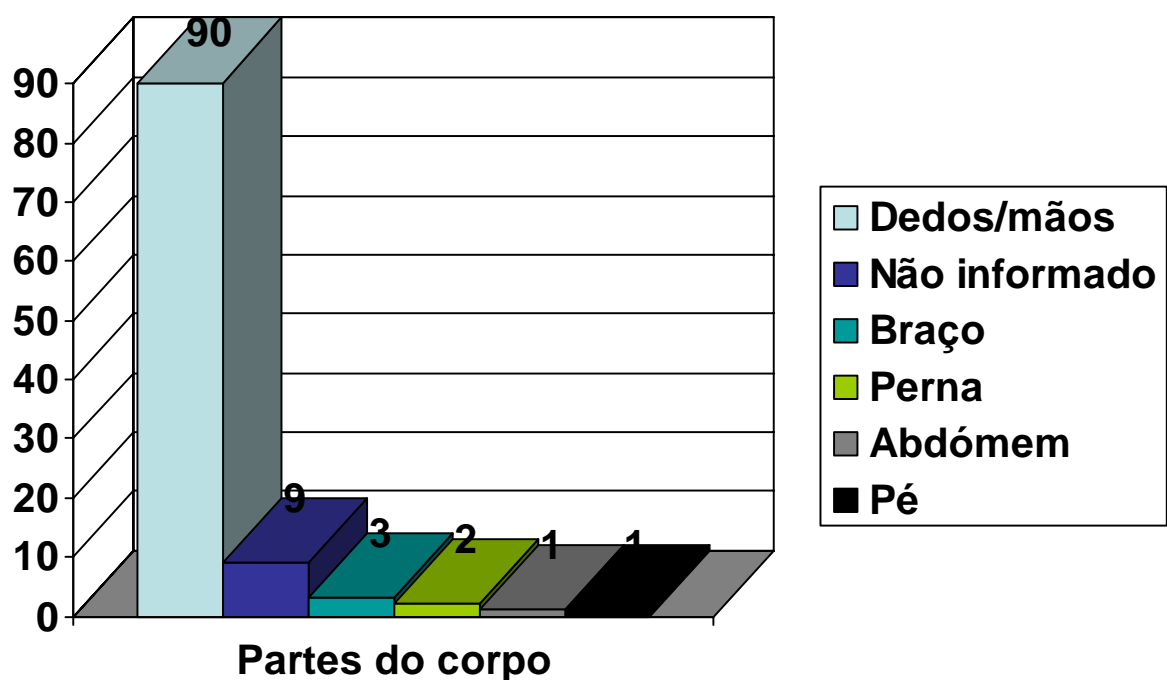
Mais uma vez houve problemas com o preenchimento do formulário. Doze (12) trabalhadores informaram o Hospital "A" como setor de ocorrência do acidente, portanto responderam a pergunta sem detalhar o local onde de fato se acidentou. Isoladamente, o Centro Cirúrgico foi o local em que houve uma concentração maior desses eventos. Ao todo, só no Centro Cirúrgico ocorreram 30 acidentes com materiais perfurocortantes, correspondendo a 28,30% do total de acidentes deste estudo.

Entretanto observa-se que a Emergência que foi referida como local do acidente por apenas sete (07) trabalhadores, conforme a representação da Figura 9 apresentou de fato 34 trabalhadores acidentados. Isto pode ser explicado porque a Emergência abrange os seguintes setores: Sala de Sutura, a Triagem, o PA Masculino e Feminino, o Setor de Trauma Raqui-medular (TRM), a Emergência de Pediatria e o Ortotrauma. Isto sem se referir aos corredores desse setor, que, devido ao problema freqüente de superlotação de pacientes no interior das salas de emergência, acaba por abrigar macas com pacientes, se constituindo, portanto em local onde os trabalhadores de saúde também laboram.

As informações sobre essa distribuição espacial dos setores do Hospital "A" foram coletadas nas visitas realizadas às suas instalações físicas, bem como nas entrevistas realizadas, que se constituíram como elementos fundamentais para a compreensão da realidade do objeto de estudo desta pesquisa. No entanto foi considerado importante apresentar a representação gráfica desagregadamente, pois, desse modo, os locais onde os acidentes de fato ocorreram ficariam mais especificados,

Nas Enfermarias de Clínicas Cirúrgicas A e B, ocorreram onze (11) acidentes, na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), seis (6), na Enfermaria de clínica médica três (03), no Laboratório dois (02) e em outros locais do Hospital "A" cinco (05) acidentes.

Figura 10 - Partes do corpo atingidas nos acidentes, SSA/BA, 07.

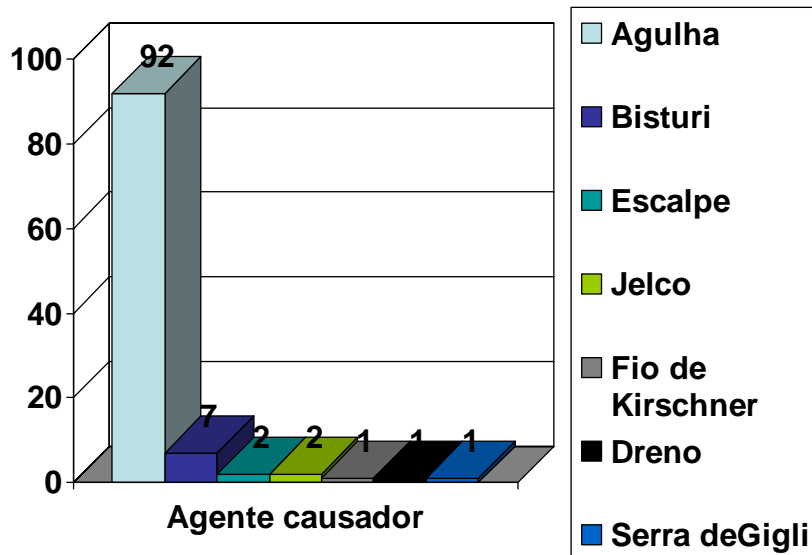


Fonte: Mapa Mensal de Acidente Biológico do Hospital "A", SSA/BA, 07.

Ao todo, foram atingidas noventa (90) mãos nos acidentes com instrumentos perfurocortantes, correspondendo a 84,90%. Foram também acidentados três (03) braços (2,82%) e duas pernas (1,89%). Nove (09) dos acidentes estavam sem informações sobre qual a parte do corpo foi atingida, correspondendo a 8,49%. Houve um caso em que o abdômen foi atingido e um caso em que a parte do corpo atingida no acidente foi o pé.

Outro aspecto avaliado no perfil do acidente foi acerca do agente ou objeto envolvido no acidente com material perfurocortante (Figura 11).

Figura 11 – Materiais Perfurocortantes envolvidos nos Acidentes, SSA/BA, 07.



Fonte: Mapa Mensal de Acidente Biológico do Hospital "A", SSA/BA, 07.

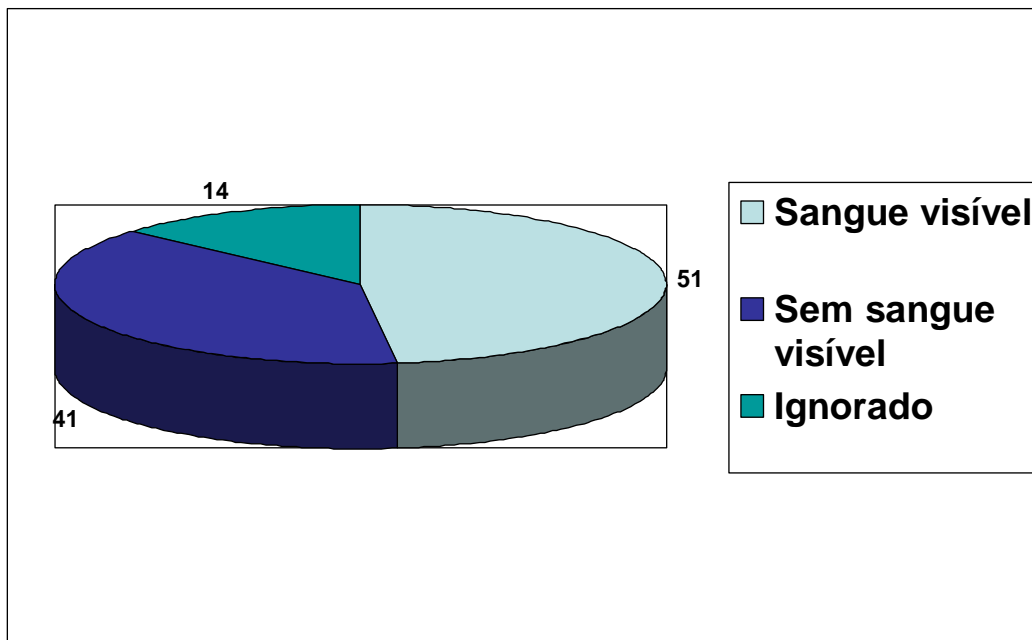
Em 92 acidentes com instrumentos perfurocortantes, correspondendo a 86,90% dos casos, as agulhas foram os instrumentos que apresentaram maior frequência representando o principal agente, sejam as agulha com lúmen, ou sem lúmen. Foram citadas as agulhas de glicemia capilar e as agulhas de acupuntura, entre outras. O bisturi foi o segundo principal instrumento, com 07 acidentes, equivalendo a (6,60%) dos casos. Tanto o jelco, quanto o escalpe estiveram associados a dois acidentes. Ocorreu um acidente envolvendo o dreno e um em que a serra de Gigli foi o objeto envolvido no acidente com material perfurocortante.

Um aspecto importante para estabelecer a gravidade do acidente com instrumento perfurocortante é a existência de sangue visível ou não no agente envolvido no acidente (material perfurocortante), bem como a quantidade de sangue e a profundidade da lesão, dentre outros.

Como houve problemas no preenchimento do formulário, com muitos dados perdidos sobre a quantidade de sangue visível e a profundidade da lesão, neste

estudo foi avaliada apenas a existência ou não de sangue visível no instrumento perfurocortante envolvido no acidente (Figura 12).

Figura 12 - Presença de Sangue Visível no Material Perfurocortante SSA/BA, 07.



Fonte: Formulário de Acidente Ocupacional com Material Biológico do Hospital "A". SSA/BA, 07.

Os acidentes em que havia sangue visível no instrumento perfurocortante (51 casos correspondendo a 48,11%) foram mais freqüentes que os acidentes em que não havia sangue visível (41 casos, correspondendo a 38,68%). Em 14 acidentes (13,21% dos casos), os formulários estavam incompletos e não havia informação sobre a existência ou não de sangue visível.

No Manual de Recomendações para Atendimento e Acompanhamento de Exposição Ocupacional a Material Biológico, HIV e Hepatites B e C, foi descrito que em um estudo do tipo caso-controle multicêntrico retrospectivo, que envolveu os acidentes percutâneos, um risco maior de transmissão do vírus da imunodeficiência

esteve associado às exposições com grande quantidade de sangue do paciente-fonte.

Os marcadores definidos pelo estudo foram dispositivo visivelmente contaminado pelo sangue do paciente; procedimentos com agulha diretamente inserida em acesso arterial ou venoso; e lesão profunda. Foi demonstrado neste estudo que o uso profilático do AZT (zidovudina), esteve associado à redução de 81% do risco de soroconversão após exposição ocupacional (RAPPARINI, VITÓRIA E LARA, 2005).

A tabela 5 apresenta as principais atividades relacionadas ao momento do acidente com instrumento perfurocortante.

Tabela 5 - Atividades Relacionadas aos Acidentes com Materiais Perfurocortantes no Hospital “A”. SSA/BA, 07.

Atividade	N	%
Procedimento	56	52,83%
Descarte/Encapar/ Desencapar	11	10,38%
Sutura	07	6,61%
Cirurgia	05	4,72%
Glicemia	04	3,78%
Punção	03	2,83%
Medicação	02	1,89%
Fixar Cateter	01	0,94%
Roupa	01	0,94%
Escalpe Solto	01	0,94%
Jelco	01	0,94%
Retirar Bandeja	01	0,94%
Higiene do leito	01	0,94%
Tricotomia	01	0,94%
Coleta	01	0,94%
Não informado	10	9,44%
Total	106	100%

Fonte: Formulário de Acidente Ocupacional com Material Biológico do Hospital “A”. SSA/BA, 07.

Nesta tabela verifica-se que 56 trabalhadores (52,83%) informaram que estavam realizando um procedimento no momento do acidente, sem especificar no formulário qual o tipo de procedimento. Em dez (10) casos, o que corresponde a 9,43% dos

acidentes, não havia informação disponível sobre a atividade desenvolvida no momento do acidente.

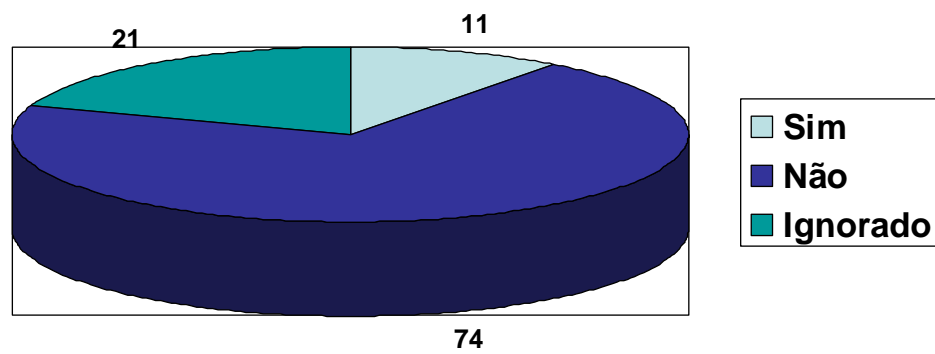
Isso indica a importância de rever o Formulário de Acidente Ocupacional com Material Biológico, tanto no que se refere ao instrumento de coleta, quanto ao fluxo estabelecido para o preenchimento do instrumento no Hospital "A", a fim de que as informações sejam mais precisas, identificando melhor o perfil de ocorrência destes eventos adversos que acometem os trabalhadores.

Em onze (11) casos (10,38%), as atividades de descarte estiveram envolvidas na ocorrência do acidente. A atividade de sutura representou sete (07) casos (6,60%). As cirurgias corresponderam a cinco (05) casos, representando 4,71%, glicemia correspondeu a quatro (04) casos (3,78 %) e outras atividades somaram dezesseis (16) casos, representando 15,10%. Isso significa que a atividade de descarte é um ponto crítico na ocorrência de acidentes com instrumentos perfurocortantes.

Outro aspecto importante avaliado, que tem aparecido em estudos similares de acidentes com instrumentos perfurocortantes, foi se houve tentativa de recolocar a proteção plástica na agulha (Reencepe de agulha). Do total de casos de acidentes ocorridos com perfurocortantes (106), em (11), houve tentativa de reencapar agulha que corresponde a (10,38%). A Figura 13 apresenta um elevado número de casos ignorados acerca do reencepe (19,81%).

Esse elevado percentual de formulários sem preenchimento acerca dessa questão pode estar relacionado ao tipo de acidente sofrido. Nos acidentes em que o instrumento é uma agulha que não necessita de capa plástica protetora, ou que não foi uma agulha o agente envolvido no acidente, não caberia a pergunta da forma como está colocada no "Formulário de Acidente Ocupacional com Material Biológico", que questiona se houve tentativa de reencapar a agulha oferecendo as respostas sim ou não como alternativas.

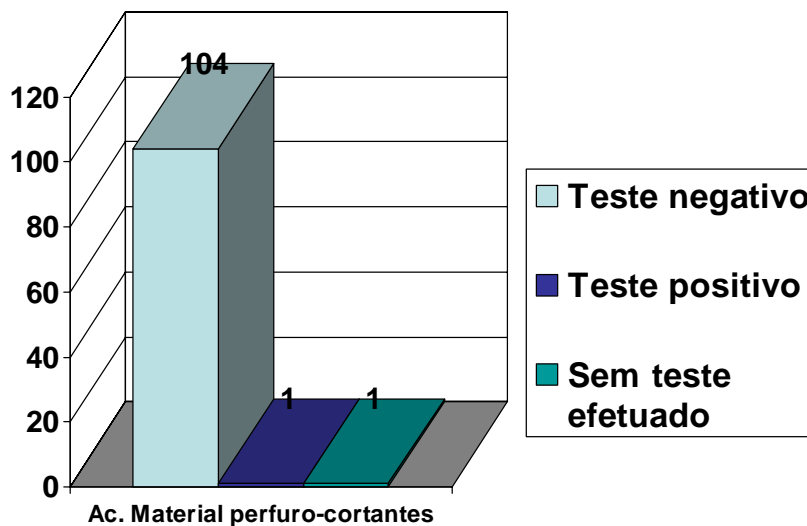
Figura 13 - Número de Acidentados que Referiram a Prática de Reencepe de Agulha. SSA/BA, 07.



FONTE: Formulário de Acidente com Material Biológico do Hospital "A", SSA/BA, 07.

Por fim, foram analisados os testes de HIV realizados nos pacientes fontes com relação ao acidente ocupacional biológico com perfurocortante. (Figura 14)

Figura 14 - Resultado dos Testes de HIV realizados nos pacientes fontes do Hospital "A". SSA/BA, 07.



Fonte: Mapa Mensal de Acidente Biológico do Hospital "A", SSA/BA, 07.

Dos 106 casos de acidentes com materiais perfurocortantes ocorridos no Hospital "A", foram realizados testes rápidos em 105 fontes, correspondendo a 94%, sendo que em apenas uma fonte o resultado foi positivo. Apenas um teste deixou de ser realizado. O dado demonstra que o fluxo estabelecido pelo Hospital está sendo cumprido. A não realização de teste em um único caso pode estar relacionada à existência de testagem prévia da fonte, tornando desnecessária a realização do teste rápido.

4.3 BIOSSEGURANÇA NA VISÃO DOS TRABALHADORES E GESTORES DO HOSPITAL "A".

O objetivo desta seção é descrever a forma como gestores e trabalhadores da organização hospitalar pesquisada lidam com as questões de Saúde e Segurança no

Trabalho, especialmente no que se refere aos acidentes com materiais perfurocortantes. O primeiro item a ser analisado é a descrição dos acidentes com instrumentos perfurocortantes, feita pelos trabalhadores que se acidentaram.

Para isso, os dados foram trabalhados a partir da seleção de algumas categorias. Para Boutet (1993), a linguagem é um instrumento importante para o processo de conhecimento. A análise de conteúdo deve fazer surgir as variáveis e fatores de influência que se ignoravam no início da pesquisa. Boutet apresenta a importância da linguagem no enunciado abaixo::

A linguagem permite também, do mesmo modo que o colocar em palavras, a construção ou elaboração de saberes e de conhecimentos novos, contemporâneos da própria enunciação da palavra e que não preexistem. Existe assim uma verdadeira função de descoberta, graças à enunciação: diz-se a outras coisas que não se sabia (ou não sob esta forma) antes de as enunciar (BOUTET, apud OSÓRIO SILVA, 2002).

Com o objetivo de compreender melhor a realidade dos acidentes com materiais perfurocortantes, serão analisados alguns fragmentos textuais das entrevistas e da descrição dos acidentes de trabalho.

No que se refere à descrição dos acidentes de trabalho coletada através do Formulário para Acidente Ocupacional Biológico, foi observado que o momento imediatamente subsequente ao acidente com o material perfurocortante se constitui como um momento crítico. É nesse instante que o trabalhador se relaciona com outro profissional de saúde, não mais na condição de colega de trabalho, e sim como um usuário do serviço de saúde.

Na descrição do acidente são observadas situações relativas ao trabalho noturno, quando o trabalhador relata a hora em que o acidente ocorreu, conforme observa-se a seguir:

“Na sutura, às 3 horas da manhã, reencepei a agulha depois de uma intramuscular, e me furei” (Auxiliar de Enfermagem 1).

“Após a aplicação da medicação das 4 horas da manhã, a agulha caiu no meu pé” (Auxiliar de Enfermagem 2).

A prática de reencapar agulha, apesar de ser um procedimento condenado pelas regras de biossegurança, ainda está presente na rotina dos acidentes de trabalho, conforme pode ser constatado pelos relatos dos internos de medicina:

“Já havia realizado a anestesia local, reencapado a agulha, ao tentar retirar a proteção da agulha(...)” (Interno de medicina 1).

“Reencape de agulha após anestesia local”. (Interno de medicina 2).

Além das tentativas de reencapar agulhas, o momento do descarte ou o local onde provisoriamente o material perfurocortante é depositado apareceu na descrição do acidente feita por alguns trabalhadores:

“Após administrar medicação, coloquei a agulha na bandeja e furei o dedo.” (Auxiliar de Enfermagem 3).

“Ao descartar na caixa de perfuro, esbarrei na colega e furei o dedo na caixa de perfuro, não sei informar qual seringa.” (Técnica de Enfermagem 1).

“Durante o deslocamento do material perfuro para descarte na caixa” (Enfermeira 1).

Apesar das agulhas estarem presentes na maioria dos acidentes perfurocortantes do Hospital “A”, observou-se a presença de outros materiais que aparecem por meio da descrição dos trabalhadores:

“Corte de um dos dedos durante manuseio da serra de Gigli no Centro Cirúrgico”. (Interno de medicina 3).

“Quando ajudava na cirurgia, feriu-se com fio de kirschner”. (Instrumentador 1)

Em algumas descrições, percebe-se um baixo controle do profissional de saúde sobre as condições do ambiente onde desenvolve o seu trabalho. Nos Hospitais de atendimento de urgências/emergências, o número de pessoas que necessitam de atendimento independe do controle da equipe de saúde.

Para minimizar a situação de superlotação dos serviços de saúde que atendem emergências, é fundamental o bom funcionamento do acolhimento/triagem dos casos admitidos, bem como o planejamento da rede de serviços de saúde. Para esta finalidade, a prática da regulação é extremamente necessária tanto para a priorização dos casos que, de fato, necessitam de atendimento de emergência, quanto para dar suporte aos encaminhamentos indevidos e à demanda por serviços de especialistas, referenciando-os para outras unidades da rede de saúde.

Um aspecto a considerar no quotidiano dos serviços de emergência são os problemas de saúde relacionados às causas externas, tais como os acidentes de trânsito e de trabalho e o crescimento da violência urbana. A equipe de saúde que atua nessas unidades hospitalares freqüentemente convive com vítimas e agressores, envolvidos nos meandros da criminalidade urbana.

Outro aspecto a ser considerado no processo de trabalho dos trabalhadores de serviços de emergência é a própria situação de saúde dos usuários. Devido à superlotação das emergências, muitos deles encontram-se acomodados em uma maca, submetidos a uma situação limite entre a vida e a morte.

Nas descrições a seguir, podem ser observadas situações em que os trabalhadores relatam acidentes nos quais os usuários dos serviços de saúde, de alguma forma, estiveram diretamente envolvidos com os acidentes.

(...)após aplicação no paciente, movimento brusco causando a lesão na mão esquerda....”

“Na ambulância, paciente agitado, tentando administrar medicamento.” (Médico).

*“Paciente estava sendo suturado no queixo por mim, quando outro paciente começou a gritar e o paciente suturado se mexeu, fazendo com que a agulha perfurasse minha mão”.
(estudante de medicina1).*

A seguir, serão analisadas as entrevistas, através da seleção de fragmentos dos discursos dos trabalhadores e gestores do Hospital “A”. Ao todo, foram entrevistados cinco profissionais de saúde. Como já foi mencionado anteriormente, os critérios adotados para a inclusão como entrevistado deste estudo foram: trabalhar no Hospital “A” desde o ano de 2007 e pertencer à equipe multiprofissional envolvida com a gestão dos acidentes de trabalho com materiais biológicos no Hospital “A”. Foram convidados apenas trabalhadores e gestores. Os estudantes não foram entrevistados. Entre os trabalhadores convidados, houve apenas uma recusa para participar da entrevista por parte de uma profissional do Serviço Social. Os entrevistados pertencem à categoria profissional de médicos e enfermeiros.

Nas entrevistas, foi utilizado um roteiro para nortear o processo de conhecimento sobre a realidade dos acidentes com instrumentos perfurocortantes no hospital “A”.

Para preservar o anonimato dos entrevistados, conforme compromisso ético firmado, foram utilizadas as letras X,Y,W,Z e K para denominá-los, sendo omitido ainda o seu cargo ou a sua categoria profissional dos entrevistados. Para esta etapa da análise qualitativa, foram selecionados alguns fragmentos textuais, agrupados em dois blocos com categorias importantes que apareceram de forma vigorosa no discurso dos entrevistados, tais como:

- a) a Gestão dos acidentes no Hospital “A”;
- b) prevenção e causas dos acidentes de trabalho.

No primeiro bloco da gestão dos acidentes no Hospital “A”, ressaltou-se que o protocolo de acidentes com material biológico do Ministério da Saúde considera esses acidentes devem ser tratados como situação de emergência. Desse modo, é bastante pertinente que os trabalhadores acidentados sejam atendidos na emergência do Hospital. Entretanto o fato de inexistir uma equipe de Saúde e Segurança do Trabalho traz, como consequência imediata, que os acidentes com materiais perfurocortantes sejam identificados pela equipe como “mais uma tarefa” a assumir, dentre tantas outras. Veja-se nos trechos a seguir:

(...) Assim, foi feito um fluxo, uma cartilha né, um treinamento e..., tentamos deixar com o chefe da equipe a responsabilidade de no momento do acidente tinha que ser quem estivesse aqui 24h para que as pessoas soubessem a quem se dirigir. Mas ai não teve jeito porque cada chefe de equipe tava fazendo de um jeito, orientando de um jeito .ai então foi resolvido deixar com a coordenação de enfermagem, então, assim, tem sido a maior frequência, a procura maior é... na coordenação de enfermagem da emergência(...) (Entrevistado X).

Então por conta disso, acho que a operacionalização de ter que fazer a ficha pra ser atendido pelo médico, por ser lá embaixo então a demanda ficou maior para a coordenação da emergência, então com isso, nós pedimos pra elas que tivessem paciência porque é um trabalho a mais pra elas né mas, que elas atendessem essas pessoas no momento(...) (Entrevistado X).

Na narrativa adiante, de autoria do entrevistado Y, fica evidente a ausência de comunicação e divulgação junto aos trabalhadores do hospital sobre o perfil dos acidentes com perfurocortantes ocorridos. Existe um entendimento por parte do trabalhador entrevistado de que os acidentes no hospital “A” ocorrem com maior frequência com a equipe de higienização, o que não corresponde aos achados deste estudo.

Foi investigada a ocorrência de acidentes no grupo de trabalhadores da higienização e, com base no resultado das entrevistas, foi excluída a hipótese de sub-notificação maior nesse grupo. A informação colhida nas entrevistas é que, durante um período anterior ao ano de 2007, havia bastante acidente com os trabalhadores da equipe de higienização do Hospital “A”. Por isso, foi realizado um trabalho de treinamento e acompanhamento deste grupo no que se refere à prevenção de acidentes e, houve um controle desta situação.

O perfil destes eventos adversos deveria ser divulgado em boletins periódicos para que a equipe multiprofissional pudesse ter conhecimento acerca da ocorrência desses acidentes.

Outro trecho do discurso traduz a dificuldade do profissional de saúde em se colocar como usuário do serviço de saúde.

Como eu te falei, hoje que mais acontece, por incrível que pareça é o pessoal de higienização. Existe as caixas de perfuro, mas às vezes ainda o pessoal joga em balde, principalmente internos, residentes, eles jogam muito isso. Então o pessoal de higienização é o que mais se acidenta (...) (Entrevistado Y).

...Agora existe aqui no setor de CCIH uma ficha, a pessoa faz uma ficha para ser considerado acidente de trabalho, a ficha normal de entrada, como se fosse um paciente, e preenche essa fichinha própria do protocolo(...) (Entrevistado Y).

(...)ele sai encaminhado daqui com transporte daqui para o ...dando positivo ou negativo, negativo ele vai fazer lá o resto, hepatite A, B, a coleta do sangue dele que é feita lá. Existem campanhas do RH sobre isso. (Entrevistado Y).

O trecho abaixo fala sobre a tensão, a incerteza e o stress do profissional de saúde a partir da contaminação acidental por material biológico. Por outro lado, a implantação do fluxo recebeu uma avaliação positiva da equipe de saúde do Hospital “A”.

(...)Houve um pequeno avanço no sentido das pessoas ter mais conhecimento, porque por mais treinamento que a gente tivesse feito as pessoas na hora do acidente elas ficam meio que tontas, sem saber o que acontece, sem saber o que deve fazer , sem saber, sabe...o que vai ser delas, ficam meio que perdidas, e as vezes até as pessoas que foram treinadas prá dar essa orientação também, na hora por outros afazeres, não dão maior importância a isso né, então assim, houve talvez uma conscientização maior da importância do fluxo desses acidentes. Eu acho que ele tá acontecendo mais do que antes, corretamente, entendeu.?” (Entrevistado X).

c) Prevenção e causas dos acidentes:

Os dois trechos iniciais dos discursos dos entrevistados apresentam as dificuldades administrativas para realizar campanhas de prevenção de acidentes, devido à máquina burocrática do Estado e à necessidade de divulgação rotineira de campanhas de prevenção, que foi bastante recorrente entre os trabalhadores entrevistados.

(...) Veja bem, em termos de campanha não, porque até é difícil. O que fazemos muito no hospital... O sistema de saúde pública, o sistema público de governo é um negócio difícil de você trabalhar (Entrevistado K).

(...) Precisa ainda ser mais divulgadas mas eu acho que já existe um trabalho efetivo dentro do hospital relacionado a acidente com perfuro. Eu acredito que tenha diminuído de um modo geral no hospital. Há um trabalho, mas a gente acha que nunca é o suficiente né. Mas já existe um trabalho efetivo (Entrevistado Z).

O terceiro trecho é uma narrativa extremamente rica, porque fala da experiência e das contradições da prática dos profissionais de saúde. Brandão Silva (2003) expõe que a visão da medicina do trabalho ainda predomina sobre a concepção de saúde do trabalhador nas análises de biossegurança em unidades de saúde, prevalecendo a concepção de “ato inseguro”. Todos os entrevistados consideraram que os acidentes decorrem de descuido do profissional de saúde, sinalizando a necessidade de ampliar o processo de discussão sobre os acidentes e o processo de trabalho no Hospital.

Ao refletir sobre o discurso corriqueiro do descuido, o profissional entrevistado fala da tarefa, da atividade realizada na prestação do cuidado em saúde, e dos significados que essa atividade assume, do stress de ter diante de si a vida por um fio, a riqueza e singularidade do trabalho real, em oposição ao trabalho prescrito.

O que o entrevistado conclui desvela que por trás do “descuido” muitas vezes o que acontece é o cuidado, o zelo com a vida, re-significando a representação social corriqueira e simplista que atribui a ocorrência dos acidentes ao “descuido” do trabalhador, que se fundamenta na culpabilização da vítima.

*(...) o exemplo da agulha, por um descuido ou descaso, geralmente são pessoas que manuseiam com materiais perfurocortantes e que as vezes não tem aquele devido cuidado. Haja visto uma particularidade que talvez seja bom você referir, um hospital de trauma, um hospital de urgência com é o Hospital "A", eminentemente de urgência, se eu recebo um paciente politraumatizado na emergência e que eu tenha vários profissionais atuando em cima daquele paciente ...de repente na própria agonia da parada cardíaca, da hemorragia, eu passo um jelco, tiro a parte de metal e ai.. me dê o soro, coloque aqui.., e eu larguei aquela coisa ali... então você vê, é um descuido? É! ...mas é um descuido na hora,...num momento que tem uma coisa maior, que é a situação, a hemorragia, então eu não sei como a gente poderia classificar isso de descuido. São as condições do trabalho... numa parada cardíaca num paciente desse porte, sangrando...você vai passar um jelco, está passando um cateter,você não vai ficar cadê a caixa de perfurocortante? às vezes está atrás de você mas é mais fácil você colocar em cima da maca e depois pegar(...)
(Entrevistado K).*

Apesar da existência de algumas ferramentas de gestão de acidentes de trabalho com materiais perfurocortantes no Hospital "A", observa-se que estes continuam ocorrendo, afetando trabalhadores em idade produtiva. Uma política de prevenção desse tipo de acidente, principalmente observando os pontos críticos deve urgentemente ser adotada, haja vista que as medidas adotadas até então se mostram insuficientes para coibir tais ocorrências.

Outro aspecto importante para a promoção de melhores condições de trabalho e prevenção dos acidentes para os trabalhadores do Hospital "A" é a reorganização de toda a rede de serviços de saúde para evitar a superlotação dos serviços de emergência e a precarização destes postos de trabalho.

Cecílio (1999) considera que a rede básica de serviços de saúde, tais como as unidades de saúde da família, não tem conseguido se tornar a "porta de entrada" mais importante para o sistema de saúde. Apesar de considerar uma distorção do sistema, reconhece que a principal via de acesso continua sendo os hospitais, públicos ou privados, através dos seus serviços de urgência/emergência e dos seus ambulatórios.

Cecílio (1999) defende que o mais importante é a garantia de acesso ao serviço e tecnologia adequada, no momento apropriado. Para isso o sistema de saúde tem que avançar na concepção e organização de redes assistenciais.

Outro aspecto fundamental para a prevenção dos agravos à saúde dos trabalhadores acidentados é a adoção de um programa de imunização sistemático dos

trabalhadores, com posterior acompanhamento para verificar a soroconversão dos vacinados.

A existência de campanhas esporádicas de vacinação, sem um acompanhamento da situação vacinal e sorológica como é realizado atualmente não é suficiente do ponto de vista do que preconiza a legislação brasileira, nem atende às precauções universais propostas pelo CDC.

5. À GUIA DE CONCLUSÃO

A análise documental e o processo de consolidação dos dados acerca dos acidentes com materiais perfurocortantes ocorridos no ano de 2007 demonstraram que esses eventos corresponderam a 106 (57,%) de todos os acidentes ocupacionais biológicos notificados no Hospital “A” (N=185).

A taxa de incidência de acidentes perfurocortantes no Hospital “A” por 100 trabalhadores foi de 3,92 no ano de 2007. Ao calcular a taxa de incidência dos acidentes biológicos ocupacionais notificados neste mesmo ano, foi encontrada uma taxa de 6,85 por 100 trabalhadores. A população deste estudo é de 2700 trabalhadores.

Esses dados provavelmente estão subnotificados, embora segundo informações da equipe que lida com os acidentes perfurocortantes no Hospital “A” no ano de 2007, a subnotificação foi bastante reduzida devido ao trabalho realizado com todos os setores do Hospital para implantação do fluxo para os acidentes biológicos ocupacionais.

No que se refere às categorias profissionais mais atingidas pelos acidentes perfurocortantes, os médicos considerados como categoria profissional (anestesistas, neurocirurgião, residentes, dentre outros) concentraram o maior número de acidentes 30%. No entanto, se considerarmos a soma do total de trabalhadores do grupo de enfermagem, composto pelas seguintes categorias: enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem, verifica-se que esse foi o grupo mais atingido pelos acidentes com materiais perfurocortantes no hospital “A” correspondendo a 39%.

Setenta profissionais do sexo feminino se acidentaram com material perfurocortante, contra 36 do sexo masculino. Isso pode ser explicado porque o setor saúde concentra um número elevado de trabalhadoras do sexo feminino, a exemplo do Hospital “A” em que a população de trabalhadores estatutários é de 2.052, sendo 1.534 do sexo feminino (74,76%) e 518 (25,24%) do sexo masculino.

A análise da distribuição por sexo, entre os profissionais que mais vezes se acidentaram, indica que, proporcionalmente, os homens vêm apresentando maior índice de reincidência de acidentes do que as mulheres. O grupo do sexo masculino obteve 33,33% contra 24,28% do grupo feminino.

Também foi observado que 23% dos acidentados são estudantes, um índice bastante elevado, mostrando que programas de controle e esclarecimentos sobre acidentes ocupacionais com materiais perfurocortantes devem ser fomentados e incluídos nos currículos de todas as profissões da área de saúde.

Recomenda-se também a inclusão de outros conteúdos sobre biossegurança, pois é fato que os acidentes com perfurocortantes não são os únicos a acometer os profissionais de saúde, embora esta não seja a única medida recomendada para a prevenção dos acidentes de trabalho com materiais perfurocortantes, considerando a complexidade dos processos de trabalho em que esses eventos ocorrem.

A inclusão dos conteúdos de biossegurança deve realizar-se tanto nos fundamentos teóricos e no campo prático de estágio dos internos de medicina, dos estudantes de enfermagem e das demais profissões da equipe de trabalhadores de saúde, quanto entre os profissionais realizando pós-graduação como é o caso dos profissionais da residência médica.

Alguns dados do estudo foram perdidos devido ao preenchimento incompleto do "*Formulário de Notificação do Acidente Biológico Ocupacional*". O fato de os próprios acidentados preencherem a ficha em um momento de grande abalo emocional, em que muitas incertezas se estabelecem, merece ser repensado pela equipe do Hospital "A".

Recomenda-se a revisão do conteúdo do "*Formulário de Notificação do Acidente Biológico Ocupacional*", pois não estão incluídos entre os dados a serem investigados elementos importantes para a caracterização do perfil sócio demográfico dos trabalhadores acidentados. Outro aspecto a ser observado é a conferência dos dados após a coleta, revisando os formulários imediatamente após serem preenchidos para que, no futuro, dados importantes não sejam perdidos.

O instrumento perfurocortante envolvido na maioria dos acidentes foi a agulha com lúmem (86,80%). O bisturi esteve envolvido em 6,60% dos acidentes e outros agentes (6,60%). Já o setor de trabalho que concentrou maior número de acidentes foi a Emergência (32,07%), seguido do Centro Cirúrgico (28,30%). Houve um elevado número de respostas que considerou como setor o Hospital "A" (11,32%), não especificando devidamente o local em que o acidente ocorreu.

Foi solicitada à diretoria, a relação dos profissionais da organização, por sexo para calcular as taxas de incidência de acidentes de trabalho com materiais perfurocortantes no ano de 2007 na população de trabalhadores e a distribuição por sexo, mas, até o momento de conclusão desse trabalho, foi fornecido apenas o total de trabalhadores do estabelecimento e o total de trabalhadores estatutários. Quanto à distribuição dos trabalhadores por sexo foi fornecida apenas dos trabalhadores estatutários.

Foi verificado, e é importante ressaltar que existe uma preocupação por parte dos gestores do Hospital "A" com esse tipo de acidente. No ano de 2007, sob o auspício dessa mesma equipe de gestores foi elaborado pela CCIH do hospital, com o apoio da diretoria, um folheto de divulgação do fluxo definido para os casos de acidentes com materiais biológicos. Esse folheto foi amplamente distribuído para fins de divulgação do fluxo junto à equipe de servidores e também entre os funcionários terceirizados do Hospital.

No entanto, não existe uma política de gestão dos acidentes de trabalho delineada no hospital "A", embora haja vontade dos gestores de que essa problemática seja equacionada de forma mais satisfatória.

O que de fato existe são algumas iniciativas louváveis para os casos de emergência como são todos os casos de acidentes com materiais perfurocortantes. O seguimento dos casos de acidente que para o Ministério da Saúde é de até 12 meses inexistente no fluxo interno do Hospital "A". As ações de vigilância à Saúde do Trabalhador que seriam fundamentais para conhecer as causas mais remotas dos acidentes também não são desenvolvidas.

Existe uma lacuna na construção do SUS no que se refere às práticas de saúde do trabalhador e modos gerenciais de organização de serviços públicos de saúde, inclusive hospitais, que carecem de uma definição mais abrangente e integral.

Pelos resultados apresentados, notou-se que, apesar da existência de uma CCIH atuante no Hospital estudado, os acidentes com materiais perfurocortantes e fluidos corpóreos foram os mais freqüentes entre os seus profissionais em 2007, confirmando assim a importância do conhecimento profundo sobre o perfil de ocorrência desses eventos que são fenômenos complexos e multicausais.

Esse fato aponta para a necessidade de medidas de biossegurança incorporadas no cotidiano das práticas de saúde, de modo que a segurança não dependa exclusivamente do comportamento humano, e seja resultado de um processo planejado de gestão desses eventos e dos ambientes de trabalho adversos à saúde do trabalhador.

Para reduzir a incidência desses acidentes, é recomendável definir uma equipe multiprofissional para trabalhar a saúde e segurança em todos os setores do Hospital, como política institucionalizada. Essa equipe deverá desenvolver medidas de promoção de uma mudança cultural, incorporando o processo de educação permanente em saúde do trabalhador às práticas de gestão de serviços de saúde.

A metodologia da Análise Ergonômica do Trabalho (AET) poderá oferecer subsídios teóricos importantes para o desenvolvimento dessas ações. A criação de um comitê de prevenção de acidentes de trabalho para atuar, principalmente, na emergência do Hospital também seria recomendável.

Além disso, recomenda-se que a rede de serviços de saúde faça as adequações necessárias no planejamento da atenção à saúde, desde a atenção básica até a atenção hospitalar, fortalecendo a rede de referência e contra-referência e a central de regulação de leitos.

A implementação dessas medidas a médio prazo poderá evitar a superlotação das emergências, por meio da ampliação da rede de serviços de urgência com disponibilização de profissionais e serviços especializados de forma planejada, a fim de propiciar melhores condições de trabalho para os profissionais de saúde, reduzindo os acidentes de trabalho e oferecendo uma assistência de melhor qualidade para a população.

Investir na segurança e proteção dos trabalhadores da saúde é humanizar a assistência à saúde e valorizar a vida, através das ações de promoção de saúde como a investigação dos agravos relacionados ao trabalho, e do fomento da participação dos trabalhadores no processo de gestão, agregando qualidade à prestação do cuidado e da vigilância em saúde.

REFERÊNCIAS

- ALVES, G. **O novo (e precário) mundo do trabalho**. 1ª São Paulo: Boitempo, 2000.
- AMARAL, S. et al. Acidentes com material perfurocortante entre profissionais de saúde de Hospital privado de Vitória da Conquista Bahia. **Revista da Universidade Estadual de Feira de Santana- *Sitientibus***, Feira de Santana, n.33, p.101-114, jul./dez. 2005.
- ANTUNES, R. **Os sentidos do trabalho**. São Paulo: Boitempo Editorial, 1999.
- ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução da diretoria colegiada - RDC N ° 306 de 7 de Dezembro de 2004**. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o Gerenciamento de Serviços de Saúde, Brasília ANVISA, 2004.
- ASSUNÇÃO, A.A; LOBATO, M. S. C.; SILVA, A.V. **O trabalho humano na sociedade das máquinas**. Brasília: ORGANIZAÇÃO FENADADOS. 2004.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM-RJ. **Cartilha do trabalhador de enfermagem: saúde, segurança e boas condições de trabalho**, Rio de Janeiro, 2006.
- BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado. **Estudo da Demanda do Ambulatório do CESAT**. Bahia: CESAT, 2005.
- BAHIA, Secretaria de Saúde do Estado. **Manual de Normas e Procedimentos Técnicos para a Saúde do Trabalhador**. Bahia: CESAT, 2002.
- BAHIA, Secretaria de Saúde do Estado. **Câmara técnica de saúde do trabalhador**. Diagnóstico da Saúde do Trabalhador na Bahia. Bahia: CESAT, 2008.
- BALDY, J.L.S. **Imunização de profissionais da área de saúde e de pacientes hospitalizados**. In: RODRIGUES, E.A.C. *et al. (Ed.). Infecções hospitalares: prevenção e controle*. São Paulo: Sarvier, 1997. parte IV, cap. 6, p. 367-372.
- BARDIN L. História e teoria. In: _____. **Análise de conteúdo**, 70 ed. Lisboa: [s.n] 1997. p.11-46.
- BRANDÃO JUNIOR, P. **Biossegurança e AIDS: as dimensões psicossociais dos acidentes com material biológico no trabalho em hospital**, 2000. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2000.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução da diretoria colegiada - RDC N ° 306 de 7 de Dezembro de 2004**. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o Gerenciamento de Serviços de Saúde. Brasília: ANVISA, 2004.

BRASIL. Ministério da Previdência Social. **Decreto Nº. 6.042** de 12 de fevereiro de 2007 da Casa Civil da Presidência da República, alterando o regulamento da Previdência Social. Brasília, DF. 2007. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-10/2007/Decreto/D6257htm>. Acesso em: 29 out. 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Doenças relacionadas ao trabalho: diagnóstico e condutas** - Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde/Ministério da Saúde do Brasil. OPS capítulo 1. Série A. Normas e Manuais Técnicos, n114, Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Exposição a materiais biológicos**. Saúde do Trabalhador. protocolo de complexidade diferenciada 3. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde - OPS- **Notificação de acidentes do trabalho fatais, graves e com crianças e adolescentes** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

BUSCHINELLI, J; ROCHA, L.; RIGOTTO, R.M. O caso da AIDS Epidemia da Doença, Epidemia dos Medos e seus Subprodutos In:_____. **Isto é trabalho de gente?**. Vida, doença e trabalho no Brasil. São Paulo: Vozes. 1993.

CAIXETA, R., BARBOSA-BRANCO, B. Acidente de trabalho com material biológico, em profissionais de saúde de hospitais públicos do Distrito Federal, 2002/2003. **Cad. Saúde Pública**, v.21, n.3, Rio de Janeiro, p.737-746, 2005.

CANINI, SRMS, GIR E, HAYASHIDA M, MACHADO AA. Acidentes perfurocortantes entre trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário do interior paulista. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem** Ribeirão Preto, v. 10, n. 2, abr. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n2/10511.pdf>>. Acesso em: 12 set. 2008.

CECILIO, L. C. O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 13(3):469-478, jul-set, 1997.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. São Paulo: Cortez. 1991.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, CIST. **Acidentes de trabalho no Brasil números alarmantes.**, disponível em: <http://www.opas.org.br/sausedotrabalhador/arquivos/Sala178.pdf>. Acessado em 17. ago. 2008.

COORDENAÇÃO DE FISCALIZAÇÃO SANITÁRIA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. **Roteiro de inspeção de hospital geral**. Secretaria de Estado de Saúde, Rio de Janeiro. 2004.

COSTELLA, M. F. ; SAURIN, T. A. ; GUIMARAES, L. B. . Avaliação de sistemas de gestão de SST: um método sob a perspectiva da engenharia de resiliência. In: XXVIII Encontro Nacional de Engenharia de Produção, 2008, Rio de Janeiro. **Anais** , 2008.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. - 3.ed. São Paulo: Cortez, 1988.

DEJOURS, C. **Psicodinâmica do trabalho**: contribuições da escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 1994.

DUARTE, Rosália. Pesquisa qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo. **Cad. Pesquisa**, 2002, n.115, p.139-54.

FILOSOFIA E OS FUNDAMENTOS DA PREVENÇÃO DE ACIDENTES AERONÁUTICOS. **Bases de Dados** , Disponível em: <http://www.bianch.com/fun/seguranca/8.htm>>. Acesso em out/2008.

JACOBINA, A. *et al.* **Vigilância de acidentes de trabalho típicos com óbito investigados no estado da Bahia no período de 1995 a 2001 CESAT - SUS/BA**, Disponível em: http://www.segurancaetrabalho.com.br/download/vigilancia_ac_Bahia.pdf. Acesso em 15 de dezembro 2008.

KATO, M; SANTANA V. **Sistema de gestão em saúde ocupacional e ambiental**. Brasília: SESI -Departamento Nacional- Universidade Corporativa do Sesi, 2006. 8 v. (Unidade 1).

LACAZ, F.A.C. **Saúde do Trabalhador numa Perspectiva Popular e Democrática**. (Documento referência para uma política de Estado), São Paulo. 2003.

LAURELL, A., C., NORIEGA, M - **Processo de Produção e Saúde: trabalho e desgaste operário**. São Paulo:. Hucitec,1989.

MAENO M., Carmo, J, **Saúde do Trabalhador no SUS**. (Saúde em Debate) cap. 10. Hucitec, São Paulo, 2005.

Manual de Segurança e Medicina do Trabalho,59ª ed. , São Paulo: Atlas, 2006.

MARTINS, G. A. **Estudo de Caso**: uma estratégia de pesquisa. São Paulo: Atlas, 2006.

MARZIALE; M.H.P.; FERREIRA, M.M.. Riscos de Contaminação ocasionados por acidentes de Trabalho com material Perfurocortante entre trabalhadores de Enfermagem. **Rev.Latino Americana de Enfermagem**, P.36 a 42, 2004.

MENDES, R. **Patologia do trabalho**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1995.

MENDES, R., DIAS, E.C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Rev Saúde Pública**, S.Paulo, 25:341-9, 1991.

MENEZES, G.M.S. **Trabalho noturno e saúde**: um estudo com profissionais de enfermagem de um hospital. Salvador, 1996. 156 f p. Dissertação (Mestre em Saúde Pública), Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia.

MINAYO-GOMEZ, C.; THEDIM-COSTA, S.M.F. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. **Cad. Saúde Pública**, v. 13 supl. 2, p.21-32. 1997.

MOURA, J. P.; GIR, E.; CANINI, S. R. M. S. Acidentes ocupacionais com material perfurocortante em um hospital regional de Minas Gerais, Brasil. **Ciência y Enfermería** XII.São Paulo, v. 1, p. 29-37, 2006.

NOBRE L, SANTANA V. **Sistemas de informação em saúde do trabalhador**. In: Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) (BR). 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador – “Trabalhar, sim! Adoecer, não!” - Coletânea de Textos - Versão Preliminar. Brasília; 2005. p.163-7.

OLIVEIRA, S. G. **Proteção jurídica à saúde do trabalhador**- 4. Ed. São Paulo: LTR, 2002.

OPPERMANN, C., Lia C. **Manual de biossegurança para serviços de saúde**. Porto Alegre :PMPA/SMS/CGVS, 2003.

OSÓRIO, C.; MACHADO, J. M; MINAYO, C. **Proposição de um Método Coletiva de Análise de Acidentes de Trabalho em Hospital**, (Artigo 517. pdf) Disponível em:http://www.mte.gov.br/Empregador/segsau/estatisticas/Conteudo/avaliacaoaea_t.pdf, Acesso em: 01 set 2006.

OSÓRIO, C. **Vida de Hospital**: a produção de uma metodologia para o desenvolvimento da saúde do profissional de saúde. Rio de Janeiro. (Tese de Doutorado).Fundação Oswaldo Cruz-Escola Nacional de Saúde Pública. Centro de Estudos em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana, 2002.

PAULINO, M. **A Pesquisa qualitativa e a história de vida**. Serviço Social em Revista / publicação do Departamento de Serviço Social, Centro de Estudos Sociais Aplicados, Universidade Estadual de Londrina. – Vol.2 –Número1.UEL, 1999.

PEPE, C. **Estratégias para superar a desinformação**: um estudo sobre os acidentes de trabalho fatais no Rio de Janeiro. Dissertação (Mestrado) Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2002. 81 p.

PEREIRA, R.A.G. **Ler: doença das trabalhadoras**. Salvador, 1992. 134 p. Dissertação (Mestre em Saúde Comunitária), Faculdade de Medicina, Universidade Federal da Bahia.

PINTO DE MOURA, JOSELY, GIR, ELUCIR y MARIN DA SILVA CANINI, SILVIA RITA. ACCIDENTES OCUPACIONALES CON MATERIAL CORTO-PUNZANTE EN UN HOSPITAL REGIONAL DE MINAS GERAIS, BRASIL. *Cienc. enferm.*, jun. 2006, vol.12, no.1, p.29-37. ISSN 0717-9553.

RAPPARINI, C, VITÒRIA M., LARA, L. **Recomendações para atendimento e acompanhamento de exposição ocupacional a material biológico: HIV e Hepatites B e C**. Rio de Janeiro; 2005. Disponível em<<http://www.riscobiologico.org/riscos/acidentes.htm>>. Acessado em: 15 set 2005.

RAPPARINI, C. **Acidentes de trabalho**. Disponível em: <<http://www.riscobiologico.org/riscos/acidentes.htm>>. Acesso em: 01 set 2006.

RAPPARINI, C. **Acidentes de Trabalho com material Biológico**. I Simpósio estadual de biossegurança de Belo Horizonte. Disponível em: <<http://www.riscobiologico.org/resources/6043.pdf>> Acesso em outubro de 2008.

REIS, Ricardo, Rocca, P., Silveira, A., Bonilla, I. Giné, A., Matín, M. Fatores Relacionados ao Absenteísmo por Doenças Profissionais em Enfermagem. **Rev de Saúde Pública da USP**, p.616 a 623, São Paulo 2003.

REZENDE, C. e PEIXOTO, M. Projeto de desenvolvimento de sistemas de serviço de saúde. Metodologias para análises funcionais da gestão de sistemas e redes de serviços de saúde no Brasil . **Serie Técnica 7.OPAS/OMS Projeto de Serviços de Saúde**, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília, 2003.

RUIZ, Mariana, T. Barbosa, Denise B., Soler, Zaida, A.S.G. **Acidentes de trabalho: um estudo sobre esta ocorrência em um Hospital Geral**. Arq Ciência e saúde 2004 p.119-124.

SCHRAIBER, L. et al. **Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas**. Rio de Janeiro. v. 4. n.2,1999.

SILVA, S. C., Valéria, A. **O Trabalho humano na sociedade das máquinas**. Brasília: Organização FENADADOS. 1ª edição, 2004.

VARELA, C. **LER, Trabalhadoras de enfermagem com Lesões por Esforços Repetitivos**: LER Salvador, 2004. 159 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Escola de Enfermagem. Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem, 2004

APÊNDICES

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA-UFBA
NÚCLEO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO - NPGA
MESTRADO PROFISSIONAL EM ADMINISTRAÇÃO
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO**

**FICHA DE COLETA PARA INVESTIGAÇÃO DOS ACIDENTES COM MATERIAIS
PERFUROCORTANTES OCORRIDOS EM UM HOSPITAL ESTADUAL DE
EMERGÊNCIA EM 2007.**

Número de Ordem _____

Mês e ano de Referência: _____

I - DADOS REFERENTES AOS ACIDENTADOS

1. Perfil do acidentado segundo gênero

1.1. Sexo Feminino () 1.2. Sexo Masculino 1.3. Ignorado ()

2. Cargo/Função do Acidentado _____

II-- PERFIL DO ACIDENTE

2.1. Data de ocorrência _____

2.2. Setor do serviço de saúde em que ocorreu o acidente _____

2.3. Turno em que o acidente ocorreu _____

2.3. Parte do Corpo Atingida no Acidente

1. Mãos () 2. Nariz 3. Cutânea () 4. Pé () 5. Olhos ()

6. Braço () 7. Ignorado () 8.

Outro _____

2.4. Em que momento da atividade ocorreu o acidente

2.4.1. Preparo de Medicação ()

2.4.2. Antes de aplicar medicação no paciente ()

2.4.3. Após a Aplicação da medicação no paciente ()

2.4.4. Durante o transporte da medicação até o Posto de enfermagem ()

2.4.5. No momento do Descarte na caixa de Perfurocortante ()

2.4.6 Durante o descarte do material ()

2.4.7 Ignorado ()

2.4.8 Outro _____

2.5. Tentou recolocar a proteção plástica na agulha?

1 Sim () 2. Não 3. Ignorado ()

2.6. Já teve outro acidente semelhante a este?

() Não

() Sim. Quantos? _____

III- AGENTE QUE PROVOCOU O ACIDENTE

3.1 Agulha hipodérmica

3.1.1 Agulha hipodérmica com sangue visível ()

3.1.2. Agulha hipodérmica sem sangue visível ()

3.2. Agulha de sutura

3.2.1 Agulha de sutura com sangue visível ()

3.2.2 Agulha de sutura sem sangue visível ()

3.3 Escalpe

3.3.1 Com sangue visível ()

3.3.2 Sem sangue visível ()

3,4 Bisturi

3.4.1 Ferimento profundo (artéria, veia) ()

3.4.2 Ferimento Superficial ()

.5. Tesoura

3.5.1 Ferimento Profundo (artéria, veia) ()

3.5.2 Ferimento Superficial ()

3.6. Outro _____

IV- SOROLOGIA DO PACIENTE FONTE QUANTO AO HIV

4. HIV positivo?

4.1 Sim () 4.2. Não 4.3 Ignorado ()

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA-UFBA/
NÚCLEO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO - NPGA
MESTRADO PROFISSIONAL EM ADMINISTRAÇÃO
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO**

Roteiro de Entrevista para Investigação da Gestão dos Acidentes com Instrumentos Perfurocortantes Ocorridos em um Hospital Estadual de Emergência no ano de 2007, em Salvador-BA.

1. Do ponto de vista da gestão descreva como os acidentes de trabalho, em especial os acidentes com materiais perfurocortantes vêm sendo tratados nesta unidade Hospitalar.
2. Houve alguma mudança significativa na forma de gerir os acidentes de 2007 a 2008?
3. Os acidentes com perfurocortantes do Hospital vêm sendo notificados?
4. Os trabalhadores do Hospital conhecem as regras de Biossegurança? Existe manual de biossegurança disponível no Hospital?
5. Existe um fluxo interno definido para os casos de acidentes de trabalho com materiais perfurocortantes?
6. Após as providências tomadas internamente os trabalhadores acidentados com materiais perfurocortantes são encaminhados para alguma unidade para acompanhamento terapêutico?
7. Você considera que as medidas preventivas de acidentes com materiais perfurocortantes são bem divulgadas no Hospital?
8. Existe um sistema de gerenciamento de resíduos adequado no Hospital?
9. Em sua opinião, quais as principais causas dos acidentes com materiais perfurocortantes entre os trabalhadores deste Hospital?
10. E quais as conseqüências desses acidentes para a gestão hospitalar?
11. Os trabalhadores do Hospital recebem por parte da gestão treinamento para o exercício da função?
12. Em caso positivo, você considera que o treinamento oferecido é suficiente no que se refere à prevenção de acidentes?

13. Existe SESMT (Serviço Especializado em Saúde e Medicina do Trabalho) no Hospital?
14. Em sua opinião existem condições de segurança adequadas à saúde do trabalhador na emergência do Hospital? E nos outros setores?

15. No que se refere a medidas de proteção coletivas para evitar os acidentes com materiais perfurocortantes em sua opinião, elas são suficientes nesta unidade hospitalar?

16. E os Equipamentos de Proteção Individual (EPI)? Como se dá a distribuição e manutenção desses equipamentos? Existem procedimentos escritos sobre a utilização correta de EPI?

17. Existe um programa de vacinação voltado para os trabalhadores do Hospital?

18. Com relação à gestão e prevenção de acidentes com perfurocortantes, você faria alguma sugestão?

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
Dissertação de Mestrado Profissional em Administração NPGA/ UFBA

Diretores (as) de Hospital / Gestores da Unidade de Emergência/ Chefe do Serviço de Enfermagem/ Coordenadores / Responsáveis pelo Serviço de Saúde Ocupacional/ Médicos, Enfermeiros, Assistentes Sociais, Trabalhadores da Unidade de Emergência/ Membro da CCIH/ Membro da CIPA.

Prezado (a) Senhor (a):

Este é um projeto de pesquisa do Mestrado Profissional em Administração, do Núcleo de Pós-graduação em Administração (NPGA) da Universidade Federal da Bahia (UFBA), intitulado ***“Gestão dos Acidentes de Trabalho com Perfurocortantes em um Serviço de Emergência de um Hospital Público Estadual”***,

O objetivo da pesquisa é realizar um diagnóstico dos acidentes com materiais perfurocortantes e analisar as ferramentas utilizadas no gerenciamento dos riscos de acidentes de trabalho com materiais perfurocortantes, registrados no ano de 2007, em um hospital de emergência do Serviço Público Estadual, em Salvador-BA.

São informantes chave desta pesquisa membros da diretoria, gestores da unidade de emergência, chefe do serviço de enfermagem, coordenadores, responsáveis pelo serviço de saúde ocupacional, médicos, enfermeiros, assistentes sociais e trabalhadores da unidade de emergência, representante da CCIH, representante da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho (CIPA).

Espera-se que os resultados deste estudo possam subsidiar a elaboração de estratégias de gestão dos acidentes com perfurocortantes em unidades hospitalares de emergência do Sistema Único de Saúde, possibilitando ampliar os mecanismos de prevenção e proteção à saúde dos trabalhadores de saúde do setor público.

Esclarecemos que sua participação é voluntária e que lhe é facultado o direito de desistir a qualquer momento da entrevista, sem que isso acarrete nenhum prejuízo ou dano ao pesquisador e à instituição promotora da pesquisa. Asseguramos sigilo e confidencialidade, de modo que garantimos que sua identidade não será revelada na análise dos dados e também não será divulgada no relatório final ou em qualquer outra forma de divulgação dos resultados desta pesquisa. Esclarecemos também, que a

entrevista será gravada e depois transcrita, podendo a totalidade dos dados ser incluídos ou não no relatório final, cuja cópia será enviada para conhecimento do (a) senhor (a) ao término do projeto.

Agradecemos a sua participação, ao tempo que informamos que o (a) senhor (a) receberá uma cópia deste termo onde constam os dados da pesquisadora, podendo dirimir quaisquer dúvidas sobre o projeto e sua participação agora ou a qualquer outro momento.

Ely da Silva Mascarenhas

Pesquisadora responsável pelo estudo / RG 0142464309
Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB) /
Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde (SUVISA)
Centro de Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador -Cesat
Rua Pedro Lessa, 123 Canela.
Tel./Fax: (71) 33361788 / 1299
elymascarenhas@uol.com.br

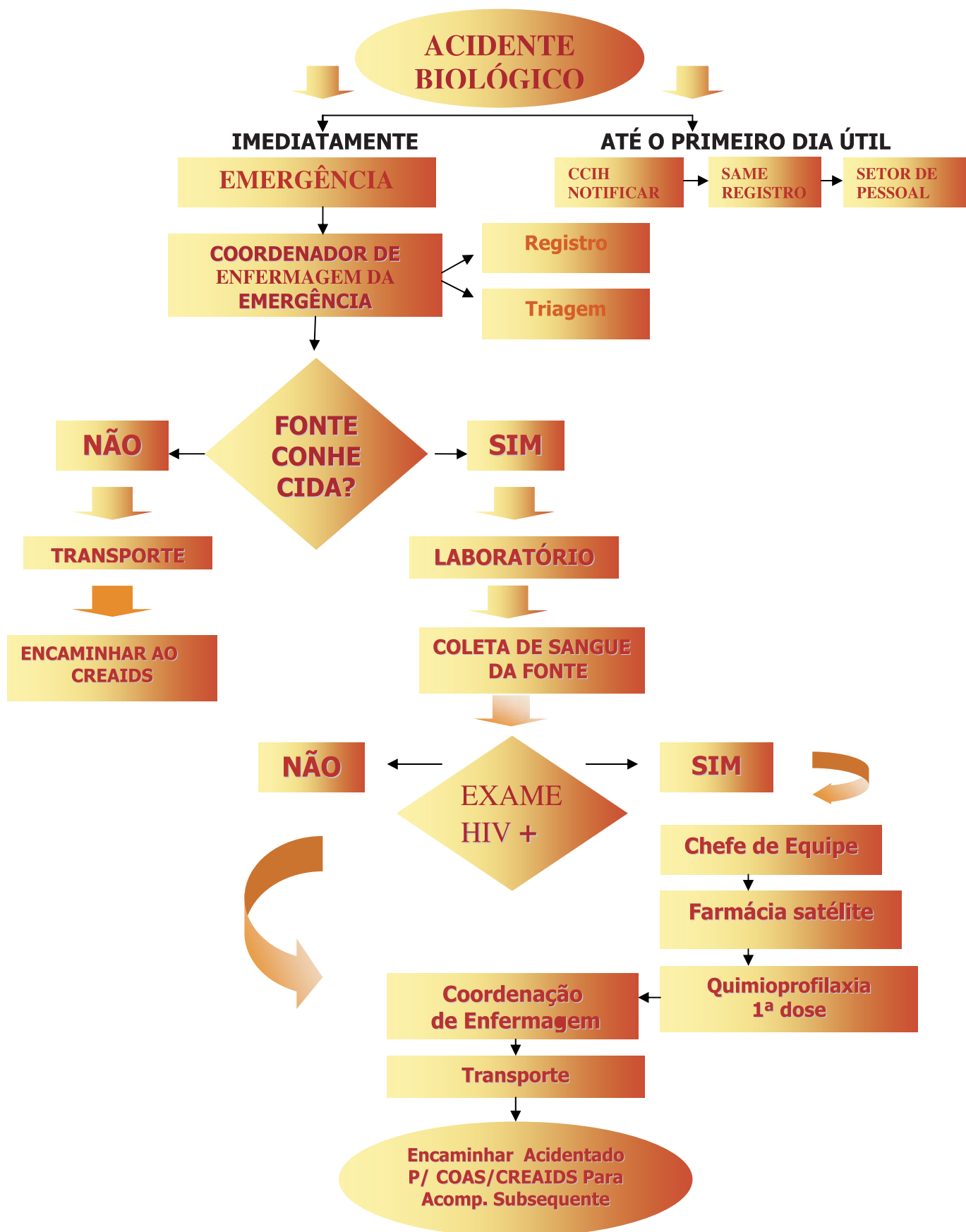
Eu, _____ portador do RG N°
_____, declaro que compreendi os objetivos, riscos e
benefícios de minha participação nesta pesquisa e concordo em participar deste
estudo.

_____, ____/____/2008.

Assinatura do (a) entrevistado (a)

ANEXOS

FLUXO PARA ACIDENTES COM MATERIAL BIOLÓGICO NO HOSPITAL “A” 1



Definição de caso: Acidentes envolvendo sangue e outros fluidos orgânicos ocorridos com os profissionais da área da saúde durante o desenvolvimento do seu trabalho, aonde os mesmos estão expostos a materiais biológicos potencialmente contaminados.

Os ferimentos com agulhas e material perfuro cortante em geral são considerados extremamente perigosos por serem potencialmente capazes de transmitir mais de 20 tipos de patógenos diferentes, sendo o vírus da imunodeficiência humana (HIV), o da hepatite B (HBV) e o da hepatite C (HCV) os agentes infecciosos mais comumente envolvidos.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual		2 Agravo/doença ACIDENTE DE TRABALHO COM EXPOSIÇÃO À MATERIAL BIOLÓGICO		Código (CID10) Z20.9	3 Data do Notificação		
	4 UF	5 Município de Notificação			Código (IBGE)			
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)				Código	7 Data do Acidente		
	8 Nome do Paciente					9 Data de Nascimento		
Notificação Individual	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano		11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado		12 Gestante 1-1ºTrimestre 2-2ºTrimestre 3-3ºTrimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado		13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado	
	14 Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica							
	15 Número do Cartão SUS				16 Nome da mãe			
	17 UF		18 Município de Residência		Código (IBGE)		19 Distrito	
Dados de Residência	20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida,...)			Código		
	22 Número		23 Complemento (apto., casa, ...)			24 Geo campo 1		
	25 Geo campo 2			26 Ponto de Referência			27 CEP	
	28 (DDD) Telefone			29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		30 País (se residente fora do Brasil)		
	31 Ocupação							
	Antecedentes Epidemiológicos	32 Situação no Mercado de Trabalho		09 - Cooperativado				33 Tempo de Trabalho na Ocupação
01- Empregado registrado com carteira assinada		05 - Servidor público celetista		10- Trabalhador avulso		1 - Hora		
02 - Empregado não registrado		06- Aposentado		11- Empregador		2 - Dia		
03- Autônomo/ conta própria		07- Desempregado		12- Outros		3 - Mês		
04- Servidor público estatutário		08 - Trabalho temporário		99 - Ignorado		4 - Ano		
34 Registro/ CNPJ ou CPF								
35 Nome da Empresa ou Empregador				36 Atividade Econômica (CNAE)				
37 UF		38 Município		Código (IBGE)				
39 Distrito			40 Bairro		41 Endereço			
42 Número		43 Ponto de Referência			44 (DDD) Telefone			
45 O Empregador é Empresa Terceirizada 1- Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9- Ignorado								

Dados Complementares do Caso

Acidente com material biológico

46 Tipo de Exposição Percutânea Pele íntegra Outros _____
1- Sim 2- Não 9- Ignorado Mucosa (oral/ ocular) Pele não íntegra

47 Material orgânico
1-Sangue 2-Líquor 3-Líquido pleural 4-Líquido ascítico 9-Ignorado
5-Líquido amniótico 6-Fluido com sangue 7-Soro/plasma 8-Outros: _____

48 Circunstância do Acidente
01 - Administ. de medicação endovenosa 09 - Lavanderia
02 - Administ. de medicação intramuscular 10 - Lavagem de material
03 - Administ. de medicação subcutânea 11 - Manipulação de caixa com material perfurocortante
04 - Administ. de medicação intradérmica 12 - Procedimento cirúrgico
05 - Punção venosa/arterial para coleta de sangue 13 - Procedimento odontológico
06 - Punção venosa/arterial não especificada 14 - Procedimento laboratorial
07 - Descarte inadequado de material perfurocortante em saco de lixo 15 - Dextro
08 - Descarte inadequado de material perfurocortante em bancada, cama, chão, etc... 16 - Reescape
98 - Outros
99 - Ignorado

49 Agente
1-Agulha com lúmen (luz) 2 - Agulha sem lúmen/maciça 3 - Intracath 4 - Vidros
5 - Lâmina/lanceta (qualquer tipo) 6 - Outros 9 - Ignorado

50 Uso de EPI (aceita mais de uma opção) 1- Sim 2 - Não 9 - Ignorado
 LUVA Avental Óculos Máscara Proteção facial Bota

51 Situação vacinal do acidentado em relação à hepatite B (3 doses)
1-Vacinado 2-Não vacinado 9-Ignorado

52 Resultados de exames do acidentado (no momento do acidente - data ZERO)
1-Positivo 2-Negativo 3-Inconclusivo 4-Não realizado 9-Ignorado
 Anti-HIV HbsAg Anti-HBs Anti-HCV

Dados do Paciente Fonte (no momento do acidente)

53 Paciente Fonte Conhecida?
1-Sim 2 - Não 9- Ignorado

54 Se sim, qual o resultado dos testes sorológicos?
1-Positivo 2-Negativo 3-Inconclusivo 4 - Não Realizado 9-Ignorado
 Hbs Ag Anti-HBc
 Anti-HIV Anti-HCV

55 Conduta no momento do acidente 1- Sim 2- Não 9- Ignorado

<input type="checkbox"/> Sem indicação de quimioprofilaxia	<input type="checkbox"/> AZT+3TC+Indinavir	<input type="checkbox"/> Vacina contra hepatite B
<input type="checkbox"/> Recusou quimioprofilaxia indicada	<input type="checkbox"/> AZT+3TC+Nelfinavir	<input type="checkbox"/> Outro Esquema de ARV Especifique _____
<input type="checkbox"/> AZT+3TC	<input type="checkbox"/> Imunoglobulina humana contra hepatite B (HBIG)	

Conclusão

56 Evolução do Caso
1-Alta com conversão sorológica (Especificar vírus: _____) 2-Alta sem conversão sorológica 3-Alta paciente fonte negativo
4- Abandono 5- Óbito por acidente com exposição à material biológico 6- Óbito por Outra Causa 9- Ignorado

57 Se Óbito, Data _____ **58** Foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho
1-Sim 2 - Não 3- Não se aplica 9- Ignorado

Informações complementares e observações

Investigador	Município/Unidade de Saúde	Cód. da Unid. de Saúde	
	Nome	Função	Assinatura