

**Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP
Mestrado Acadêmico - CESTEHA**

**“Acidentes de trabalho no centro cirúrgico do Hospital de Câncer II
HC II – INCA”**

Regina Célia Rodrigues Canedo

Rio de Janeiro /RJ

2009

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ/RJ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA –ENSP
MESTRADO ACADÊMICO

ACIDENTES DE TRABALHO NO CENTRO CIRÚRGICO
DO HOSPITAL DE CÂNCER II -HC II-INCA

REGINA CÉLIA RODRIGUES CANEDO

**Dissertação apresentada à Escola Nacional
de Saúde Pública da Fundação Oswaldo
Cruz para a aquisição do título de Mestre**

Orientador: Prof. Dr. Jorge Huet Machado

Rio de Janeiro/2009

Dedico essa dissertação à

**Meus amados e preciosos filhos Flora,
João Pedro e Augusto.** Pela paciência e
bom humor, mesmos nos momentos mais
difíceis desta jornada.

João Canedo, meu amado marido, parceiro
e minha bússola, em todos os momentos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar, aos meus pais Pedro e Aracy que, mediante esforço, amor e dedicação, tornaram possível mais essa etapa!

Esperando não cometer o grave erro de esquecer alguém, gostaria de tecer os seguintes agradecimentos:

Ao Professor e bem humorado orientador Jorge Machado, que me conduziu com liberdade e amizade, principalmente naqueles momentos em que tive vontade de sumir!

Ao Professor Carlos Minayo que ouviu, de forma serena e madura, minhas lamentações e reclamações, sem me deixar órfã de sua amizade;

À professora Cláudia Osório, pela consideração e presteza na avaliação deste trabalho;

Ao professor Ubirajara pelos conselhos e a boa vontade em participar da banca.

À todos os professores da Escola Nacional de Saúde Pública, que me honraram com suas aulas;

Aos meus colegas da jornada do Mestrado: Mariana, Paulo, Tarcísio, Leila, Clara, Wallace, André, Aline, João e Diana;

Ao chefe do Serviço de Anestesiologia do Hospital de Câncer II, Dr. Sylvio Lemos, pela compreensão e liberação das horas trabalhadas para a concretização desta tese;

Às minhas colegas de plantão, Marília, Deise e Ana Maria. Minhas desculpas pela sobrecarga imposta e meus agradecimentos pela colaboração na confecção desta;

À todos os funcionários do centro cirúrgico do HCII pela boa vontade e cooperação;

Ao diretor do Hospital, Dr. Reinaldo Rondineli que permitiu a realização da pesquisa em sua unidade hospitalar.

À Paulinha, pelas inúmeras ajudas prestadas, assim como pelo seu raro coleguismo.

À Juliana, secretária da Secretaria Acadêmica da Escola Nacional de Saúde Pública, que em todos os momentos, inclusive na prova de seleção do Mestrado, me foi amiga.

Gostaria de tecer um agradecimento especial à professora Jussara Brito, pela qual tenho um carinho incomensurável pois, mais importante do que indicar o caminho, ela me ensinou, passo à passo, a maneira de chegar até ele! Meus sinceros agradecimentos!

“O IMPOSSÍVEL É TEMPORÁRIO”

mitokondria

SUMÁRIO	pág
ÍNDICE DE TABELAS	6
ÍNDICE DE GRÁFICOS	7
GLOSSÁRIO DE SIGLAS	8/9
INTRODUÇÃO	12/16
CAPÍTULO I – CONTEXTO HISTÓRICO EPIDEMIOLÓGICO DOS ACIDENTES DE TRABALHO	
I-1- ACIDENTES DE TRABALHO: O CONCEITO	19/21
I-2- CLASSIFICAÇÃO DOS ACIDENTES DE TRABALHO	21/22
I-3- INDICADORES	23/26
CAPÍTULO II – PRESSUPOSTOS METODOLÓGICOS	
II-1-DEFINIÇÃO E AVALIAÇÃO DO RISCO	29/30
II-2-RISCO E TRABALHO	30/31
II-3-TIPOS DE RISCO.....	31/33
II- 4- PROCEDIMENTOS	34/36
CAPÍTULO III – OBSERVAÇÕES SOBRE O ESPAÇO FÍSICO DO HCII	
III-1- O HOSPITAL DO CÂNCER II (HCII)	37/38
III-2- DEFINIÇÃO DE CENTRO CIRÚRGICO	38/46
III-3- O CENTRO CIRÚRGICO DO HCII	47/49
CAPÍTULO IV – CARACTERIAÇÃO DA POPULAÇÃO ESTUDADA.....	50/61
CAPÍTULO V-CARACTERÍSTICAS DOS ACIDENTES DE TRABALHO....	62/73
CAPÍTULO VI – DISCUSSÃO/ CONCLUSÃO.....	74/81
ANEXOS.....	82/90
BIBLIOGRAFIA.....	91/96

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1- Incidência de acidentes de trabalho por região – Datasus 2006; pg 23

Tabela 2- Taxa de incidência de acidentes de trabalho de trajeto, por ano, Brasil 1997 à 2005; pg 24

Tabela 3- Distribuição percentual dos tipos de acidentes por categoria funcional; pg 63

Tabela 4- Acidente segundo frequência, faixa etária e ocupação; pg 65

Tabela 5- Circunstâncias dos acidentes com material biológico em relação à ocupação profissional; pg 65

Tabela 6- Número de notificações dos acidentes de trabalho por faixa etária; pg 69

Tabela 7- Frequência de notificação de acidente com material biológico por faixa etária; pg 70

Tabela 8 – Notificação segundo frequência por sexo e ocupação; pg 70

Tabela 9 – Frequência de notificação de acidente de trabalho no Rio de Janeiro segundo ocupação. Pg 71

ÍNDICE DE GRÁFICOS

- Gráfico 1- Distribuição percentual de participantes por categoria profissional; pg 52**
- Gráfico 2- Distribuição percentual dos trabalhadores por faixa etária; pg 53**
- Gráfico 3- Distribuição percentual dos trabalhadores por nível de escolaridade; pg 54**
- Gráfico 4- Distribuição percentual dos trabalhadores por tempo na função; pg 55**
- Gráfico 5- Distribuição percentual dos trabalhadores por tempo de trabalho; pg 56**
- Gráfico 6- Distribuição percentual dos trabalhadores por turnos; pg 57**
- Gráfico 7- Distribuição percentual dos trabalhadores por quantidade de emprego; pg 58**
- Gráfico 8- Distribuição percentual dos trabalhadores por tipo de vínculo empregatício; pg 59**
- Gráfico 9- Distribuição percentual de acordo com o treinamento para entrada no HCII; pg 60**
- Gráfico 10- Distribuição percentual de treinamento posterior à admissão no HCII; pg 61**
- Gráfico 11- Distribuição percentual dos tipos de acidentes de trabalho; pg 63**
- Gráfico 12- Distribuição percentual quanto ao fornecimento de EPI; pg 66**
- Gráfico 13- Distribuição percentual quanto ao uso de EPI; pg 67**
- Gráfico 14- Distribuição percentual das causas do uso irregular de EPI; pg 68**
- Gráfico 15- Distribuição percentual de notificação de acidente de trabalho; pg 69**
- Gráfico 16- Distribuição percentual das causas de não notificação dos acidentes de trabalho; pg 72**
- Gráfico 17- Distribuição percentual dos incômodos no trabalho. Pg 73**

GLOSSÁRIO

- ABNT**- Associação Brasileira de Normas Técnicas
- ABRASCO** – Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
- AIDS** – Acquired Immunodeficiency Syndrome
- CAT** – Comunicação de Acidente de Trabalho
- CFM** – Conselho Federal de Medicina
- CIPA** – Comissão Interna de Prevenção de Acidente
- CLT** – Consolidação das Leis do Trabalho
- CME** – Central de Material e Esterilização
- CNCC** – Campanha Nacional de Combate ao Câncer
- CRM** – Conselho Regional de Medicina
- CTI** – Centro de Tratamento Intensivo
- EPI** – Equipamento de Proteção Individual
- EV**- Endovenosa
- FAF** – Fundação Ary Frauzino
- FAF PRO** – Fundação Ary Frauzino Provisório
- FIOCRUZ** – Fundação Oswaldo Cruz
- HCII** – Hospital de Câncer – Unidade II
- HIV** – Human *Immunodeficiency Virus*
- IBGE** – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- INCA** – Instituto Nacional de Câncer
- INSS** – Instituto Nacional de Seguridade Social
- IDER** - Intradérmica
- IM** – Intramuscular
- LER** – Lesão por Esforço Repetido
- MS** – Ministério da Saúde
- MS PRO** – Ministério da Saúde Provisório
- OIT** – Organização Internacional do Trabalho
- PPRA** – Plano de Prevenção de Riscos Ambientais
- PQT** – Programa de Qualidade Total
- RPA** – Recuperação Pós-Anestésica
- SBC** – Subcutâneo

SIM – Sistema de Informação de Mortalidade

SIH – Sistema de Informação Hospitalar

SINAM – Sistema Nacional de Agravos de Notificação

SNC – Serviço Nacional de Câncer

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UICC – International Union Against Cancer

UPO – Unidade de Pós Operatório

RESUMO

Durante minha trajetória como anestesiológico no INCA observei diversos acidentes de trabalho, assim com a banalização dos riscos que comprometem a saúde dos trabalhadores. Diante deste contexto, decidi aprofundar o estudo, à fim de melhor compreender os possíveis fatores que contribuem e/ou agravam o problema.

Este trabalho foi um estudo quantitativo e qualitativo dos acidentes de trabalho que ocorreram no centro cirúrgico de um hospital especializado em câncer – Hospital do Câncer II – INCA (Instituto Nacional de Câncer), no período de março à junho de 2008, que teve como objetivos identificar e quantificar os acidentes, quantificar as notificações dos mesmos, as possíveis causas de não notificação e verificar o espaço físico e as condições de trabalho dos funcionários.

A metodologia utilizada baseou-se na observação direta e entrevista semi-estruturada onde foram avaliados os acidentes de trabalho, alguns aspectos sobre o câncer, risco, os profissionais de saúde e aos diferentes aspectos do local de trabalho.

Foram contabilizados 132 acidentes de trabalho que ocorreram no local, suas notificações e os prováveis elementos que contribuíram para a ocorrência dos mesmos, assim como as prováveis causas de não notificação dos acidentes.

O estudo mostrou que, embora os acidentes pérfuro cortantes com agulhas contaminadas sejam àqueles de maior notificação, os mais comuns relacionam-se à respingos de sangue e contusões. Mostrou também que, a maioria dos acidentes não são notificados.

Assim, embora os acidentes de trabalho não seja um tema novo, ele ainda merece estudos mais profundos na medida em que novas situações se apresentem.

ABSTRACT

During my trajectory as anesthesiology in the INCA, several accidents work were watched as the banalization of the risks that implicate the worker's health. In front of this context, i decid treat in detail the study, to understand better the probaly factores that contribute and/or aggravate the problem.

This work was a quantitative and qualitative study of the accidents work that occur in a surgical center of a cancer hospital - Hospital de Câncer II – INCA (National Institute of Cancer), at the period of march until june of 2008 that had the objetives of identify and quantify the accidents, quantify the notifications, the possible causes of not-notification, verify the fisic space and the work's conditons of the workers.

The metodology was based in a direct observantion and semi-structured interview where were estimated the accidents work, some aspects of cancer, risk, health's professions and the differents aspects of the work's place.

Were counted 132 accidents work, their notifications, the probable elements that contributed to that were count, as well as the probaly reasons of not comunications the accidents.

The work demonstrated that, although the perfuro cortantes accidents wiht contaminated needles have more notifications, the most commons accidents related were blood kickings and contusions. The results demonstrated that the most of the accidents are do not notified.

Although the acidents work isn't a new event, it's still care more deep studies, as new situations come to present.

Keywords: accidents, cancer, hospital.

INTRODUÇÃO

A idealização para a realização desta pesquisa ocorreu durante minha trajetória como anesthesiologista no Instituto Nacional de Câncer. Ao longo dos anos, tenho observado, diversos tipos e gravidades dos acidentes de trabalho que ocorrem no centro cirúrgico de um hospital especializado em câncer, assim como a banalização dos riscos que comprometem a saúde dos profissionais desta instituição! Banalização esta, que os leva à sofrer acidentes de trabalho de vários tipos e conseqüências, algumas das quais à curto prazo e outras de ocorrência mais tardias. Entretanto, mesmo banalizando os riscos e sofrendo acidentes, estes profissionais dificilmente os notificam. Estas observações me conduziram à um aprofundamento do estudo sobre o assunto, tanto sob o olhar acadêmico, quanto conceitual e social.

Os registros mais conhecidos sobre acidentes ocorridos em ambiente hospitalar, em sua grande maioria, apontam apenas para os acidentes perfurocortantes e suas implicações. Não subestimando a importância deste tipo de acidente, esta pesquisa tem como objetivos mostrar que existem outros tipos de acidentes que ocorrem no dia a dia de um centro cirúrgico, além dos perfurocortantes, seus prováveis condicionantes e as questões referentes às notificações dos mesmos.

Também é importante conhecermos um pouco sobre a doença “câncer” e sobre o risco, facilitando assim, a compreensão do processo de trabalho destes profissionais de saúde.

Podemos dizer que câncer é o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que têm como características comum o crescimento rápido e desordenado (maligno) de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo espalhar-se (metástase) para outras regiões do corpo, de maneira agressiva e incontrolável, dependendo da velocidade de multiplicação e da capacidade de invasão destas células (1). Ele pode matar devido à invasão destrutiva dos órgãos por extensão direta ou por disseminação à distância, através do sangue, linfa ou superfície serosa.

O câncer é responsável por mais de 12% dos óbitos no mundo e é a terceira maior causa de morte no Brasil: mais de 7 milhões de pessoas morrem anualmente da doença. A incidência de câncer, estimada em 2002, em 11 milhões de casos novos, alcançará mais de 15 milhões em 2020. Em 2005, de um total de 58 milhões de mortes ocorridas no mundo, o câncer foi responsável por 7,6 milhões; deste total, mais de 70% ocorreram

em população de média à baixa renda (2). É também conhecido que, pelo menos um terço dos casos novos de câncer que ocorrem anualmente no mundo, poderiam ser prevenidos. O aumento da expectativa de vida da população e seu envelhecimento, demonstrada pela redução das taxas de mortalidade e natalidade, leva ao aumento da incidência de doenças crônico-degenerativas, especialmente as cardiovasculares e o câncer e, a maior exposição dos indivíduos à fatores cancerígenos é um dos fatores que determina o aumento de câncer na população, constituindo um importante problema de saúde pública em todo o mundo.

No Brasil, as estimativas para o ano de 2008 e válidas também para 2009, apontam que ocorrerão 466.730 casos novos de câncer. Os tipos mais incidentes serão os de próstata e pulmão no sexo masculino e mama e colo de útero no sexo feminino, acompanhando o perfil mundial. Estima-se, também, que o câncer de pele do tipo não melanoma será o mais incidente da população brasileira (115 mil casos novos) (3).

A ocorrência de câncer é de etiologia multifatorial, podendo ter origem na combinação de vários fatores – genéticos, ambientais e de modos de vida como tabagismo, inatividade física, alimentação inadequada, excesso de peso, consumo excessivo de álcool, exposição à radiações ionizantes e agentes infecciosos específicos. Alguns estudos no Brasil têm demonstrado que as elevadas freqüências e concomitâncias de fatores de risco para doenças crônicas indicam a necessidade de que as ações de prevenção estabeleçam estratégias que trabalhem a simultaneidade destes fatores ao longo da vida.

O câncer é uma doença que pode responder, dependendo do estadiamento, às modalidades terapêuticas como cirurgia, radioterapia, quimioterapia e terapia biológica (1), sendo a cirurgia o mais antigo e definitivo tratamento para a doença. Isto ganha importância na medida em que, cientes de que a cirurgia é, na maioria das vezes, a melhor escolha terapêutica para o combate da doença, os profissionais do centro cirúrgico despem-se dos cuidados necessários para sua proteção e banalizam os riscos!

Uma doença como o câncer, com tantas particularidades, merece então um hospital especializado. A história do Instituto Nacional de Câncer, nasce com o presidente da República Getúlio Vargas, como Centro de Cancerologia, em 1937. Ele é inaugurado em 14 de maio de 1938, com 40 leitos, um bloco cirúrgico, um aparelho de raio-x e dois aparelhos de radioterapia e, Mário Kroeff, um dos médicos pioneiros da pesquisa e tratamento do câncer no Brasil, é nomeado diretor do hospital.

Em 1941 é criado o Serviço Nacional de Câncer com o objetivo de desenvolver uma política centralizada de controle do câncer no Brasil. Três anos mais tarde, o Centro de

Cancerologia transforma-se em Instituto Nacional de Câncer, órgão de suporte executivo do SNC (Serviço Nacional de Câncer). Em 1946, o Distrito Federal doa dois terrenos e um imóvel em construção, localizados na Praça Cruz Vermelha nº 23, para o Patrimônio da União. Neste local é erguido o novo prédio do Instituto Nacional de Câncer.

Em 1948 iniciam-se as campanhas de prevenção, também chamadas de campanhas educativas do Serviço Nacional de Câncer e, em 23 de agosto de 1957, o presidente Juscelino Kubitschek inaugura o novo prédio do Instituto Nacional de Câncer, na Praça Cruz Vermelha, com 300 leitos e passa a receber recursos financeiros através da Campanha Nacional de Combate ao Câncer (CNCC), como resultado do processo de co-gestão entre os Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social. Em dois anos, duplica-se a prestação de serviços médicos, aumenta os programas executados e os convênios técnico-científicos (4).

Para ser atendido nas unidades hospitalares do INCA (5), é necessário o encaminhamento de algum médico e ter o diagnóstico confirmado de câncer (laudo de biópsia ou punção). O Setor de Triage é o local onde é feito o primeiro atendimento em qualquer um dos hospitais do INCA. Depois de examinados, os doentes são matriculados e encaminhados para os setores especializados do INCA ou, caso não haja necessidade de matrícula, para outras instituições de saúde.

As Unidades hospitalares do INCA, localizam-se no município do Rio de Janeiro e integram o Sistema Único de Saúde (SUS) e oferecem tratamento integral às pessoas que têm tumores malignos (câncer). Ele apresenta as seguintes Unidades Assistenciais: Hospital do Câncer I, que exerce importante papel no desenvolvimento de pesquisa oncológica do Instituto e dos programas de Residência Médica e de enfermagem, dos cursos de especialização e atualização, entre outros; Hospital do Câncer II (Hospital de Oncologia) que atende principalmente doentes com câncer genital feminino. Ele também é o responsável pelo atendimento de adultos matriculados no Serviço de Oncologia Clínica. O HCII recebe pacientes para tratamento ambulatorial, internações e cirurgias e está entre os hospitais mais bem equipados do Sistema Único de Saúde; Hospital do Câncer III (Ex-Hospital Luiza Gomes de Lemos e ex- Pioneiras Sociais) que desempenha um importante papel na prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer de mama, participando ativamente dos programas de pesquisa e treinamento desenvolvidos no INCA. Presta assistência médico-hospitalar gratuita, promovendo confirmação diagnóstica, tratamento cirúrgico, quimioterápico e radioterápico.

O Hospital conta com equipamentos de radiologia de última geração, incluindo tecnologia de mamografia com estereotaxia para localização de lesões impalpáveis da mama; Hospital do Câncer IV (Ex-CSTO-Centro de Suporte Terapêutico Oncológico) que atende os pacientes do INCA que necessitam de cuidados paliativos e o Centro de Transplante de Medula Óssea, responsável pelo estudo e realização de transplantes de medula óssea, sendo o único centro do Brasil, nesta especialidade. Atende doentes do próprio INCA ou encaminhados por especialistas de outras instituições.

O centro cirúrgico, nosso local de estudo, é uma das unidades mais complexas, caras e de maior importância em um estabelecimento assistencial de saúde. Ele faz parte do atendimento ao diagnóstico e terapia e, no caso de um hospital especializado em câncer, a cirurgia corresponde a maior parte no sucesso do tratamento desta doença.

A população de estudo que é ali inserida, corresponde à médicos cirurgiões, equipe de enfermagem e auxiliares de serviços gerais que se expõem aos mais variados riscos e acidentes e, compreender o processo de trabalho de cada profissional, e as razões que os levam à não notificação dos acidentes, é fundamental para a busca de soluções com vistas à melhorias não só do processo de trabalho, como também do processo de vigilância em saúde, numa contribuição importante para a Saúde Pública, por ser mais uma fonte de conhecimento sobre este tipo de problema.

METODOLOGIA

Este trabalho é uma pesquisa observacional e de investigação epidemiológica, descritivo dos acidentes de trabalho e seus condicionantes, realizado durante o período de março à junho de 2008, que ocorreram no centro cirúrgico do Hospital do Câncer II – INCA, que busca ampliar os conhecimentos sobre estes acidentes, suas histórias e conseqüências.

A facilidade de acesso ao estudo se deu pelo conhecimento prévio tanto dos funcionários quanto do local de estudo, por ser a pesquisadora parte integrante do ambiente estudado. Houve, previamente a pesquisa propriamente dita, a distribuição de um convite de aceitação ou não ao estudo, seguido então do preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Escalrecido para aqueles que aceitaram participar do estudo.

Preenchido o TCLE, os trabalhadores foram submetidos à uma entrevista semi-estruturada, onde foram interrogados sobre ao acidentes de trabalho e seus condicionantes, assim como foram observados durante todo o período de estudo.

OBJETO DE ESTUDO

O objeto de estudo corresponde aos acidentes de trabalho que ocorreram no centro cirúrgico do INCA – HCII, no período de março à junho de 2008.

OBJETIVOS

- Identificar e quantificar os tipos de acidentes de trabalho que ocorrem no centro cirúrgico do HCII;
- Quantificar as notificações dos acidentes;
- Identificar as possíveis causas das não-notificações;
- Verificar o espaço físico e as condições de trabalho dos funcionários;

CAPÍTULO I

CONTEXTO HISTÓRICO EPIDEMIOLÓGICO DOS ACIDENTES DE TRABALHO

Estudar acidentes de trabalho requer o conhecimento prévio de sua origem e evolução cujas referências atingem as remotas civilizações. A escassez de maiores informações se deve ao fato de que, na antigüidade, os trabalhos mais árduos e de maior risco eram realizados pela mão de obra escrava, adquirida mediante as guerras entre os povos. Inicialmente, as lutas tribais e dos povos resultavam na morte dos inimigos. Ao longo do tempo, o homem vencedor destas lutas compreendeu que a escravidão era melhor que o extermínio do derrotado. Passaram então, à subjugar o adversário vencido para que ele trabalhasse e proporcionasse riquezas para o vencedor. Da escravidão dos prisioneiros, passou-se à venda, troca e locação dos escravos. Assim, o trabalho era considerado uma atividade destinada às classes inferiores da sociedade e, como o regime escravagista tratava o homem como mercadoria, não havia nenhum tipo de direito trabalhista ou qualquer outra regra de proteção à saúde deste trabalhador: os escravos poderiam ser mortos ou mutilados por seus senhores, sendo bastante comuns as deformações físicas, enfermidades e outras seqüelas decorrentes do trabalho e abusos praticados na época.(6)

Referências de associação entre trabalho e desencadeamento do processo saúde-doença foram encontradas em papiros egípcios e na civilização greco-romana, onde as tarefas de maior risco eram realizadas por escravos das nações conquistadas.(6)

Hipócrates (460-375 a.C.) mencionou a existência de moléstias entre mineiros; Plínio descreveu aspectos de trabalhadores expostos ao chumbo (7) e Agrícola (1494-1555) e Paracelso (1493-1541) relataram acidentes de trabalho e as doenças mais comuns entre os mineiros (“asma dos mineiros” - silicose) e descreveram que a mortalidade em determinados grupos humanos é mais elevada que em outros: “Mineiros morrem antes e morrem mais”. Percival Pott (1713-1788) estabeleceu nexos causais entre câncer de escroto e trabalho em limpeza de chaminés (6).

Por sua vez, o acidente de trabalho, embora presente permanentemente no cotidiano do trabalhador desde os primórdios da história do trabalho, só se torna objeto de estudos mais sistemáticos quando da decorrência do processo de industrialização e das lutas operárias a partir do Século XIX. Neste período são formuladas as primeiras teorias sobre acidentes de trabalho que, relacionadas à mediação jurídica do Estado (mediador

das relações de trabalho), proporcionaram a construção de entendimento de caráter geral em que o acidente de trabalho perde conteúdo específico e a imposição de conceituações conjunturais através do desenvolvimento de teorias (8).

A evolução do que hoje é entendido como acidente de trabalho apresenta duas vertentes: a vertente jurídico institucional, com a qual opera o seguro de acidente do trabalho, que se fundamenta na Teoria de Risco Social e a vertente técnico-científica, do controle dos acidentes de trabalho pela Engenharia de Segurança, que se fundamenta na Teoria de Risco Profissional. Estas duas abordagens sucedem a teoria da culpa, até hoje não totalmente superada.

A Teoria da Culpa direciona a análise dos acidentes no sentido de atribuir-lhes uma dentre duas causas possíveis: uma ação dolosa do empregado (ato inseguro) ou uma ação dolosa do empregador (condição insegura, criada por imprudência, negligência ou falta de diligência). Entretanto, até os dias de hoje, o trabalhador é o culpado até que se prove o contrário!

A discussão das teoria provoca um dualismo artificial em torno de seu objeto: o acidente é **do** trabalho ou **no** trabalho? Os que defendem a Teoria do Risco Profissional adotam preferencialmente a defesa do conceito de acidente **do** trabalho por ser mais específico e apresentar maior visibilidade, enquanto que os que defendem a Teoria do Risco Social tendem a apoiar o conceito de acidente **no** trabalho por ser mais abrangente. Entretanto, as políticas públicas utilizam o conceito restritivo para diminuir os gastos com seguro social e o abrangente para diluir as responsabilidades jurídicas e financeiras, construindo modelos fragmentados e ineficazes na abordagem do acidente de trabalho.

No Brasil, o conceito de acidente passou de **no** trabalho para **do** trabalho no Pós II Guerra, permitindo assim, um enfoque restritivo do gerenciamento seguritário em que o Ministério do Trabalho “mediava” as relações de trabalho. Posteriormente a Previdência Social, herdando o modelo restritivo, tornou-se a grande agência seguradora de acidente de trabalho no Brasil, tendo assumido o controle centralizado no Governo Federal (1968), controlando serviços através de convênios especiais para o atendimento de acidente de trabalho e subsidiar políticas de controle de acidentes por parte das próprias empresas através de convênios globais com grandes empresas, isentando-as de imposto, em troca de prestação de serviços pelas próprias empresas, exceto pelo pagamento do benefício acidentário, que permaneceu sob a responsabilidade do Estado como a Teoria do Risco Social aponta, além de assumir a parte onerosa e delegando o controle e a administração dos direitos providenciários às empresas.

Por outro lado, o Ministério do Trabalho desenvolve toda uma regulamentação específica onde fica claro a adesão aos princípios desenvolvidos pela Teoria do Risco Profissional Lei 3214 de 1978 construindo princípios de atuação por parte das empresas, cria e dimensiona os serviços de empresa de Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho, cujo resultado é a consolidação de um modelo patronal, tecnicista e distanciado do trabalhador.

Atualmente, na área de saúde, o controle dos riscos apresenta a influência de três áreas: biossegurança, saúde do trabalhador e a garantia de qualidade em estabelecimentos de saúde. Estes três campos contemplam os conceitos de risco e segurança dos ambientes de trabalho, compreendendo as características físicas e as ações humanas desse ambiente. Assim, encontramos as seguintes metas: identificar as situações e os fatores de risco, produzir ou mobilizar saberes sobre estes fatores e adotar medidas que impeçam que o risco se transforme em perigo.

I -1- ACIDENTE DE TRABALHO : O CONCEITO

Segundo a legislação previdenciária brasileira (Ministério da Previdência Social), *“acidente de trabalho é o que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa, com o segurado empregado, trabalhador avulso, médico residente, bem como com o segurado especial, no exercício de suas atividades, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte, a perda ou redução permanente ou temporária da capacidade para o trabalho”*(9). São também considerados acidentes de trabalho àqueles que ocorrem no trajeto da residência para o trabalho ou vice-versa.

Há na lei, referência à três elementos: a lesão corporal, a perturbação funcional e a doença(10):

- **Lesão corporal:** É o dano anatômico, tal como ferida, esmagamento, fratura ou qualquer outro que interfira na anatomia;
- **Perturbação Funcional:** É o dano, permanente ou transitório, da atividade fisiológica ou psíquica, tal como dor, perda de visão, diminuição da audição, convulsões, tremores entre outros;
- **Doença:** É uma perturbação funcional de certa intensidade que evolui e dilui o trauma por dado tempo.

É considerado acidente de trabalho (11):

- doença profissional, assim entendida a produzida ou desencadeada pelo exercício do trabalho peculiar a determinada atividade;
- a doença do trabalho assim entendida a adquirida ou desencadeada em função de condições especiais em que o trabalho é realizado e com ele se relacione diretamente.

Não são consideradas como doença do trabalho:

- doença degenerativa
- inerente a grupo etário
- doença endêmica adquirida por segurados habitantes de região onde ela se desenvolva, salvo se comprovado que resultou de exposição ou contato direto determinado pela natureza do trabalho.

Equiparam-se também a acidente de trabalho:

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

b-O acidente sofrido pelo segurado no local e horário do trabalho, em consequência de:

- Ato de agressão, sabotagem ou terrorismo praticado por terceiro ou companheiro de trabalho;
- Ofensa física intencional, inclusive de terceiro, por motivo de disputa relacionada com o trabalho;
- Ato de imprudência, negligência ou de imperícia de terceiro, ou de companheiro de trabalho;
- Ato de pessoa privada do uso da razão;
- Desabamento, inundação, incêndio e outros casos fortuitos decorrentes de força maior;

c-O acidente sofrido, ainda que fora do local e horário de trabalho:

- Na execução de ordem ou na realização de serviço sob a autoridade da empresa;
- Na prestação espontânea de qualquer serviço à empresa para lhe evitar prejuízo ou proporcionar proveito;
- Em viagem à serviço da empresa, inclusive para estudo, quando financiada por esta, dentro de seus planos para melhor capacitação da mão-de-obra;

- Independente do meio de locomoção utilizado, inclusive veículo de propriedade do segurado;
- No percurso da residência para o local de trabalho ou deste para aquela, qualquer que seja o meio de locomoção, inclusive veículo de propriedade do segurado, desde que não haja interrupção ou alteração do percurso por motivo alheio ao trabalho;
- No percurso da residência para o sindicato de classe e deste para aquela, tratando-se de trabalhador avulso.

No Brasil, nossa primeira Lei de Acidente de Trabalho surgiu em 1919, baseada no conceito de “risco profissional”, sendo este risco natural à atividade profissional. Sofreu modificações em 1934, 1944, 1967, 1987, 1991, 1992 e, finalmente em 1995. Atualmente a legislação em vigor é a Lei Nº 8.213, de 24 de julho de 1991, posteriormente regulamentada pelo Decreto Nº 611 de 21 de julho de 1992. De acordo com esta legislação, a empresa deve ser responsável pela adoção e uso de medidas coletivas e individuais de proteção e segurança da saúde do trabalhador **(12)** e, a fim de avaliar a responsabilidade do empregador, são considerados fatores como treinamento de funcionários, uso correto de equipamentos de segurança, realização de exames médicos periódicos, acompanhamento dos serviços realizados e implantação do Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA), onde cada empresa deve elaborar o seu próprio PPRA. **(13)**

I -2-CLASSIFICAÇÃO DOS ACIDENTES DE TRABALHO

Os acidentes de trabalho são classificados em três tipos **(9)**:

Cód. 1- acidente típico (o que ocorre a serviço da empresa);

Cód. 2- doença profissional ou do trabalho;

Cód. 3- acidente do trajeto (o que ocorre no percurso da residência ou refeição para o local de trabalho e vice-versa).

Obs: Para que o acidente ou doença seja considerado como acidente do trabalho é imprescindível que estejam em acordo com os conceitos previstos no Decreto nº 2.172/97, sendo que a caracterização técnica deverá ser efetuada pelo Setor de Perícia Médica do INSS, que fará o reconhecimento técnico do nexos causal entre:

a- o acidente e a lesão;

b- a doença e o trabalho;

c- a “causa mortis” e o acidente.

Entretanto, como têm sido analisados os acidentes de trabalho ao longo da história? Podemos inicialmente, citar Heinrich que desenvolveu a teoria dos dominós, representando a ocorrência de um acidente como seqüência linear de eventos ou “pedras” (14). Posteriormente, sob a influência de idéias da Organização Científica do Trabalho, chegou-se à duas classes de fatores causais de acidentes: fatores técnicos e fatores humanos. E como estes fatores deveriam ser identificados? A prática mais difundida assumiu o pressuposto da existência da “forma segura” de execução do trabalho, definida em normas e procedimentos legais ou administrativos, e os atos “inseguros”, que foram identificados mediante a comparação entre o ocorrido com o padrão “seguro”. Assim, a prevenção dos atos “inseguros” deveria basear-se em mudanças nos comportamentos das vítimas e, para fazer isso, as análises recomendavam punir comportamentos “não-desejados” e premiar àqueles “desejados”.

Essa forma de conceber o acidente pressupõe uma estabilidade que não existe e a possibilidade de uma padronização absoluta dos procedimentos. Desconsidera aspectos da situação de trabalho como: contexto, natureza das exigências das tarefas e até os processos psíquicos associados, por exemplo, o stresse e as incompreensões.

Acidentes de trabalho são fenômenos socialmente determinados, geralmente indicativos da intensa exploração e/ou da insuficiente condição econômica da população (14). Constituem importante problema de Saúde Pública não só no Brasil, mas também em todo o mundo, por serem potencialmente fatais, atingindo principalmente adultos jovens, e com diversas conseqüências, entre elas, a invalidez permanente (15). É sempre um acontecimento complexo que contém um grande número de fatores interdependentes(16), dentre eles: culpabilidade, predisposição, dicotomia entre fatores técnicos e humanos, contexto do próprio trabalho e confiabilidade no mesmo.

Segundo a OIT (Organização Internacional do Trabalho), os acidentes de trabalho são a causa de morte de mais de dois milhões de trabalhadores no mundo, por ano. No Brasil, segundo dados do Anuário Estatístico de Saúde do Brasil de 2001, o número de óbitos por acidentes de trabalho foram estimados em 3.094: região Sudeste com 1.480 do total, seguido pelas regiões Sul (595), Nordeste (441), Centro-Oeste (344) e Norte (234) do país(17).

I-3-INDICADORES DE SAÚDE (17)

Analisando a tabela Datasus-2006 abaixo, podemos observar que a região Sudeste (SE) é a que apresenta o maior número em relação ao número de óbitos por acidente de trabalho, por acidentes típicos e por doenças relacionadas ao trabalho. Podemos notar também, que os acidentes de trabalho típicos são os que aparecem em maior número em relação ao número de óbitos e às doenças relacionadas ao trabalho.

Tabela 1- Indicadores de acidente de trabalho por região – Datasus 2006.

	N	NE	SE	S	CO	Total
Nº de óbitos por ac. de trabalho	183	381	1.289	520	344	2.717
Nº de casos de doenças relacionadas ao trabalho	1.280	4.031	15.037	4.843	1.453	26.664
Nº de casos de ac. trabalho típico	15.866	40.728	229.726	90.988	25.954	403.262

N= Norte

NE= Nordeste

SE= Sudeste

S= Sul

CO= Centro Oeste

A tabela 2 abaixo, nos mostra os dados estatísticos sobre a taxa de incidência de acidentes de trabalho de trajeto, por ano, segundo região de 1997 à 2005. Todas as regiões apresentam crescimento nas taxas entre 1997 e 2005. As regiões Sudeste e Sul mantem as maiores taxas de incidência de acidentes de trabalho de trajeto, enquanto que, os menores valores correspondem às regiões Norte e Nordeste.

Tabela 2 - Taxa de incidência de acidentes de trabalho de trajeto (por mil trabalhadores), por ano, segundo região. Brasil, 1997 a 2005.

Regiões	1997	1999	2001	2003	2005
Brasil	2,2	2,1	1,9	2,2	2,7
Norte	1,6	1,8	1,8	1,8	2,1
Nordeste	1,4	1,4	1,2	1,5	1,8
Sudeste	2,5	2,2	2,0	2,4	3,0
Sul	2,3	2,1	2,0	2,3	2,9
Centro Oeste	2,1	2,0	1,9	2,3	2,8

Fonte: Ministério da Previdência Social/SPS – Dataprev/SUB e CNIS.

As doenças profissionais ou doenças relacionadas ao trabalho e os acidentes de trabalho constituem um importante problema de Saúde Pública, principalmente no Brasil. Os principais bancos de dados são baseados no CAT(Comunicações de Acidentes de Trabalho), desenvolvidos pelo Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) que é a fonte principal de dados estatísticos sobre o assunto com finalidade securitária. Estes dados limitam-se apenas àqueles acidentes registrados e ocorridos entre os trabalhadores segurados, não incluindo àqueles que trabalham informalmente, assim como os acidentes sem afastamento e/ou sem perda de tempo e os que não foram notificados.

Os acidentes de trabalho devem ser comunicados até 48 horas após a sua ocorrência, por meio da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), e que deve ser encaminhado à Previdência Social, ao acidentado, ao sindicato da categoria correspondente, ao hospital, ao Sistema Único de Saúde e ao Ministério do Trabalho. Para os empregados com direitos previdenciários que se acidentam, o fluxo de CATs até seu registro no Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) necessita vencer alguns obstáculos:

1-A emissão do documento por parte do empregador, pelo próprio acidentado ou ainda pelos familiares do acidentado, sindicato, médico que fez o atendimento ou qualquer autoridade pública;

2-Preenchimento do atestado médico, pelo médico de atendimento;

3-Encaminhamento à agência do INSS da ocorrência do acidente.

Além dos CATs (Comunicação de Acidentes de Trabalho), podemos recorrer à outras fontes de informação sobre os acidentes de trabalho como:

- SIM (Sistema de Informação de Mortalidade)- Secretaria Estadual de Saúde;

- SIH (Sistema de Informação Hospitalar)- SUS;

- SINAN (Sistema Nacional de Agravos de Notificação)- Ministério da Saúde.

Outros indicadores empregados, referente à gravidade da lesão, são os dias perdidos por acidente e o registro de óbitos, por conter dados relativos à mortalidade por acidentes, em geral **(18)**.

Segundo estatísticas oficiais, os acidentes de trabalho vêm apresentando um declínio em seu registro. Diante de tantas etapas à serem vencidas para o registro dos acidentes, é evidente que, a pobreza na qualidade dos dados oficiais em termos de mortalidade e morbidade, encontrem-se reconhecidamente subestimadas e necessitem de estudos interdisciplinares específicos, na busca ativa dos casos, assim como dimensionar as repercussões sociais dos acidentes. Além disto, a fragilidade das informações sobre os acidentes são evidentes uma vez que, as estatísticas atuais não abrangem todos os trabalhadores: são incluídos apenas nestas estatísticas o trabalhador que tenha vínculo empregatício, o que chamamos de trabalhador formal. Ficam excluídos todos àqueles do setor informal, funcionários públicos civis e militares estatutários, trabalhadores previdenciários autônomos, empregados domésticos e proprietários.

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) demonstram que, em 1999, o número de trabalhadores com carteira assinada permanecia em 19.6 milhões, enquanto que a população sem carteira assinada totalizava 71.6 milhões, demonstrando que apenas um pouco mais de um quarto do total de trabalhadores podem registrar os acidentes de trabalho.

No Brasil, a importância dos acidentes de trabalho se expressa pelo custo estimado de R\$12.5 bilhões por ano para as empresas e de R\$20 bilhões por ano para o país e, apesar das suas conseqüências negativas, este tipo de problema ainda se apresenta pobre de atenção por parte das políticas sociais brasileiras.**(18)**

A Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – ABRASCO- numa tentativa de dimensionar e caracterizar com maior precisão os acidentes de trabalho,

recomendou em 1996, a elaboração de um projeto a fim de desenvolver um sistema de informação integrado que não só registre os acidentes de trabalho ocorridos com todos os trabalhadores, independente do vínculo com a Previdência Social, assim como propiciar investigação e elaboração de indicadores que fomentem as políticas públicas de saúde do trabalhador.

PREVALÊNCIA DE ACIDENTES DE TRABALHO EM TRABALHADORES HOSPITALARES (19)

Os riscos nas unidades hospitalares são decorrentes do contato e da forma como são prestados os serviços de assistência. Esta implica no manuseio de equipamentos pesados e materiais perfurantes e/ou cortantes muitas vezes contaminados com sangue e outros fluidos(19) e quimioterápicos; no descarte de materiais contaminados no lixo hospitalar; nas relações interpessoais de trabalho e produção; no trabalho em turnos; nos baixos salários; na tensão emocional advinda do convívio com a dor, sofrimento e muitas vezes a morte. Entretanto, a ocorrência dos acidentes de trabalho ainda é atribuída muitas vezes ao não cumprimento das normas e do não uso de Equipamento de Proteção Individual (EPI).

CAPÍTULO II

Historicamente, os profissionais de saúde não eram considerados como categoria profissional de alto risco para acidentes de trabalho. Isto foi modificado à partir da década de 80, com a ocorrência da Aids, através da constatação de agravos àqueles que exerciam atividades em laboratório, com a manipulação de microorganismos.

Embora definir profissional de saúde seja algo complexo, isto se faz necessário para que se calculem taxas de exposição que envolvam categorias profissionais específicas. Em sua dissertação, Lima (20) descreve o trabalhador da área de saúde como qualquer pessoa cujas atividades envolvam o contato direto com pacientes, com o sangue ou outros fluidos corpóreos, dentro de um estabelecimento de saúde. Assim, todas as pessoas que trabalham em centro cirúrgico são consideradas profissionais de saúde, inclusive àqueles que atuam na limpeza. O mais importante na definição do profissional de saúde é sua formação e sua capacitação adquiridas com vistas à atuar no setor.

Estes profissionais dedicam-se ao ato de cuidar, no seu sentido mais amplo, pois o cuidar aqui, significa correr riscos, os quais podem comprometer gravemente a saúde deste profissional de maneira muito diversificada, desde a aquisição de doenças ocupacionais até acidentes de trabalho, uma vez que, hospitais são considerados locais tipicamente insalubres na medida em que propiciam a exposição dos trabalhadores da área da saúde à inúmeros riscos. (19)

As condições de trabalho de qualquer categoria profissional pode estar sob risco, assim como a de visitantes e outros profissionais que estejam ocasionalmente nos serviços de saúde. Entretanto os trabalhadores da saúde apresentam características específicas através do relacionamento com vida, doença e morte, por ser parte de um sistema que assegura a continuidade da produção e que determina a quebra da continuidade no trabalho realizado individualmente (trabalho em turnos). Todos estes fatores e as jornadas rotativas provocam além de distúrbios do sono, distúrbios nervosos, digestivos e desorganização familiar e social. Existem diversos agravos à saúde (21).

1- Agravos que produzem ruptura abrupta do equilíbrio entre as condições, o ambiente e a saúde do trabalhador : são os acidentes de trabalho e as intoxicações agudas de origem profissional.

2- Agravos de caráter crônico: a doença profissional típica, definida como àquela inerente ou peculiar a determinado ramo de atividade.

3- Doenças relacionadas ao trabalho: agravos outros que, em adição às doenças profissionais legalmente desconhecidas, ocorrem em trabalhadores quando o ambiente ou as condições contribuem significativamente para a ocorrência de doenças de variados graus de magnitude.

4- Grupos de problemas atribuídos à organização do trabalho: envelhecimento precoce, síndrome de fadiga patológica, distúrbios do sono e da sexualidade e o estresse crônico.

5- Relacionados aos agentes que causam riscos à saúde dos trabalhadores e que costumam estar presentes nos locais de trabalho: agentes químicos (substâncias químicas), físicos (calor/frio), biológicos (hepatites/HIV/tuberculose), ergonômicos (LER/DORT) e riscos de acidentes.

Além destes, existem fatores de penosidade para os trabalhadores hospitalares como : carga mental decorrente da memorização complexa, parcelamento do trabalho e esclarecimento insuficiente, carga psíquica decorrente da pressão de concentração no trabalho, pressão nas mudanças nas condições de risco do paciente e do confronto com o sofrimento.

O processo de trabalho da saúde está carregado de relações sociais que se estabelecem no interior do trabalho da saúde, que se dá coletivamente, e onde existe uma hierarquização de poderes das categorias profissionais, historicamente estabelecida e dada socialmente entre médico e demais trabalhadores. Este processo de trabalho na saúde evolui de cuidados simplificados até àqueles de trabalho com instrumentos de alta complexidade e que exigem diversificação e especialização da força de trabalho.

O objeto de estudo da Saúde do Trabalhador pode ser compreendido como o processo saúde e doença dos grupos humanos, em sua relação com o trabalho; trabalho este entendido como espaço de dominação e submissão do trabalhador pelo capital mas, igualmente de resistência, de constituição e do fazer histórico destes trabalhadores, que buscam o controle sobre as condições e os ambientes de trabalho, a fim de torná-los mais saudável. Estes trabalhadores transformam e são transformados, não só historicamente como também socialmente e, é através do trabalho, que este indivíduo se constitui como sujeito, afirmando sua identidade e seu desejo de ser reconhecido socialmente.

II- 1- DEFINIÇÃO E AVALIAÇÃO DO RISCO

Risco pode ser definido como a probabilidade de ocorrer um acidente causando danos ou, como a probabilidade de concretização de um perigo. Esta probabilidade pode ser alta (o dano ocorrerá sempre ou quase sempre), média (o dano ocorrerá em algumas ocasiões) ou baixa (o dano ocorrerá raramente)(22). Entretanto, quando falamos em risco, deparamo-nos com uma série de definições inexatas e uma variedade de probabilidades relacionadas à dados estatísticos, julgamentos subjetivos e questões relacionadas à super e sub estimação do risco. De acordo com a Resolução CNS196/96, risco é a possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual ao ser humano, em qualquer fase de uma pesquisa e dela decorrente.

Numa primeira análise do risco, descrevêmo-lo como fenômeno potencialmente perigoso, sendo necessário impedi-lo, voltando nossa atenção para o ambiente e para as questões que referem-se a segurança no trabalho, objetivando e exteriorizando os fatores de risco.

A Norma Regulamentadora NR-5(23) estabeleceu a obrigatoriedade de identificar os riscos à saúde humana no ambiente de trabalho, atribuindo às Comissões Internas de Prevenção de Acidentes (CIPA) a responsabilidade pela elaboração de mapas de riscos ambientais. Estas avaliações do risco têm como objetivo, estimar o potencial de danos à saúde decorrente da exposição dos indivíduos a agentes ambientais e que podem ser feitas pelos trabalhadores, através de discussões coletivas sobre as fontes dos riscos, o ambiente de trabalho e as estratégias preventivas a serem aplicadas a fim de reduzir os riscos identificados.

O mapa de risco(24) é uma metodologia descritiva e qualitativa de investigação territorial, difundida no Brasil na década de 80, a fim de estudar as condições de trabalho e incorporar a dimensão política de ação do trabalhador na defesa de seus direitos. Suas premissas são: valorização da experiência e do conhecimento do trabalhador, a não delegação da produção do conhecimento, o levantamento de informações por grupos homogêneos de trabalhadores e a validação consensual das informações destes trabalhadores, a fim de subsidiar as ações de planejamento e controle da saúde nos locais de trabalho.

Na área de saúde, o controle dos riscos ambientais apresenta a influência de três áreas: biossegurança, saúde do trabalhador e a garantia de qualidade em

estabelecimentos de saúde (Programas de Qualidade Total). Estes três campos contemplam os conceitos de risco e segurança dos ambientes de trabalho, compreendendo as características físicas e as ações humanas desse ambiente. Entretanto, o mapa de riscos sofre limitações importantes na sua avaliação metodológica: existe uma dificuldade em avançar nas discussões sobre as relações de trabalho, uma vez que, existe o fator hierárquico e o de vínculo empregatício - fragilidade dos trabalhadores da CLT.

II-2- RISCO E TRABALHO

Em Labirintos do Trabalho (25), “o risco permanece marcado pela negatividade. Só há uma maneira para que o risco se atualize: o perigo. O perigo é hierarquizado com a introdução da noção de gravidade.” Segundo os autores, é segundo esta abordagem de risco negativo que a problemática das condições de trabalho é tratada e que tenta-se indentificar os elementos “causadores” de danos à saúde dos trabalhadores - os chamados fatores de risco. Deste modo, o problema passa a seguir as seguintes metas:

- identificar as situações e os fatores de risco;
- produzir ou mobilizar saberes sobre estes fatores e
- adotar medidas que impeçam que o risco se transforme em perigo.

Identificados os fatores de risco, provocados pelas técnicas e materiais de trabalho, necessita-se do conhecimento sobre os mesmos para definir qual a melhor abordagem preventiva a ser utilizada, a fim de impedir ou diminuir os acidentes e as doenças profissionais. Entretanto, não são apenas os fatores objetivos (técnicos e dos meios de trabalho) que acarretam acidentes. Existem ainda os fatores de risco procedentes da atividade humana que não podem ser tratados objetivamente. É necessário conhecimento sobre a atividade através de uma análise ergonômica. Existe uma interseção de fatores sociais, psicológicos, materiais e de meios, marcados profundamente pela subjetividade, que não é identificável pela objetivação. Estes fatores, técnicos e humanos, devem ser integrados na análise dos riscos profissionais, devendo ser analisados de maneira multicausal.

Assim, mediante a presença da subjetividade, as atividades que conduzem ao acidente podem ser provenientes de um risco mal conhecido ou de um risco assumido e, quando falamos em um risco assumido, estamos dizendo que, a infração das normas muitas vezes é necessária para a atividade, subtraindo a idéia negativa do risco e transformando-o em algo positivo. Esta infração, em relação as normas antecedentes de

segurança, se faz necessária para que a execução da tarefa seja aprimorada, transformando o risco, num ato de criatividade necessário para produzir, melhorar e criar. O risco pode ser encarado assim como positivo, uma vez que, mediante novos desafios que se apresentam diariamente, pode-se utilizar a subjetividade e a audácia a fim de melhorar a execução da atividade.

Diante desta nova visão sobre o risco e a subjetividade, podemos compreender a diferença entre trabalho prescrito e trabalho real: o trabalho prescrito baseia-se nas normas e procedimentos para a execução do trabalho e o trabalho real é o trabalho prescrito combinado à subjetividade do trabalhador. A relação causal entre fator de risco, consciência do risco, correr risco e irracionalidade deve portanto, ser relativizada pela demonstração da pluralidade das racionalidades, mas também pelos encobrimentos parciais da consciência e do inconsciente dos sujeitos (corpo-si) que agem no e pelo trabalho (25).

II-3- TIPOS DE RISCO

-Químicos: os riscos químicos referem-se ao manuseio de gases e vapores anestésicos, antissépticos e esterilizantes, drogas citostáticas e micro múltiplas exposições. A exposição aos riscos químicos está relacionada com a área de atuação do trabalhador, com o tipo de produto químico e tempo de contato, além da concentração do produto. Isso pode ocasionar sensibilização alérgica, aumento da atividade mutagênica e até esterilidade (26).

-Físicos: A bio-engenharia aplica seus conhecimentos no campo da Medicina e Biologia e, especialmente em centro-cirúrgico, quando falamos de ambiente hospitalar. Os riscos físicos referem-se à temperatura ambiental (elevada nas áreas de esterilização e baixa no centro-cirúrgico), radiação ionizante, ruídos e iluminações em níveis inadequados e exposição do trabalhador à incêndios e choques elétricos (26);

- Psicossociais: Entre os riscos psicossociais está a sobrecarga advinda do convívio com o sofrimento alheio, enfrentamento com a morte e a dor, assim como o trabalho noturno, o rodízio em turnos e a realização de tarefas múltiplas, fragmentadas e repetitivas, o que pode levar à depressão, insônia, suicídio, tabagismo, consumo de álcool e drogas e fadiga mental.

Uma modalidade psicológica de violência no trabalho e que pode estar relacionada com os acidentes de trabalho e que vem sendo apontada, mais recentemente, é o assédio moral. Para Cohen, o termo “assédio moral” (no ambiente de trabalho) surgiu em setembro de 1988, quando a psicanalista Hirigoyen explora e define o assédio como: “toda e qualquer conduta abusiva (gesto, palavra, comportamento, atitude) que atente, por sua repetição ou sistematização, contra a dignidade ou a integridade psíquica ou física de uma pessoa, ameaçando seu emprego ou degradando o clima de trabalho” (27).

Hirigoyen listou os seguintes grupos de atitudes hostis como possíveis configuradoras de assédio moral no trabalho, assim como suas percentagens:

- 1- atitudes que deterioram as condições de trabalho(53%)
- 2- atitudes que geram isolamento e recusa de comunicação (58%)
- 3- atitudes que geram atentado contra a dignidade (56%)
- 4- violência verbal, física ou sexual (31%)

Igualmente, tem que se estudar a influência que tem a violência no trabalho (assédio moral) e no assediado, na coletividade, no assediador e na própria Empresa, porque as conseqüências tanto para o indivíduo como para o grupo de trabalho podem ser consideradas iguais aos custos para os indivíduos, para a empresa e para a sociedade em geral, que se justificam como “Custos da Violência no Trabalho”(28).

-Mecânicos: Entre os riscos mecânicos, estão as lesões causadas por manipulação de objetos cortantes e penetrantes, quedas, contusões e postura inadequada.

O freqüente levantamento de peso para movimentação e transporte de pacientes e equipamentos, a postura inadequada e flexões de coluna vertebral em atividades de organização e assistência podem causar problemas à saúde do trabalhador, tais como fraturas, lombalgias e varizes. Tais fatores causais estão relacionados a agentes ergonômicos que são àqueles que incidem na adaptação entre o trabalhador-trabalho. São eles o desenho dos equipamentos, do posto de trabalho, a maneira como a atividade laboral é executada, a comunicação e o meio ambiente.

- Biológicos: A exposição ocupacional por material biológico é entendida como a possibilidade de contato com sangue ou fluidos orgânicos no ambiente de trabalho e cujas formas de exposição incluem inoculação percutânea por intermédio de agulhas ou objetos cortantes e o contato direto com pele e/ou mucosas, podendo ocasionar doenças como AIDS, tuberculose, hepatite e outras.

Os acidentes de trabalho com sangue e outros fluidos potencialmente contaminados devem ser tratados como casos de emergência médica, uma vez que as intervenções para profilaxia da infecção pelo HIV e hepatite B necessitam ser iniciadas logo após a ocorrência do acidente, para sua maior eficácia. O protocolo consiste em orientações quanto aos cuidados locais imediatamente após o acidente, atendimento médico para avaliação da lesão e da exposição, recomendações profiláticas após exposição, solicitação de sorologias do acidentado e paciente-fonte quando possível, e acompanhamento sorológico do acidentado após exposição.

É importante ressaltar que, as medidas profiláticas pós-exposição não são totalmente eficazes, enfatizando a necessidade de se implementar ações educativas permanentes, que familiarizem os profissionais de saúde com as precauções básicas e os conscientizem da necessidade de empregá-las adequadamente, como medida mais eficaz para a redução do risco de infecções em ambiente ocupacional. Não discutiremos aqui as medidas e os procedimentos recomendados em caso de exposição a material biológico.

Segundo dados do CDC, a estimativa anual de acidentes percutâneos com trabalhadores da saúde nos hospitais é de 384.325 casos, e o risco de contaminação com o vírus HIV (AIDS) é de 0,3%, vírus HBV (HEPATITE B) é de 6% a 30% e o risco de contaminação é de 0,5% a 2% para o HCV (HEPATITE C) ((29).

Segundo a referida instituição, as consequências da exposição ocupacional aos patógenos veiculados pelo sangue não são só os referentes à infecção, mas também relativos ao trauma psicológico ocasionado pela espera do resultado de uma possível soroversão e mudanças nas práticas sexuais, no relacionamento social e familiar, efeito das drogas profiláticas, entre outros.

Em estudo realizado no Brasil, com trabalhadores de saúde, visando à identificação do risco ocupacional de infecção pelo vírus da imunodeficiência humana, foi constatado que 88,8% dos acidentes de trabalho notificados acometeram os profissionais de enfermagem e, dentre os fatores predisponentes para o evento, está a freqüente manipulação de agulhas pelos trabalhadores da enfermagem (30). Assim sendo, o Governador do Estado do Rio de Janeiro, em exercício, em 14 de janeiro de 2008, pela **lei de número 5185**, a utilização de mecanismos mais seguros para a utilização de agulhas (nota 1 – em anexo).

II- 4- PROCEDIMENTOS

PROCEDIMENTOS PARA ENTRADA NO CAMPO DE PESQUISA

A escolha do tópico de investigação se deu pela observação dos diversos acidentes de trabalho que ocorrem no centro cirúrgico do HCII-INCA. Esta fase se iniciou com uma busca bibliográfica através de estudos clássicos e mais atualizados sobre as questões. O estudo foi realizado no centro cirúrgico do Hospital de Câncer II (INCA - HCII), durante o período de março à junho de 2008.

A primeira etapa para a entrada em campo foi realizada através de um convite à todos os profissionais permanentes do setor. Este convite continha dados da pesquisa relativos à: objeto de estudo, objetivos, justificativa, nome das instituições envolvidas, nome da pesquisadora, finalidade da pesquisa e a certeza de que não haveria nenhum tipo de punição caso o convite fosse recusado. Este convite constou apenas das respostas SIM ou NÃO no desejo à participação da mesma.

A segunda etapa da pesquisa foi a distribuição do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos profissionais previamente contabilizados, através da análise das respostas do convite distribuído anteriormente. Este Termo de Consentimento continha: objeto de estudo, objetivos, justificativa, nome e contatos das instituições envolvidas, nome e contatos da pesquisadora, finalidade da pesquisa, compromisso de anonimato e garantia quanto à desistência da pesquisa em qualquer momento da mesma, sem nenhuma medida punitiva para o desistente.

Feito isto, foi iniciada à pesquisa propriamente dita, através de entrevista semi-estruturada.

- População de Estudo

A população de estudo, composta por profissionais que atuam no centro cirúrgico do HCII foi analisada conforme dados relativos à sua composição, modo de seleção, suas formações, seus treinamentos e seus vínculos empregatícios. Ela foi constituída, principalmente de médicos (cirurgiões ginecologistas, anestesistas cirurgiões gerais, cirurgiões plásticos e mastologistas), equipe de enfermagem (enfermeiros, técnicos de enfermagem, instrumentadores e auxiliares de enfermagem) e auxiliares de serviços gerais.

INVESTIGAÇÃO DOS TRABALHADORES ESTUDADOS VARIÁVEIS ESTUDADAS

Definida a população de estudo, os profissionais de saúde que ali exercem suas atividades preencheram um roteiro de entrevista semi-estruturada com questões abertas e fechadas, e onde foram abordados os seguintes aspectos:

A- **Identificação Pessoal** : idade, sexo, estado civil, grau de instrução e remuneração.

B- **Identificação Profissional** : classe profissional a que pertence, tempo de trabalho no HCII, jornada de trabalho, trabalho em turnos e quais esquemas de turnos, outros vínculos empregatícios, dentro da mesma função exercida no HCII, sua qualificação tipo de vínculo empregatício na Instituição, trabalho prescrito e trabalho real dos profissionais;

C- **Acidentes**: foram abordados os seguintes aspectos:

- a- Número de acidentes de trabalho sofridos por cada trabalhador, no período de março à junho de 2008.
- b- Tipo de acidente;
- c- Utilização de equipamento de proteção individual da função de cada trabalhador;
- d- Circunstância do acidente;
- e- Conduta em relação à notificação do acidente;
- f- Treinamento e periodicidade do mesmo em procedimentos de segurança;
- g- Interesse pelo trabalho e pela instituição.

Contabilizados os acidentes, procurei analisar os seguintes elementos: Indivíduo, Tarefa, Material, Meio de Trabalho e Relações de Trabalho e relacioná-los com a situação de trabalho. Assim, os acidentes estudados puderam ser analisados, sob diversos aspectos como físicos, psíquicos e ergonômicos, favorecendo o conhecimento de uma primeira perturbação em um de seus elementos do sistema. Estes elementos que compõem a atividade são:

- **Indivíduo** - Refere-se àquela pessoa física e psicologicamente trabalhando em seu meio profissional que traz consigo os efeitos dos fatores extra profissionais e é aquela que, no acidente, é a pessoa mais facilmente identificável;

- **Tarefa** - São as ações do indivíduo que participa de um serviço;
- **Material** – Corresponde aos meios técnicos colocados à disposição do trabalhador à fim de executar sua tarefa;
- **Meio de Trabalho** - Representa o ambiente em que ele trabalha;
- **Relações de Trabalho** – São as relações que o trabalhador estabelece com seus colegas de trabalho e suas chefias.

A análise dos acidentes através destes elementos, devido à complexidade das situações de trabalho, nos permite atingir dois objetivos:

- Instrumentalizar a busca sistemática de dados para a pesquisa dos elementos característicos dos acidentes ;
- Permitir identificar fatores de risco comuns à diferentes situações de trabalho, visando à sua diminuição.

Coletadas todas as informações, foi possível construir um provável perfil sobre os vários aspectos dos acidentes de trabalho no setor.

CAPÍTULO III

OBSERVAÇÕES SOBRE O ESPAÇO FÍSICO DO HCII

III -1- O HOSPITAL DO CÂNCER II (HCII)

O Hospital do Câncer II (HCII) é a unidade hospitalar do INCA responsável pelo atendimento a adultos matriculados nos Serviços de Ginecologia e Oncologia Clínica (31). Esta unidade do INCA é o antigo Hospital de Oncologia e atende principalmente doentes com câncer genital feminino.

Por ser um centro de referência na área de ginecologia oncológica, atuando no nível terciário de atendimento, o HCII requer do paciente a ser admitido a apresentação de encaminhamento por um médico acompanhado de confirmação diagnóstica (laudo de biópsia ou punção) ou com forte suspeita de câncer (exame de radiografia convencional, tomografia computadorizada ou ressonância magnética).

O HCII recebe pacientes para tratamento ambulatorial, internações e cirurgias e está entre os hospitais mais bem equipados do Sistema Único de Saúde. Com sete andares e 83 leitos, o HCII ocupa uma área de 6.200 metros quadrados na qual trabalham 490 funcionários. Conta com setores especializados como Ginecologia, Oncologia Clínica, Anestesiologia, Unidade de Diagnóstico: Endoscopia, Laboratório de Patologia Clínica, Anatomia Patológica e Centro de Imagem equipado com Tomógrafo. Possui também Comissão de Controle de Infecção Hospitalar e outros serviços para o atendimento multiprofissional, que inclui Estomatoterapia, Psiquiatria, Psicologia, Enfermagem, Fisioterapia, Nutrição e Serviço Social.

O Registro Hospitalar de Câncer (RHC) do HCII, em funcionamento desde 1991, apresenta um grande diferencial: consegue trazer, após um ano, para exames de rotina, 99,2% dos pacientes tratados, quando em outros hospitais de câncer, a média é de 75%.

Atualmente, o HCII também atende as clínicas do Tecido Ósseo e Conectivo, Cirurgia Plástica e Mastologia provenientes de outras Unidades, à fim de diminuir o tempo de espera na fila destes pacientes.

O HCII possui um centro-cirúrgico com estrutura física e equipamentos apropriados, Centro de Tratamento Intensivo (CTI) com seis leitos, Unidade de Pós-Operatório (UPO) com três leitos, Ambulatório, Emergência e um Centro de Quimioterapia, atualmente com capacidade para 25 atendimentos por dia, tendo em vista que as aplicações do medicamentos para neoplasias ginecológicas demandam um maior tempo de administração.

Em 2004, foi iniciado no HCII, o processo de Acreditação Hospitalar com o objetivo central de melhorar o desempenho de todos os serviços e segmentos da Unidade e a qualidade dos cuidados aos pacientes e acompanhantes (32).

Através da Acreditação Hospitalar, a instituição de saúde tem a possibilidade de realizar um diagnóstico objetivo acerca do desempenho de seus processos, incluindo as atividades de cuidado direto ao paciente e aquelas de natureza administrativa. A partir deste diagnóstico e com o desenvolvimento do processo de educação, de acordo como Manual de Padrões de Acreditação Hospitalar, é possível discutir os achados de avaliação e desenvolver um plano de ação capazes de promover a efetiva melhoria do desempenho da instituição, abrangendo todos os serviços e segmentos existentes.

Em 2009, o HCII foi Acreditado.

III 2- DEFINIÇÃO DE CENTRO CIRÚRGICO

O centro cirúrgico é uma das unidades mais complexas, caras e de maior importância em um estabelecimento assistencial de saúde. Sua organização inicia-se na fase de planejamento (ar condicionado, janelas, sistema de aterramento, circuitos interdependentes, sistema de energia elétrica entre outras coisas) e na fase de acabamento onde se define uma boa ou má utilização dos ambientes, visto que é o conjunto de detalhes, de materiais empregados, equipamento eletromédico e pontos de luz, por exemplo, que gera a eficiência e a segurança das atividades ali desenvolvidas (33).

O centro cirúrgico faz parte do atendimento de apoio ao diagnóstico e terapia, tendo como atividades a realização de procedimentos cirúrgicos e endoscópicos e ainda apresenta subatividades como: recepcionar e transferir pacientes, proceder a lavagem cirúrgica e anti-sepsia das mãos, assegurar a execução dos procedimentos pré, per e pós-anestésicos, realizar relatórios médicos e de enfermagem, registrar as cirurgias e ainda retirar órgãos para transplantes.

Por conceito (34), centro cirúrgico é o setor hospitalar onde se realizam as intervenções cirúrgicas e é constituído por áreas onde são concentrados salas, equipamentos e materiais utilizados pela equipe cirúrgica, bem como pelo pessoal responsável pelos serviços auxiliares. A sala cirúrgica constitui um dos componentes mais importantes do centro cirúrgico - local onde efetivamente se consuma o ato cirúrgico.

É um ambiente considerado de risco de transmissão de infecção hospitalar (considerado área crítica) por ser o local onde se realizam procedimentos de risco. O paciente se encontra, muitas vezes, com seu sistema imunológico debilitado, sendo assim, necessário que o local seja planejado de modo a estar próximo a serviços que recebam casos cirúrgicos, seja um local restrito e elevado, longe do tráfego de pessoal, de ruído e poeira. Também deve se relacionar estreitamente com a central de material e esterilização, anatomia patológica, patologia clínica, hemoterapia e farmácia.

Considera-se serviços auxiliares a sala de pré-anestesia, o laboratório, o banco de sangue e a recuperação pós-anestésica e, segundo alguns autores, também pertence ao ambiente cirúrgico, o centro de esterilização de material. Em geral, o número de salas cirúrgicas corresponde à 5% do total de leitos cirúrgicos ou, uma sala de cirurgia para cada 50 leitos de um hospital geral. O tamanho ideal das salas cirúrgicas vai depender da especialidade a que se destina: em geral, recomenda-se ao redor de 35 metros quadrados.

Podemos enumerar como componentes de um centro cirúrgico:

a) Circulação e acesso:

O acesso ao centro cirúrgico é restrito, a fim de reduzir, ao máximo, o tráfego de pessoas estranhas ao serviço. As circulações externas devem ser cuidadosamente estudadas e dimensionadas adequadamente, de modo a permitir fluxo livre e facilitado, evitando cruzamentos de pessoas desnecessárias.

A circulação interna do centro cirúrgico deve ter uma largura mínima de 2,00m; as portas de acesso principal e das salas de cirurgia devem ter a dimensão mínima de 1,20x2,10m e possuírem visores.

O centro cirúrgico implantado em andar diferente do térreo deve dispor de elevador apropriado ao transporte de pacientes em macas, com dimensões mínimas de 2,10mx1,30m, com movimento de portas automáticas com interrupção mínima de 18 segundos, largura livre de abertura de porta igual a 1,10m, se estiver colocada na maior dimensão, e, 0,90m, se estiver colocada na menor dimensão. Deve possuir dispositivo de interrupção de chamada de andares a fim de permitir a ida direta à unidade.

b) Área de escovação:

É constituída de lavatórios que se situam fora da sala de cirurgia, porém anterior à ela. Devem permitir o acionamento de torneiras sem a utilização das mãos, funcionando sob controle de sensor, joelho ou pés, a fim de evitar que áreas limpas escovadas, de mãos e antebraços possam se contaminar com o abrir e fechar das

torneiras manualmente. O lavabo deve ser servido de sabão líquido e anti-séptico junto às torneiras.

c) Salas de cirurgias:

A quantificação mínima é de duas salas de cirurgia por estabelecimento assistencial de saúde. Porém, a cada 50 leitos não especializados ou 15 leitos cirúrgicos, deve haver uma sala de cirurgia. Segundo LAUFMAN, o número de salas de cirurgia deve satisfazer a 5% do total de leitos cirúrgicos, havendo diversos aspectos sobre a quantificação a serem analisados como: especialidade médica a ser realizada, número de leitos cirúrgicos, número de cirurgias por dia, índice de ocupação hospitalar, horário de utilização do centro cirúrgico, número de equipes cirúrgicas que ocupam o hospital, duração média das cirurgias, quantidade de material e instrumental disponível e desempenho do pessoal auxiliar. Todas as salas de cirurgia devem ocupar um terço da área total do centro cirúrgico.

As salas de cirurgia são chamadas de zonas assépticas e devem estar localizadas umas junto das outras e, a especialidade é que define o tamanho e as características da sala de cirurgia.

As salas de cirurgia podem ser classificadas em: pequenas(20,00 m²), médias(25,00 m²) e grandes(36,00 m²).

d) Posto de enfermagem e serviços:

O posto de enfermagem é uma área destinada à enfermagem e ou aos médicos para a execução de atividades técnicas e administrativas. Deve estar localizada junto à área de recuperação pós-anestésica (RPA), devendo estar posicionado de modo a permitir a visão de todos os leitos, com uma área mínima de 6,00 m² e instalações de ar condicionado, água fria e energia de emergência.

e) Área de prescrição médica:

Deve estar localizada junto ao posto de enfermagem, com uma área mínima de 2,0 m² e instalações de energia de emergência.

f) Sala de recuperação pós-anestésica:

Abriga muitos equipamentos eletromédicos e, segundo o Ministério da Saúde, é atribuição do centro cirúrgico, os cuidados referentes à recuperação pós-anestésica do paciente.

g) Copa:

É o local de recebimento de lanches para os funcionários do centro cirúrgico, não sendo planejada para o preparo de refeições. Deve conter balcão com pia, forno de microondas e geladeira. Área prevista mínima de 4,0 m².

Além destes componentes supra citados, podemos citar também os ambientes de apoio obrigatórios do Centro Cirúrgico que são:

a) Depósito de equipamentos e material:

É um ambiente onde se guardam os equipamentos eletromédicos, materiais, acessórios e mobiliário de uso eventual. Ele abriga todos os equipamentos eletromédicos que estejam em condições de uso, ou seja, testados, limpos e estéreis. Esta sala deve conter desfibrilador, bisturi elétrico, eletrocardiógrafo, trépanos elétricos, respiradores, focos auxiliares, microscópio cirúrgico e outros equipamentos necessários aos procedimentos cirúrgicos.

Para depósito de materiais esterilizados, provenientes da central de material e esterilização, é necessário uma área própria que possa abrigar caixa com instrumental cirúrgico, pacotes de campos, tambores de gases e outros. Ainda, uma área destinada à depósito de materiais e medicamentos é necessária para obrigar sondas, fios de sutura, equipos, cateteres, anestésicos e outros materiais, cujo controle de estoque deve ser eficaz para permitir a reposição após cada cirurgia realizada.

b) Sala de preparo de equipamentos e materiais:

Área destinada aos procedimentos de limpeza e desinfecção de equipamento eletromédico e materiais. Deve conter ducha para a realização dessa atividade.

c) Vestiários e banheiros para funcionários:

Os vestiários possuem localização estratégica por constituírem-se em barreiras físico-arquitetônicas que minimizam a entrada de microorganismos externos ao centro cirúrgico. Seu planejamento deve prever áreas para troca de roupas masculinas e femininas, providas de sanitários completos, com vasos sanitários, lavatórios e chuveiros.

O acesso ao centro cirúrgico é restrito à médicos, enfermeiros técnicos, além do pessoal autorizado e é realizado através de vestiários para a troca de uniformes próprios para este ambiente, além de gorro e máscara e sapatilhas.

d) Sala administrativa:

Área exclusiva para a administração, com sala para o chefe da unidade, chefe do serviço de anestesia e supervisor do serviço de enfermagem, além do local para a secretaria, onde são realizadas as marcações de cirurgia, requisições de manutenção, insumos e materiais. É o local que concentra informações e que estabelece comunicação, via telefone, com os diversos setores do estabelecimento assistencial de saúde.

e) Sala de utilidades e expurgo:

É o local destinado a atividades de limpeza e descontaminação de utensílios, guarda dos materiais e roupas utilizados na assistência ao paciente, além da guarda temporária de resíduos da unidade. Deve ser prevista pia com esguincho para lavagem de “comadres”, pia de despejo com válvula de descarga e tubulação de esgoto de 75mm.

f) Depósito de material de limpeza:

Destina-se à guarda de materiais exclusivos de limpeza do centro cirúrgico, como baldes, detergentes, rodos, escovas e outros. Pode ser prevista uma área mínima de 4,0 m². Deve conter também um tanque de lavagem.

g) Laboratório para revelação de filmes:

A revelação de filmes radiográficos pode ser feita no serviço de radiologia, caso haja proximidade e houver rapidez; caso contrário, há necessidade de instalação de câmara escura com processadora automática.

h) Centro de Material e Esterilização (CME):

A Resolução RDC nº 307, de 14 de novembro de 2002, considera unidade de apoio técnico que tem como finalidade o fornecimento de artigos críticos hospitalares adequadamente processados, proporcionando assim, condições de atendimento direto e assistência à saúde dos indivíduos enfermos e sadios.

A área física do CME deve permitir não só o estabelecimento de um fluxo unidirecional do artigo, evitando o cruzamento de artigos sujos com os esterilizados, como também evitar que o trabalhador escalado para a área contaminada transite pelas áreas limpas e vice-versa(35).

Citamos ainda, os ambientes de apoio não obrigatórios do Centro Cirúrgico. São eles:

a) Sala de estar para funcionários:

Pode ser dividida em sala de estar e descanso para pessoal de enfermagem e sala de estar para a equipe cirúrgica. Sua localização deve ser próxima aos vestiários. Em 1977 era recomendado possuir uma área mínima de 4,0 m².

b) Sala de biópsia de congelamento:

Local destinado à exames de congelação de material anatomopatológico que deve ser encaminhado ao serviço de anatomia patológica. Caso seja instalado no centro cirúrgico, deve conter todos os equipamentos para cortes de congelação que possam oferecer resultados seguros.

O centro cirúrgico também pode ser separado em zonas:

1-zona de proteção – É representada pelos vestiários.

2-zona limpa – Composta pelos grupamentos do centro cirúrgico que não sejam vestiários, salas de cirurgia e de esterilização.

3-zonas estéreis – Representam as salas de cirurgias.

A bioengenharia aplica seus conhecimentos no campo da Medicina, Biologia e no que concerne ao ambiente hospitalar, especialmente o centro-cirúrgico. No que se refere a este último, é importante sua atuação na iluminação, ventilação, sistemas de monitorização e comunicação. Assim, podemos citar algumas características sobre:

-ILUMINAÇÃO: A iluminação deve ser artificial, com adequação no campo operatório, eliminação de sombras, redução dos reflexos, eliminação do calor e proteção contra a interrupção de energia elétrica. O campo operatório é iluminado por um foco multidirecional para eliminar sombras e que deve incidir perpendicularmente à ferida cirúrgica, a uma distância aproximada de 120cm e que, de acordo com o decorrer da cirurgia, ele poderá ser redirecionado. O calor gerado pelo foco cirúrgico pode ser minimizado com o emprego de filtros de vidro.

A luz fria deve ser evitada nas salas de cirurgia e recuperação, uma vez que ela impede o diagnóstico precoce de má oxigenação tecidual (cianose), assim como deve-se estar atento ao reflexo da luz que incide sobre os tecidos que refletem de 8 a 10% da luz e as compressas brancas que refletem 70 a 80% da luz.

-VENTILAÇÃO: Esta categoria deve abranger três aspectos: promover ambiente de aeração, remover partículas contaminantes geradas na sala de cirurgia e impedir a entrada destas partículas provenientes de outros ambientes.

Um aspecto que deve ser levado em consideração, é a existência de corrente de ar, que pode ser um importante meio de contaminação e que pode ser proveniente da diferença de temperatura entre as salas ou de áreas de diferentes pressões. O ideal para que isto não ocorra é a existência de fluxo laminar de ar, com filtros potentes que retém partículas de até 5 micras de diâmetro. Deve ser lembrado ainda que, o sistema clássico de ar condicionado é totalmente contra indicado, pois aumenta o risco de infecção.

-TEMPERATURA E UMIDADE: A temperatura ideal do centro-cirúrgico está entre 19 e 21 graus centígrados, pois abaixo disto, pode provocar hipotermia aos pacientes. Quanto à umidade relativa do ar, deve situar-se entre 45 e 55%, pois valores abaixo destes provocam perda excessiva de água pelos pacientes e, acima, favorecem o desenvolvimento de bactérias.

-RUÍDO

Perda Auditiva Induzida por Ruído são alterações dos limiares auditivos do tipo neurosensorial, decorrentes da exposição ocupacional sistemática a níveis de pressão sonora elevados. É um processo irreversível e de progressão gradual com o tempo de exposição ao risco. Dentre as deficiências auditivas, ela é a mais comum (36).

A Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) NBR 101/1987 recomenda 35 a 45 dB como níveis aceitáveis para diferentes ambientes hospitalares.

Este tipo de poluição não deveria ocorrer em um ambiente hospitalar. Entretanto, mesmo muitos deles estando localizados em áreas expostas à fontes de ruídos externos, como o trânsito, a principal fonte de ruído, vem de dentro do próprio hospital (equipamentos, conversas e telefones).

Esta exposição ocupacional ao ruído intenso, está associada à várias manifestações sistêmicas, tais como elevação do nível geral de vigilância, aceleração da frequência cardíaca e respiratória, alteração da pressão arterial e da função intestinal, dilatação das pupilas, aumento do tônus muscular, aumento da produção de hormônios tireoidianos, estresse e distúrbios comportamentais.

A percepção subjetiva do ruído pode ser observada quando: existe uma dificuldade de comunicação oral no local e quando há uma diminuição da sensibilidade auditiva (sensação de campainha nos ouvidos).

Cabe ainda, apresentar informações sobre alguns aspectos específicos do ambiente, cujas recomendações são as seguintes (33):

- Piso

Deve ser utilizado material resistente, não poroso, de fácil limpeza, livre de frestas e que seja bom condutor de eletricidade para evitar faíscas. O material deve ser granilite.

- Paredes

Devem ser de superfície lisa, uniforme e com os cantos arredondados para facilidade de limpeza, assim como devem possuir a capacidade de diminuir a sonoridade, facilitar o controle da temperatura e aumentar a capacidade de iluminação. Os materiais ideais são azulejos foscos, cobertura de epoxy e a fórmica.

- Forro

O material não deve ser poroso deve suportar o peso dos focos cirúrgicos e de outros aparelhos fixados ao mesmo. Deve possuir uma distância entre a laje e o forro, pois neste local pode haver a circulação de tubulações de gases.

- Janelas

Devem ser de vidro duplo e basculantes e devem ter telas para impedir a entrada de insetos.

- Portas

As portas devem ser de correr, com apoio em trilho superior, para facilitar a limpeza das duas faces e deve ser recomendado o sistema de pressão positiva no interior da sala de cirurgia que, uma vez aberta, a corrente de ar ocorra de dentro para fora da sala.

- Cor

Deve ser suave e reduzir os reflexos luminosos.

- SISTEMAS DE SEGURANÇA

Devido à sua alta complexidade, o centro cirúrgico é uma unidade hospitalar que necessita de uma série de normas de segurança para proteção dos pacientes e profissionais que nele trabalham. As principais preocupações, neste ambiente são com:

- Infecção

É uma das grandes preocupações e complicações, sendo um ponto vital para as cirurgias.

Infecção Hospitalar é aquela adquirida após a admissão do paciente e que se manifesta durante a internação ou após a alta, quando puder ser relacionada com a internação ou procedimentos hospitalares (37) e, infecção de sítio cirúrgico é aquela que se desenvolve até trinta dias após o procedimento cirúrgico, ou até mesmo em um ano após, em procedimentos cirúrgicos onde foram realizados implantes de próteses ou até a retirada das mesmas.

Deve ser combatida especificamente pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, que deve estar atenta para o aspecto de segurança ambiental que abrange as características que previnem e/ou controlam: fontes potenciais de infecção (circulação de pessoal, sistemas de manuseio e descarte de materiais, padrões de pressão de ar), riscos de incêndio, riscos de explosões e também riscos químicos e elétricos.

- Eletricidade

A quantidade cada vez maior de aparelhos utilizados hoje, promove um aumento nos riscos de: choque elétrico, fogo, queimadura, explosões e eletrocussão. Medidas preventivas têm sido utilizadas como a utilização de fios terra, estabilizadores de voltagem, condutor de proteção, bem como a orientação adequada do pessoal no manuseio de aparelhos elétricos.

- Incêndio

É uma possibilidade a ser considerada, devido a quantidade de gases utilizados em anestesia e outros produtos químicos.

Para isto, deve-se renovar periodicamente o ar do centro cirúrgico, a fim de prevenir os incêndios e as explosões.

- Energia e outros suprimentos

Todos os hospitais devem possuir um gerador próprio, a fim de suprir a falta de energia.

III 3-O CENTRO CIRÚRGICO DO HCII

O centro cirúrgico do HCII localiza-se nos 6º e 7º andar do hospital e dispõe de elevadores apropriados para o transporte de pacientes em macas com dispositivo de interrupção de chamada de andares.

Os pacientes ao chegarem ao centro cirúrgico, são recebidos pela enfermeira responsável pelo setor, e que faz uma série de perguntas relativas à identificação do paciente, jejum, alergias e patologias associadas. Este paciente é então encaminhado à sala de cirurgia, onde é recebido pelo anestesiológico da mesma.

No andar superior (7º andar) encontram-se os banheiros (feminino e masculino) que apresentam áreas para troca de roupas, sanitários completos, lavatórios e chuveiros. Suas portas dão acesso à sala de estar e copa, sala de enfermagem e Central de Esterilização. Embora o HCII não forneça lanche à seus funcionários, sua copa possui pia, forno de microondas e geladeira que estão dentro dos padrões preconizados.

A sala administrativa situa-se também no 7º andar, ao lado da Central de Material e Esterilização e destina-se ao chefe de enfermagem do centro cirúrgico. A sala da chefia da Anestesiologia encontra-se situada também no 7º andar, mas fora do centro cirúrgico.

Em frente a Central de Esterilização encontram-se dois lances de escada que nos levam às salas de cirurgia, lavabo, expurgo e sala de Recuperação Anestésica. A área de escovação é constituída de lavatórios situados fora da sala de cirurgia. Não permitem o acionamento de torneiras sem a utilização das mãos : os profissionais abrem as torneiras com as mãos e depois da escovação fecham-na com os cotovelos. É servido de sabão líquido e anti-séptico junto às torneiras.

A sala de Recuperação Anestésica é composta por três leitos, com monitorização adequada: Eletrocardiograma, Oximetria de pulso e medidores de Pressão Arterial Não Invasiva para atender à todos os pacientes. Na RPA do HCII encontra-se permanentemente um profissional da equipe de enfermagem que assiste aos pacientes que alí chegam e, qualquer intercorrência que haja, este profissional solicita a presença de um dos anestesistas que se encontram no centro cirúrgico.

Não existe posto de prescrição médica no centro cirúrgico do HCII. As prescrições são realizadas na sala de cirurgia, ou no caso da RPA, no pé da maca do paciente. Também não existe posto de enfermagem dentro do centro cirúrgico.

O centro cirúrgico é composto por três (3) salas de cirurgia ativas e uma sala que, no momento está sendo utilizada para guardar equipamentos. Dentro de cada sala cirúrgica, encontramos: mesa cirúrgica, aspiradores, foco, um sistema de anestesia

principal e um auxiliar (cilindro de oxigênio), uma bancada com gavetas, onde encontram-se medicamentos não psicotrópicos, mesas para instrumental cirúrgico e uma bancada para prescrição médica, além de cadeiras.

Em relação a sala de material de limpeza e expurgo, no HCII ela localiza-se ao lado da RPA e encontra-se de acordo com as especificações.

A revelação de filmes radiológicos, quando necessária, é realizada na Radiologia. O técnico que realiza o procedimento, leva o filme à Radiologia que situa-se no 2º andar do hospital.

A sala de biópsia e congelamento situa-se em frente a sala de Recuperação Anestésica, ficando à disposição dos cirurgiões, um patologista staff e um residente, além de técnicos, até o fim de todos os procedimentos cirúrgicos do dia.

Em relação as questões relacionadas à Bioengenharia, podemos dizer que as salas de cirurgia do HCII possuem, cada uma, dois focos multidirecionais e que estão de acordo com as especificações.

Em relação à ventilação, o sistema clássico de ar condicionado ainda é utilizado no centro cirúrgico do HCII e não possui controle individual para as salas de cirurgia. Cada vez que é necessário alterar a temperatura do centro cirúrgico e/ou das salas de cirurgia, é necessário aviso telefônico para a central de ar condicionado e um técnico é enviado ao andar para adequação desta temperatura.

As remoções de ar das salas de cirurgia são realizadas continuamente através de dutos que retiram o ar da sala e este retorna à ela depois de passar pelo filtro de ar condicionado.

A umidade e número de partículas são mensurados mensalmente no centro cirúrgico do HCII, pela manhã. A umidade relativa do ar, no período do estudo variou entre 52,0% à 58,4%. Durante o estudo, a temperatura da sala foi avaliada pela pesquisadora que utilizou termômetro digital. Estes termômetros são utilizados para mensurar a temperatura central do paciente durante as cirurgias. Estas medições foram feitas durante a semana (duas vezes na semana), pela manhã (antes da primeira cirurgia do dia e as horas subsequentes à elas) e apresentou uma variação de 16,3°C à 20,6°C.

Não houve mensuração de ruído durante o estudo.

O HCII obedece às especificações de piso.

O HCII obedece às especificações das paredes que são de cor bege e pintadas com material plástico.

O HCII obedece às especificações forro.

As janelas do centro cirúrgico do HCII possuem vidro duplo e escuro (insulfilm) mas não possuem telas.

As portas de entrada para as salas cirúrgicas possuem sistema de maçanetas para abertura; assim os profissionais que já realizaram a escovação para os procedimentos à serem realizados só podem entrar na sala cirurgia na dependência de alguém para abri-las. Possuem visor de vidro, permitindo a visualização interna da sala de cirurgia.

O HCII atende às especificações em relação ao suprimento de energia pois possui gerador próprio.

CAPÍTULO IV

CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO ESTUDADA

O INCA dispõe de 70 profissionais de saúde em seu centro cirúrgico, disponibilizados segundo critérios de chefias e necessidades de serviço. Eles se distribuem da seguinte maneira: cirurgiões (13), anestesiólogos (11), equipe de enfermagem (42) faxineiros (3) e maqueiro (1). Esta população foi analisada conforme dados relativos à sua composição, modo de seleção, suas formações, seus treinamentos e seus vínculos empregatícios.

OS MÉDICOS: Os médicos obedecem normas do Código de Ética Médica (38) e do Conselho Federal e Regional de Medicina – normas antecedentes. Estas normas antecedentes são àquelas que são apresentadas ao trabalhador, antes de o trabalho ser realizado (25).

Os médicos que trabalham no Centro Cirúrgico do HCII podem ser divididos em:

CIRURGIÕES :

Os médicos staffs são médicos com formação geral (Medicina –6 anos), residência médica em cirurgia geral (2 anos) e residência médica em cirurgia oncológica (3 anos).

No centro cirúrgico do HCII, estão dispostos 13(treze) cirurgiões de Ginecologia, 01(hum) cirurgião do Tecido Ósseo Conectivo e 01(hum) cirurgião Plástico assim como médicos em formação oncológica (residentes). Eles têm, além da formação geral, dois (2) anos de residência médica em cirurgia geral e três (3) anos de formação em cirurgia oncológica.

À eles, cabe avaliar a história clínica do paciente, examiná-lo, indicar o tipo de cirurgia e avaliar os cuidados em relação aos atos operatório e pós operatório, avaliar prognóstico, seqüelas, reserva de sangue, assim como acompanhar seu paciente, até quando se fizer necessário.

MÉDICOS ANESTESIOLOGISTAS:

Os Médicos Anestesiologistas também apresentam formação em Medicina Geral (6 anos) e Residência Médica em Anestesiologia (3 anos). Obedece a Resolução CFM Nº1.802/2006 que dispõe sobre a prática do ato anestésico.

Sua presença na sala de cirurgia é fundamental e sua responsabilidade é intransferível; não pode jamais deixar seu paciente sozinho, sob nenhuma circunstância. Cabe à ele, avaliar o paciente durante a visita pré-anestésica, em relação ao estado físico, tipo de cirurgia, co-morbidades e pós-operatório. Após estas análises, ele determinará qual a melhor técnica anestésica para este paciente. Deverá ele também, visitar este paciente no pós-operatório imediato e também ser responsável pelos cuidados de analgesia.

O Serviço de Anestesiologia do HCII consta de 11(onze) anesthesiologistas escalados regularmente no centro cirúrgico. Estão dispostos em turnos de plantão com escala de rodízio nos finais de semana.

EQUIPE DE ENFERMAGEM:

Esta profissão surgiu do desenvolvimento e evolução das práticas de saúde no decorrer dos períodos históricos. As práticas de saúde instintivas foram as primeiras formas de prestação de assistência. Atualmente, suas normas antecedentes são apresentadas pelo COREN-Conselho Regional de Enfermagem. O tempo de formação varia de 4 à 5 anos, dependendo da Faculdade e a residência varia de 1 à 2 anos, dependendo do Hospital. A equipe de enfermagem do HCII é composta por enfermeiros (nível superior), técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem e instrumentadores, totalizando 42 (quarenta e dois) funcionários dispostos em escalas de plantão e com diferentes vínculos empregatícios.

AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS:

-Maqueiros: O centro cirúrgico do HCII tem 01(hum) maqueiro;

Este profissional é responsável pelo transporte dos pacientes de setores do hospital (enfermaria e CTI) para o centro cirúrgico e vice e versa.

-Faxineiros: O centro cirúrgico do HCII tem 03(três) faxineiros;

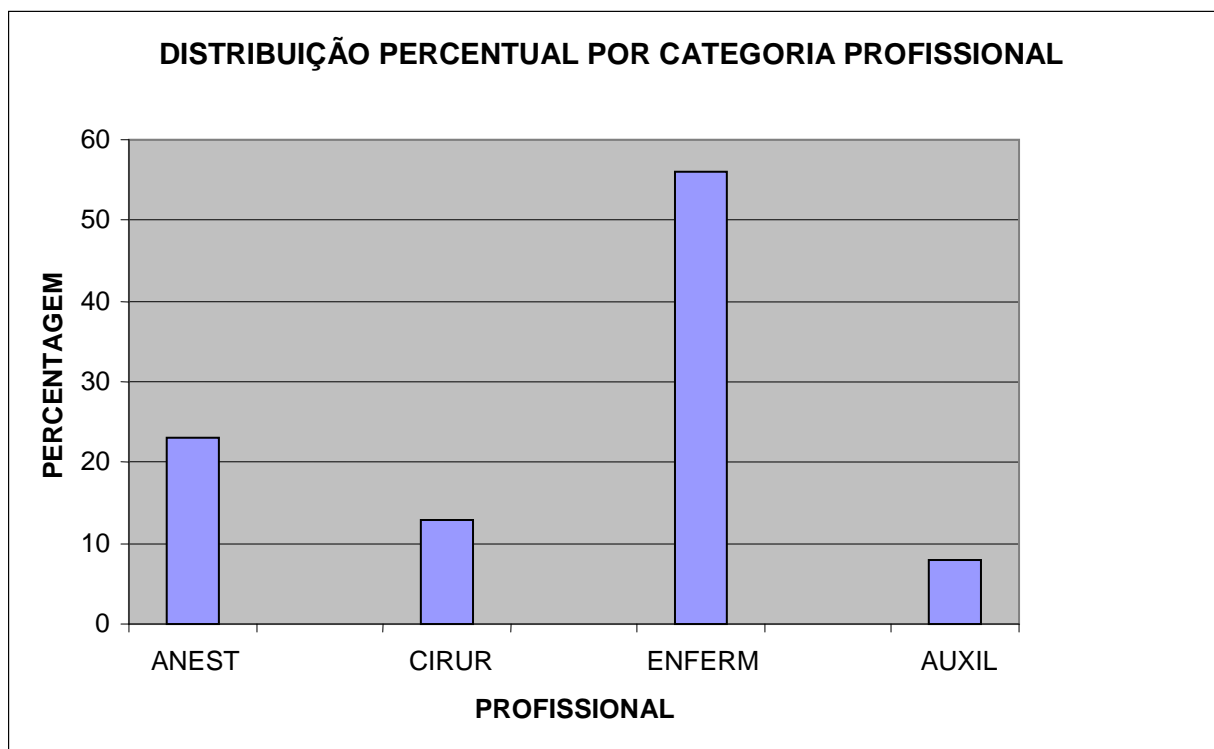
Eles têm uma rotina de trabalho que funciona de maneira organizada e rápida. Estão sempre atentos ao andamento das salas de cirurgia e quando o paciente é retirado da mesma, eles imediatamente afetam a limpeza da sala com produtos e maneiras específicos devolvendo, em poucos minutos, a sala de cirurgia ao próximo paciente.

Recebem treinamento rígido e periódico freqüente.

Segundo o gráfico abaixo, podemos observar que, o maior número de profissionais que participou do estudo foi a equipe de enfermagem (56%), coincidindo também por ser esta, a categoria que se apresenta em maior número. Os profissionais de enfermagem se

expressaram em mais de 50% de interesse na participação no estudo. Em segundo lugar de participação, encontramos os médicos anesthesiologistas (23%) com grande interesse de participação: quase 100% de interesse no assunto. Os médicos cirurgiões foram responsáveis por 13% de participação, demonstrando muito menos interesse no assunto do que os anesthesiologistas e a equipe de enfermagem. Os auxiliares de serviços gerais também demonstraram grande interesse no estudo (100%), embora estatisticamente eles tenham uma representação de 8% na pesquisa, devido ao seu menor número de pessoal.

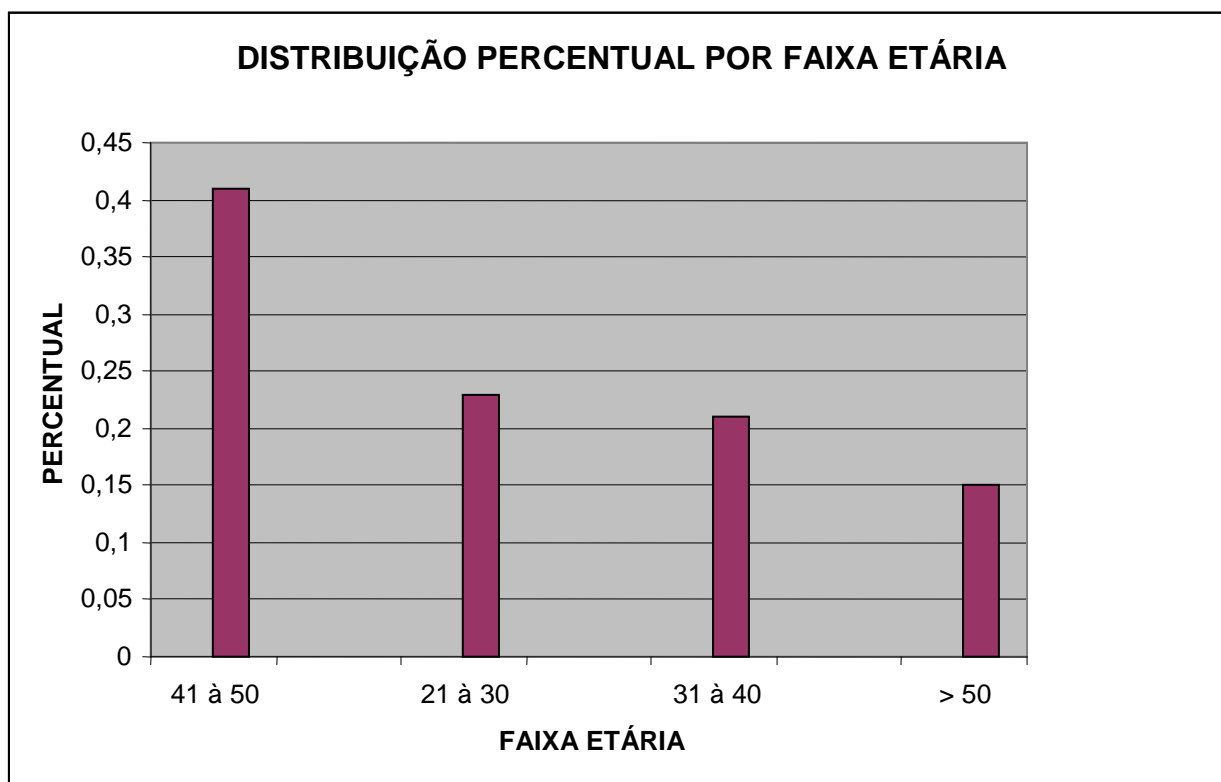
Gráfico 1- Distrib. percentual de participantes por categoria profissional. HCII-INCA. Março/junho 2008.



2- DISTRIBUIÇÃO POR FAIXA ETÁRIA

A distribuição por faixa etária ofereceu os seguintes números: 41% estava entre a faixa etária de 41 à 50 anos, 23% entre a faixa de 21 à 30 anos, 21% entre 31 à 40 anos e 15% situou-se acima de 50 anos, não havendo nenhuma representação da faixa etária de menos de 20 anos. Podemos observar que, a população estudada, em sua maioria, apresenta-se numa faixa de idade que denota, aparentemente, experiência no trabalho que executa.

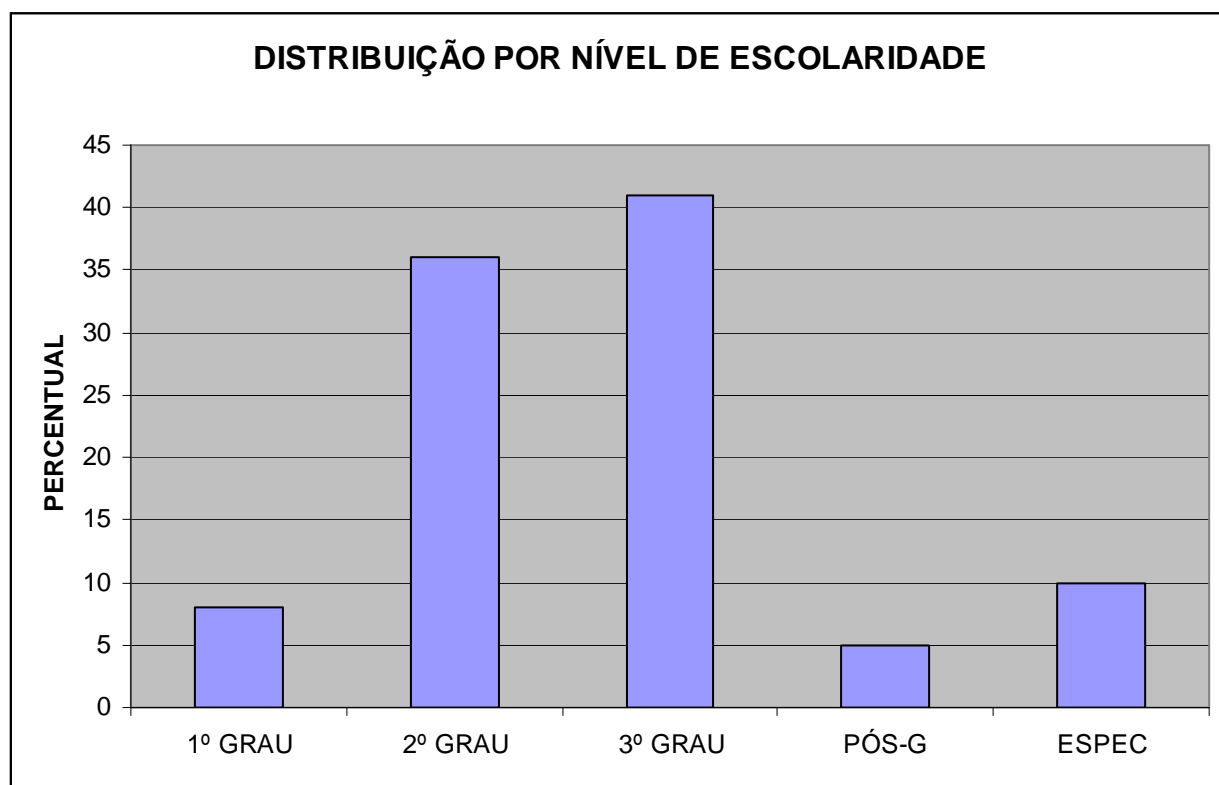
Gráfico 2- Distrib. percentual dos trabalhad. por faixa etária. HCII-INCA. Março /junho 2008.



DISTRIBUIÇÃO POR NÍVEL DE ESCOLARIDADE

Em relação ao nível de escolaridade, 41% apresentam o 3º grau, 36% o 2º grau, 10% apresentam especialização, 8% o primeiro grau e 5% têm pós-graduação. Podemos observar que, embora a grande maioria dos profissionais tenham o terceiro grau, ainda existe pouco interesse no nível de especialização.

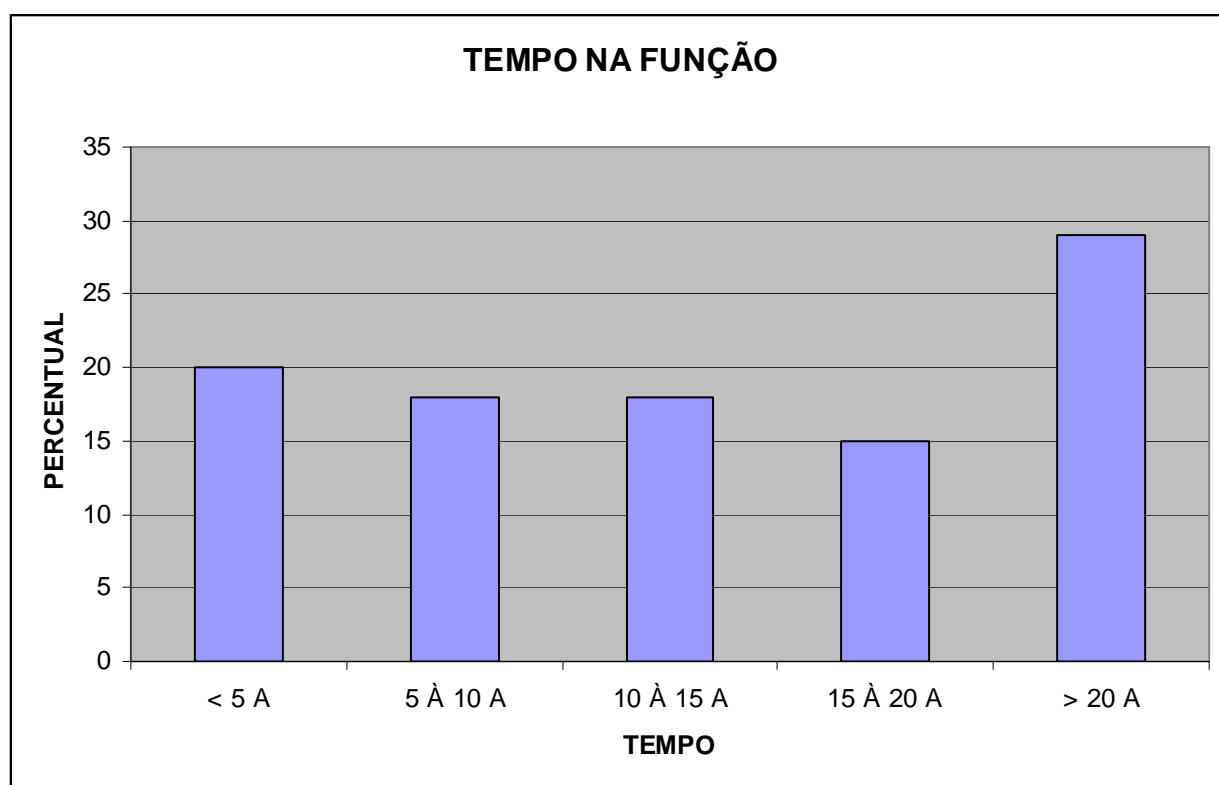
Gráfico 3- Distrib. percentual dos trabalhad. por nível de escol. HCII-INCA. Março/junho 2008.



TEMPO NA FUNÇÃO

O tempo de função na atividade dos funcionários variou entre 29% para àqueles que trabalham na função há mais de 20 anos, 20% com tempo de menos de 5 anos, 18% com tempo de trabalho que variou de 15 à 20 anos e 5 à 10 anos e 15% com tempo de trabalho de 10 à 15 anos. A análise dos dados apresentados nos demonstra que a maior parte dos trabalhadores estudados apresentam mais de 20 anos de experiência dentro de suas funções, indicando que são bastante conhecedores de suas atividades.

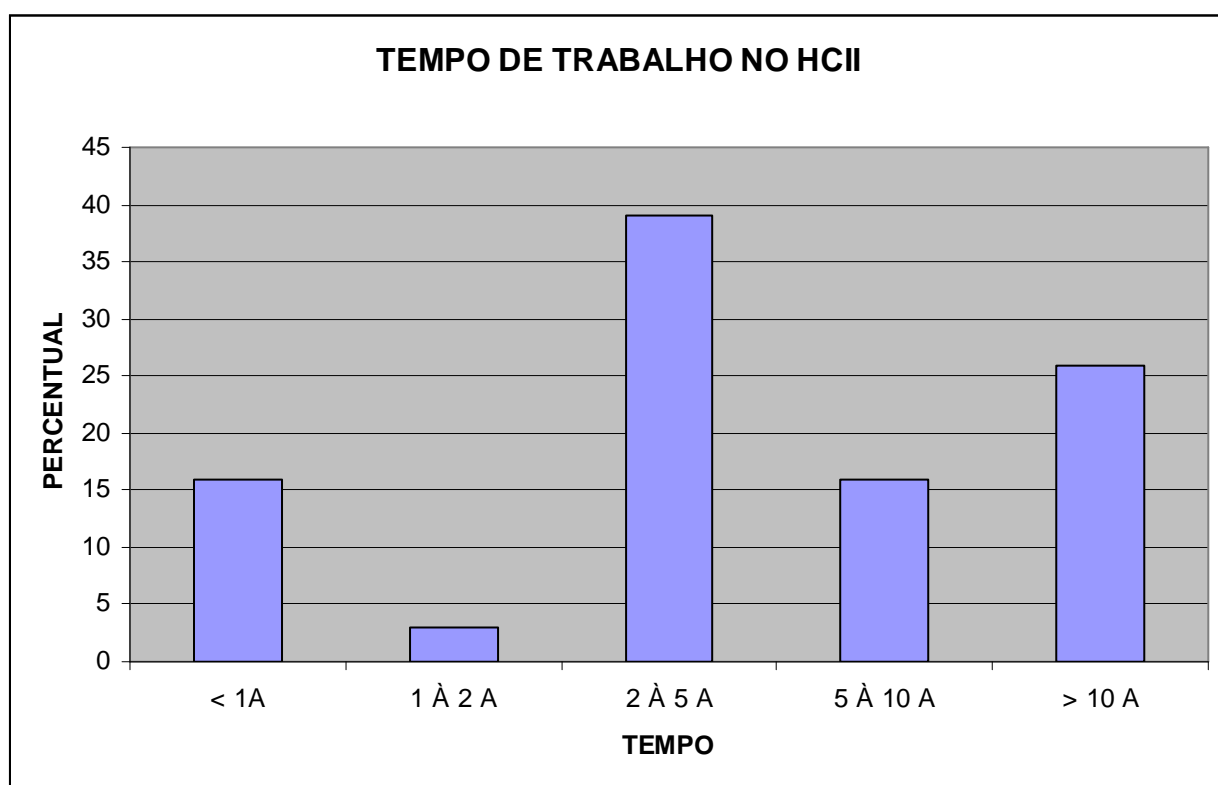
Gráfico 4- Distrib. Percent. dos trabalhad. por tempo na função. HCII-INCA. Março/junho 2008.



TEMPO DE TRABALHO NO HCII

Já em relação ao tempo de trabalho dentro de Instituição (HCII), este tempo variou de 2 à 5 anos (39%), mais de 10 anos (26%), 5 à 10 anos e menos de um ano (16%) e de 1 à 2 anos (3%). Esta análise nos faz concluir que a maioria dos trabalhadores do centro cirúrgico do HCII apresentam pouco tempo de trabalho nesta Unidade, podendo com isto, ser um importante fator de contribuição para um elevado número de acidentes de trabalho.

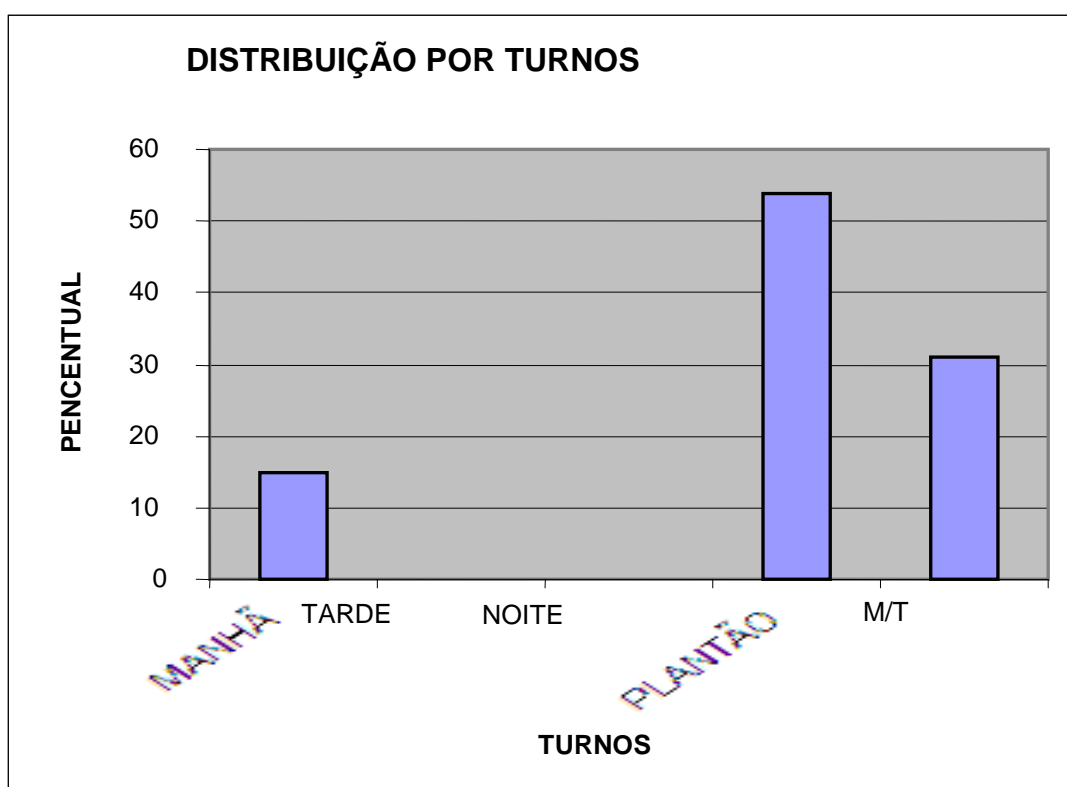
Gráfico 5- Distrib. Percent. dos trabalhad. por tempo de trab. no HCII. HCII-INCA. Março/junho 2008.



TURNO DE TRABALHO

No que diz respeito à horário de trabalho, 54% dos trabalhadores encontram-se em escala de plantão, enquanto que 31% trabalham pela manhã e tarde, 15% trabalham pela manhã e ninguém trabalha apenas nos turnos de manhã e noite. O fato de a maioria dos trabalhadores prestarem serviço em escala de plantão pode por um lado, dar uma certa tranquilidade em relação aos horários mas, pode também, significar a ocorrência de distúrbios do sono e outras desordens de nível pessoal e familiar.

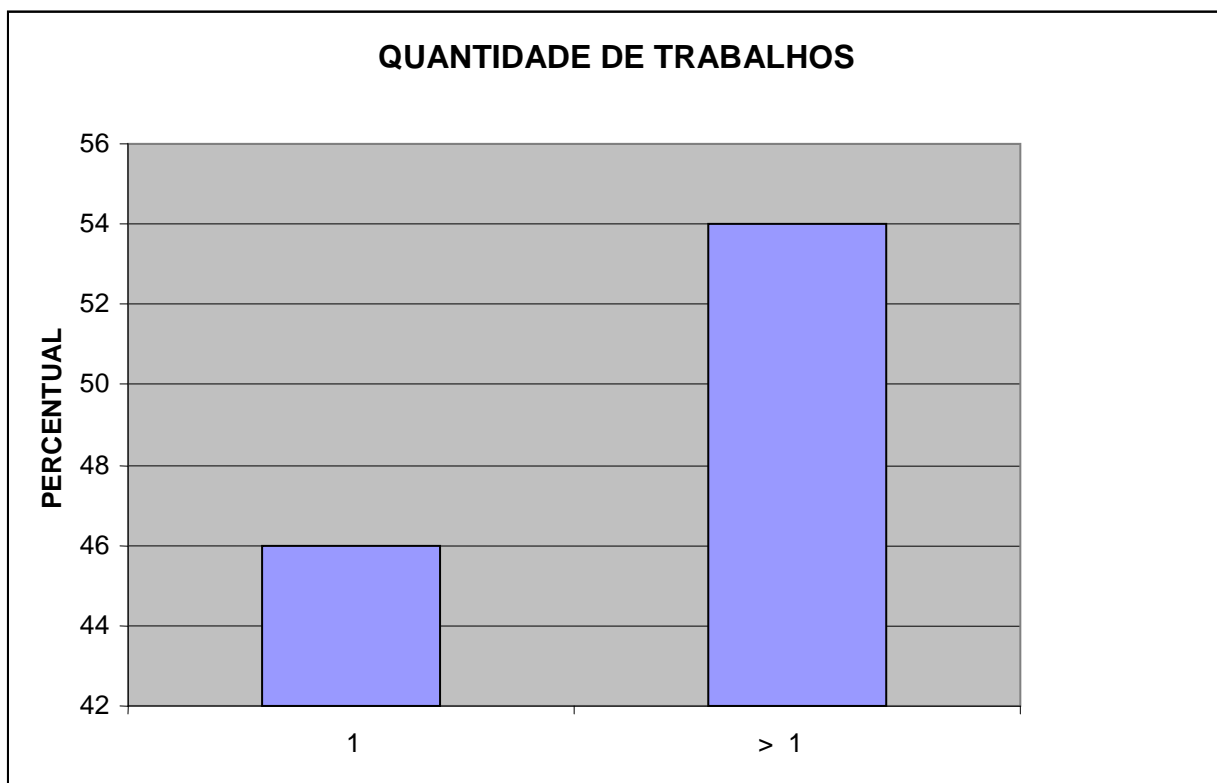
Gráfico 6- Distrib. Percent. dos trabalhadores por turnos. HCII-INCA. Março/junho 2008.



QUANTIDADE DE EMPREGOS

Dos profissionais que trabalham em outro lugar, além do HCII, 54% trabalham em vários lugares e, 46% trabalham em apenas um lugar além do HCII. Este gráfico corrobora com o anterior, demonstrando a busca por outros recursos financeiros à fim de suprir as necessidades de cada trabalhador.

Gráfico 7- Distrib. Percent. dos trabalhadores por quantidade de empregos. HCII-INCA. Março/junho 2008.

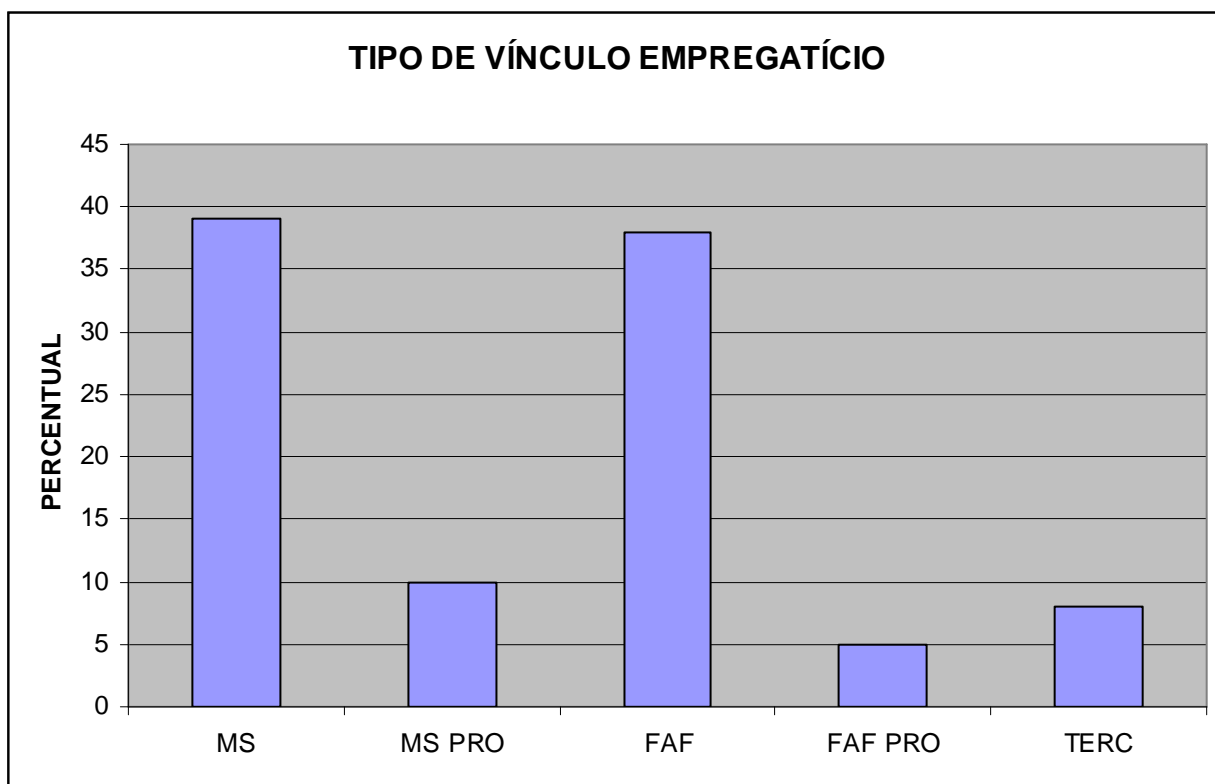


TIPOS DE VÍNCULOS EMPREGATÍCIOS

Em relação ao tipo de vínculos empregatícios encontrados no estudo, 39% pertencem ao Ministério da Saúde, 38% são funcionários vinculados à Fundação Ary Frauzino (CLT), 10% apresentam vínculo temporário pelo Ministério da Saúde, 8% são funcionários terceirizados e 5% são funcionários da Fundação Ary Frauzino, de caráter temporário.

Este gráfico demonstra que, embora o maior número de funcionários investigados pertençam ao Ministério da Saúde e conseqüentemente apresentem estabilidade de emprego, a maior parte dos trabalhadores da Instituição pertencem ao quadro da Fundação Ary Frauzino, não apresentando nenhuma garantia de estabilidade, embora tenham vínculo empregatício. Esta instabilidade de emprego gera insegurança e a busca de outros recursos como vimos nos dois gráficos anteriores. Conseqüentemente, insegurança, insatisfação na realização das mesmas atividades com diferenças de vínculos e a busca por outros recursos podem desencadear problemas ligados à sobrecarga de trabalho e suas conseqüências.

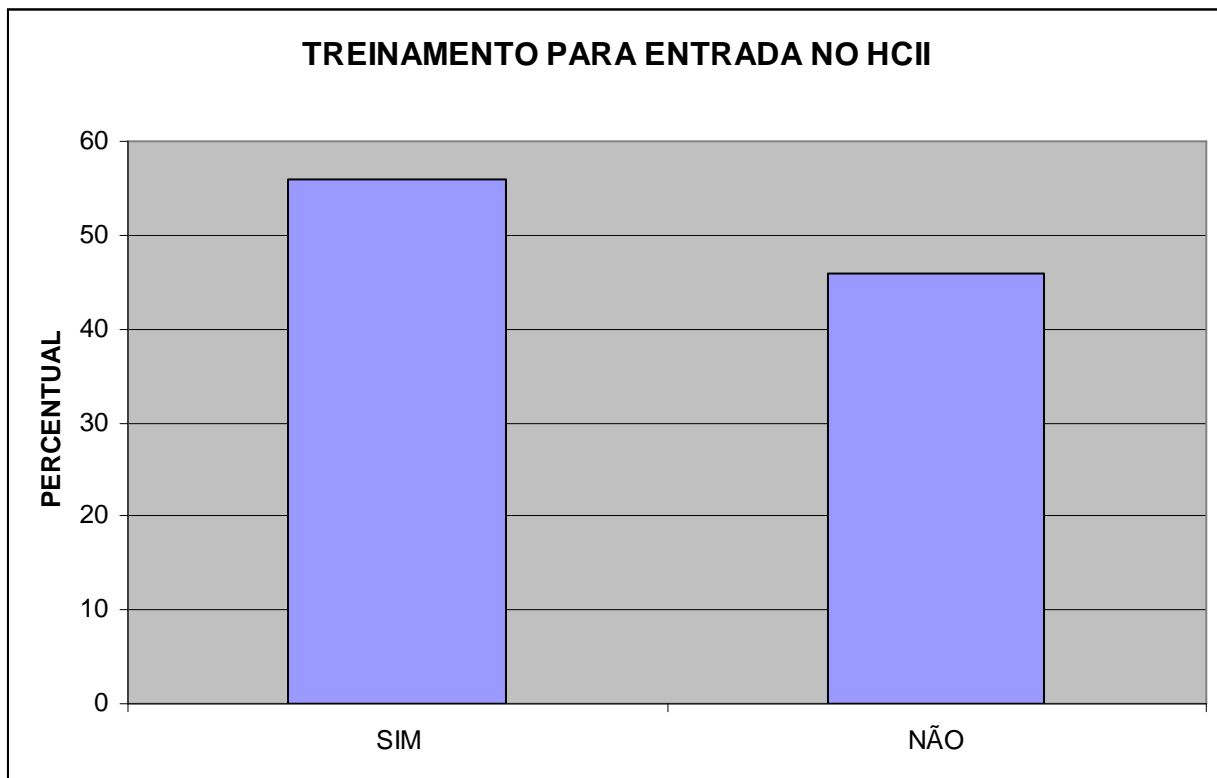
**Gráfico 8- Distrib. Percent. dos trabalhadores por tipo de vínculo empregatício. HCII-INCA
Março/junho 2008.**



TREINAMENTO PARA ENTRADA NO HCII

Os funcionários que trabalham no centro-cirúrgico do HCII, antes de ingressarem na função, apresentaram treinamento específico em 56%; 46% não tiveram qualquer treinamento para trabalhar no referido setor. Embora não possamos afirmar, este alto percentual de falta de treinamento para o ingresso na unidade especializada, pode ser responsável por agravos aos trabalhadores do setor.

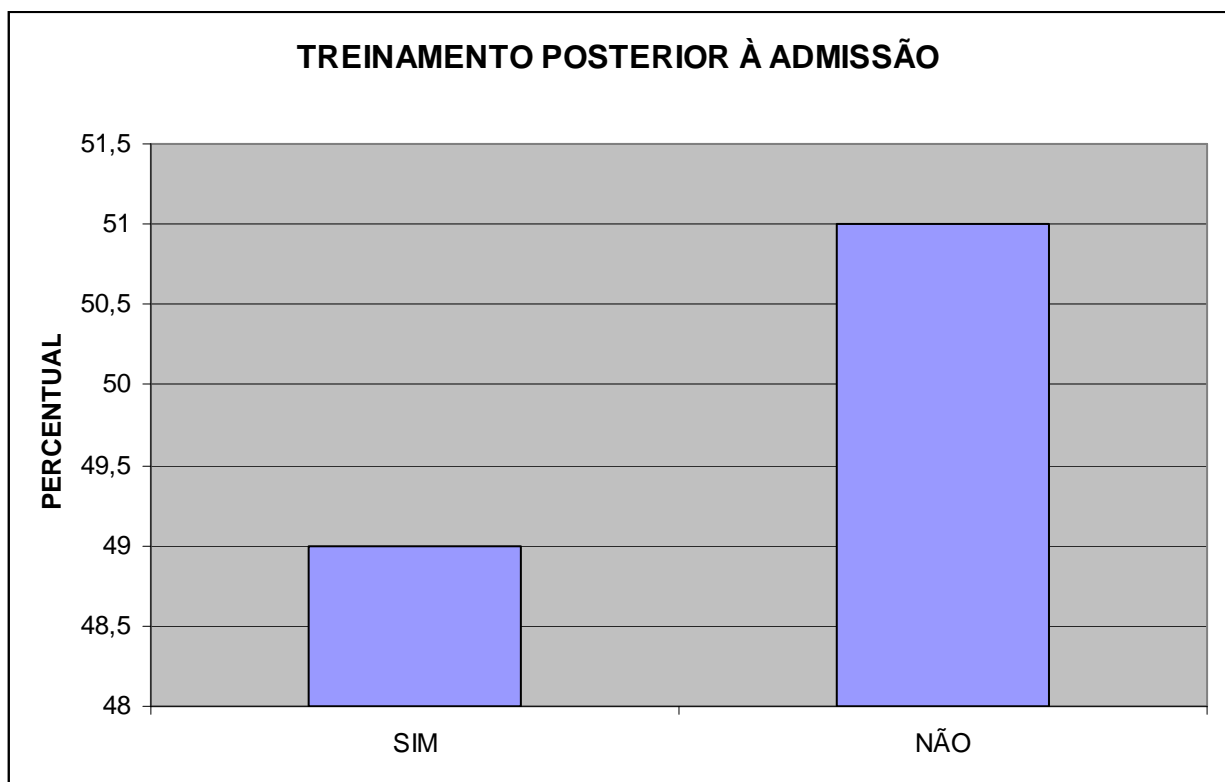
Gráfico 9- Distribuição percentual de acordo com o treinamento para a entrada no HCII.
HCII-INCA. Março/junho de 2008.



TREINAMENTO POSTERIOR À ADMISSÃO

Após admissão na Instituição HCII, 51% não relataram qualquer treinamento regular, enquanto 49% apresentam regularidade de treinamento. Uma vez que a maioria tenha recebido treinamento para atuar no centro cirúrgico do HCII, após admissão, estes treinamentos não só diminuíram como muitas vezes não existiram. A falta de treinamento posterior à admissão dos funcionários no centro cirúrgico pode ser ainda um agravante para a falta de treinamento pré admissão como observamos no gráfico anterior. Estes fatos podem ser um fator muito importante para a ocorrência dos acidentes de trabalho no setor.

**Gráfico 10- Distribuição percentual de treinamento dos trabalhadores posterior à admissão.
HCII-INCA. Março/junho de 2008.**



CAPÍTULO V

CARACTERÍSTICAS DOS ACIDENTES DE TRABALHO

TIPOS DE ACIDENTES DE TRABALHO

Os acidentes de trabalho que ocorreram no período de estudo ficaram assim representados estatisticamente: 17% (22) dos acidentes foram relacionados com respingo de sangue e contusões em locais variados do corpo; 16% (21) foram relacionados com acidentes pérfuro-cortantes, 12% (16) com respingo de soluções químicas, 11% (15) com tropeções em fios, 10% (13) com inalação de substâncias químicas, 8% (10) foram escorregões, 3% (4) choque com bisturi e 2% (10) ficaram com os acidentes do tipo queimaduras (2), quedas de material nos profissionais (3) e outros (3) (paralisia facial por temperatura baixa e inalação de fumaça do bisturi elétrico).

Os maiores números de acidentes de trabalho foram relacionados com respingo de sangue que pode indicar falta de utilização ou utilização inadequada de EPI (equipamento de proteção individual), contusões que podem indicar espaço físico inadequado ou distribuição espacial inadequada de equipamentos que podem prejudicar a movimentação, acidentes pérfuro-cortantes que podem ser reflexo de trabalho excessivo e/ou distúrbios emocionais e/ou do sono, respingo de soluções químicas cujas causas podem ser as mesmas da dos pérfuro-cortantes ou àqueles relacionados ao uso de EPI, tropeções que podem estar relacionados com a distribuição inadequada de aparelhos e fios, inalação de substâncias químicas, principalmente de gases pelos anestesiológicos e escorregão.

Gráfico 11- Distribuição percentual dos tipos de acidentes de trabalho. HCII-INCA.

Março/junho de 2008.

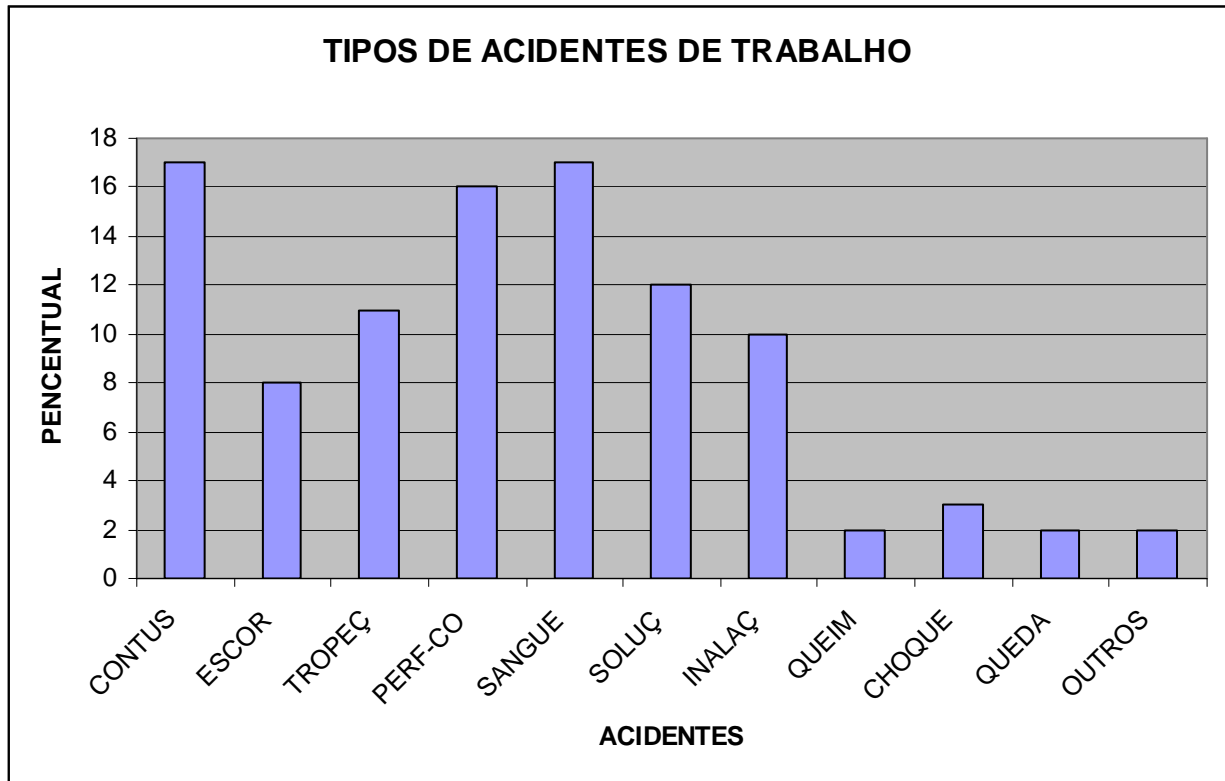


Tabela 3- Distribuição dos tipos de acidentes por categoria funcional. Sinan NET-2007.

Tipos de Acidentes	contusão	escorreg	tropeção	perf-cort	sangue	soluções	inalação	Queimad	choque	queda	outros
anestesistas	8	3	8	9	6	6	5	0	0	1	2
enfermeiros	13	7	5	7	12	8	5	0	1	3	2
cirurgiões	1	0	1	4	4	1	1	2	3	0	0
Auxiliares de serv	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0
total	22	10	15	21	22	15	11	2	4	4	4

Além das análises acima descritas através do gráfico, esta tabela nos permite observar os seguintes detalhes:

- 1- Entre os anestesiológicos, os maiores acidentes relacionam-se com contusões e tropeções que podem estar associados, principalmente à espaço físico e/ou disposição inadequada de fios e aparelhagens. Podemos observar também que os acidentes perfurocortantes representam uma parcela muito importante destes acidentes e estão associados, segundo à pesquisa, ao recapeamento de agulhas e à quebra de ampolas. Outro importante aspecto que podemos observar nesta tabela é que, embora os anestesiológicos inalem substâncias químicas durante todo o seu período de trabalho, quando a anestesia geral é realizada com gases anestésicos, estes profissionais não consideram a inalação destas substâncias como acidente de trabalho. Respingo de sangue nas mais diversas partes do corpo, assim como o de soluções químicas também atingem número significativo entre estes profissionais. Observamos também que, choque e queimadura não ocorre entre estes profissionais.
- 2- Entre a equipe de enfermagem, as contusões correspondem ao maior número de acidentes, que podem ter como causa, as mesmas relatadas acima entre os anestesiológicos.
- 3- Os cirurgiões, apesar de menor número na pesquisa, apresentaram acidentes perfurocortantes em número significativo, assim como queimaduras e choque que se relacionaram com o uso do bisturi elétrico.
- 4- Entre os auxiliares de serviços gerais, podemos observar que, estes são os profissionais que menos sofrem acidentes de trabalho. Pesquisas mais profundas deveriam ser realizadas à fim de conhecermos melhor o processo de trabalho destes profissionais e assim tentarmos melhorar o processo dos demais trabalhadores do setor.

Segundo dados Sinan NET-2007, a notificação de acidente com material biológico, segundo frequência por faixa etária e ocupação, obedece os seguintes resultados da tabela abaixo:

Tabela 4- Acidente segundo frequência, faixa etária e ocupação. Sinan NET-2007

	20 à 29	30 à 39	40 à 49	> 50
aux enf	1,544	1,448	1,009	490
téc enf	1,222	824	472	129
cir. Geral	82	66	38	30
instrumen	22	23	20	5
ginecolog	16	14	14	15
anestesist	7	12	7	8
atend enf	15	3	5	3
cir. Plast	2	3	2	2
Enfermeir	0	2	0	0

Esta tabela demonstra que a equipe de enfermagem prevalece em relação ao número de profissionais de saúde, devendo estabelecer uma relação importante quanto ao número de acidentes. Em relação a faixa etária, o grupo que se encontra entre os 20 e 29 anos foram os que mais se acidentaram.

Em relação às circunstâncias dos acidentes de trabalho com material biológico em relação à ocupação do profissional, podemos descrever a seguinte tabela:

Tabela 5- Circunstâncias dos acidentes com material biológico em relação à ocupação profissional. Sinan NET-2007

	ignorado	EV	IM	SBC	IDER	punç.col	desc.inad	lav. Mat	cirurg	recape	outro
aux enf	556	549	278	205	31	356	117	137	158	159	686
téc enf	293	347	143	143	17	146	76	65	117	107	537
cir. Geral	33	3	1	4	0	3	0	0	140	2	22
instrumen	4	2	0	1	0	1	2	1	46	0	6
ginecolog	5	0	0	0	0	0	0	0	44	0	8
anestesist	7	3	0	1	0	1	1	0	11	1	4
cir. plast	1	0	0	1	0	0	0	0	7	0	0
enfermeiro	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0

EV= endovenoso

Punç.col= punção

recape= recapeamento

IM= intramuscular

Desc.inad= descarte inadequado

SBC= subcutâneo

lav.Mat= lavagem de material

IDER= intradérmico

Cirurg=cirurgia

O maior número de acidentes documentados na tabela acima, aponta para “outros” como sendo aquele de maior expressão (1263), seguido da administração endovenosa de medicamentos (904), ignorado (900) e procedimentos cirúrgico (523) como os mais frequentes.

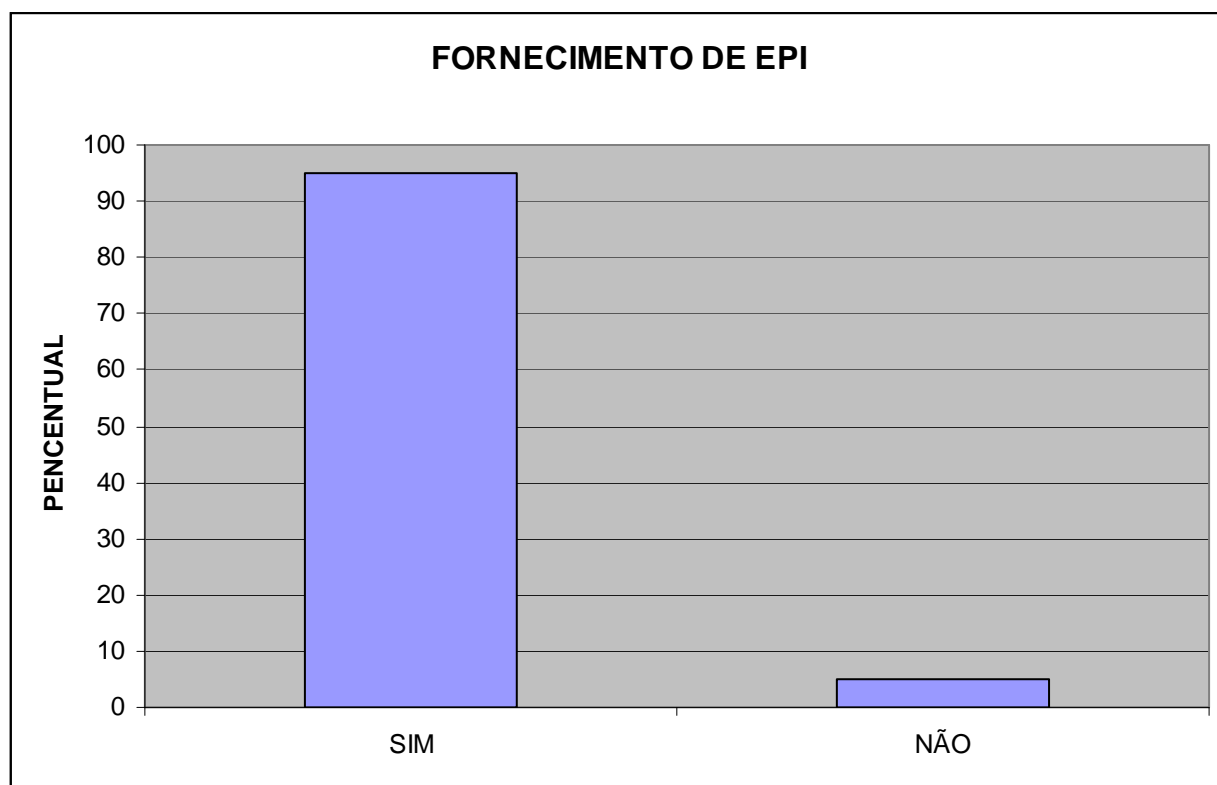
Em relação às circunstâncias dos acidentes de trabalho com material biológico que ocorreram no centro cirúrgico do HCII-INCA, não foi possível quantificá-las corretamente, uma vez que, nos deparamos com o viés de memória de grande parte dos trabalhadores. Entretanto, uma observação em relação aos acidentes com material biológico que ocorreram no centro cirúrgico do HCII, deve ser colocada aqui: todos os acidentes com agulhas, seja através da administração venosa, subcutânea ou intramuscular, ocorreram devido ao recapeamento das mesmas, contrastando com os dados do Sinan NET (269).

FORNECIMENTO DE EPI PELO HCII

A maioria dos funcionários (95%) (36) alegou que o hospital fornece Equipamento de Proteção Individual; 5% (2) dos funcionários alegaram que não os recebe.

Segundo esta análise, o HCII preocupa-se em fornecer EPI para seus funcionários, a fim de diminuir os acidentes de trabalho.

**Gráfico 12- Distribuição percentual quanto ao fornecimento de EPI. HCII-INCA.
Março/junho de 2008.**

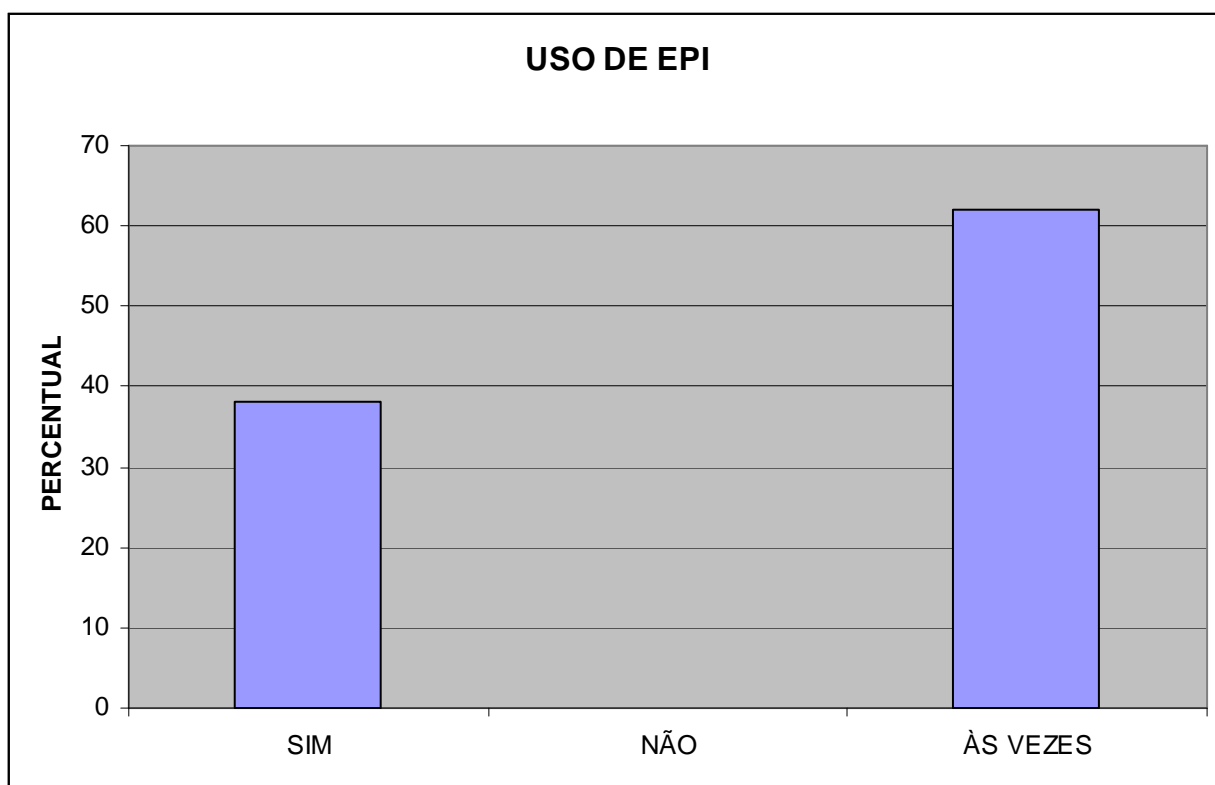


USO DE EPI

Em relação ao uso de Equipamentos de Proteção Individual, 62% alegaram fazer uso irregular dos mesmos; 38% os usam e, entre estes, ninguém deixou de usá-lo em nenhum momento sequer.

Embora o HCII se preocupe em fornecer EPI à seus funcionários, a maioria destes, no centro cirúrgico, o usam de maneira inapropriada por motivos diversos, relatados adiante. Também podemos demonstrar que ninguém relatou não usá-lo.

Gráfico 13- Distribuição percentual quanto ao uso de EPI. HCII-INCA. Março/junho de 2008.

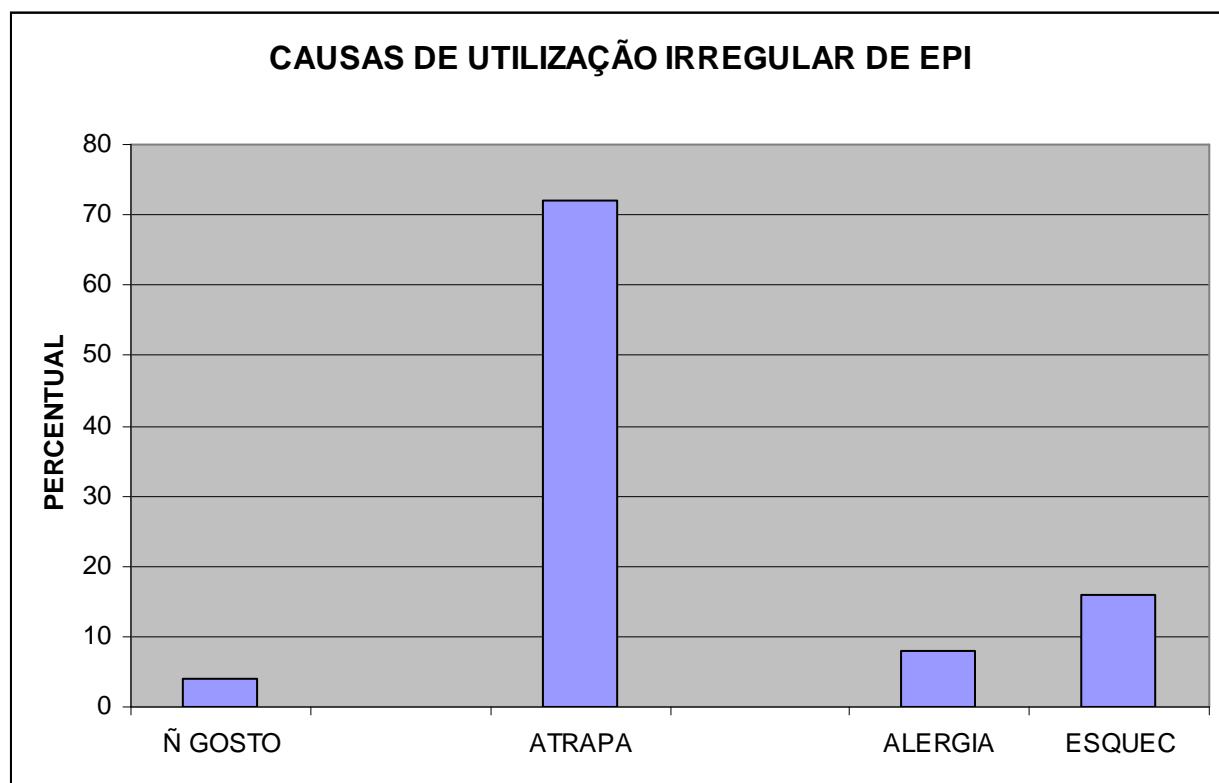


CAUSAS DO USO IRREGULAR DE EPI

Quanto ao uso irregular de EPI, 72% (37) dos profissionais alegaram que utilizam Equipamento de Proteção Individual de maneira irregular porque eles atrapalham na eficácia de seu trabalho, seja pela inadequação do tamanho principalmente de luvas, seja pela dificuldade de visibilidade com os óculos; 16% (4) não os utiliza por esquecimento, 8% (2) apresentam alergia à látex e 4% (1) não os utilizam porque não gostam.

Uma outra causa, observada durante o período de estudo e que não foi relatada por nenhum trabalhador, foi a falta o EPI em situações de emergência: quando os profissionais do centro cirúrgico se deparam com estas situações (sangramentos repentinos, dificuldades em manipulação de vias aéreas, choques anafiláticos ou qualquer outra situação que se apresente subitamente), eles despreocupam-se com o uso destes equipamentos até que as questões de emergência estejam resolvidas ou controladas; só depois que então, eles voltam-se para o uso do EPI.

Gráfico 14- Distribuição Percentual das causas de uso irregular de EPI. HCII-INCA.

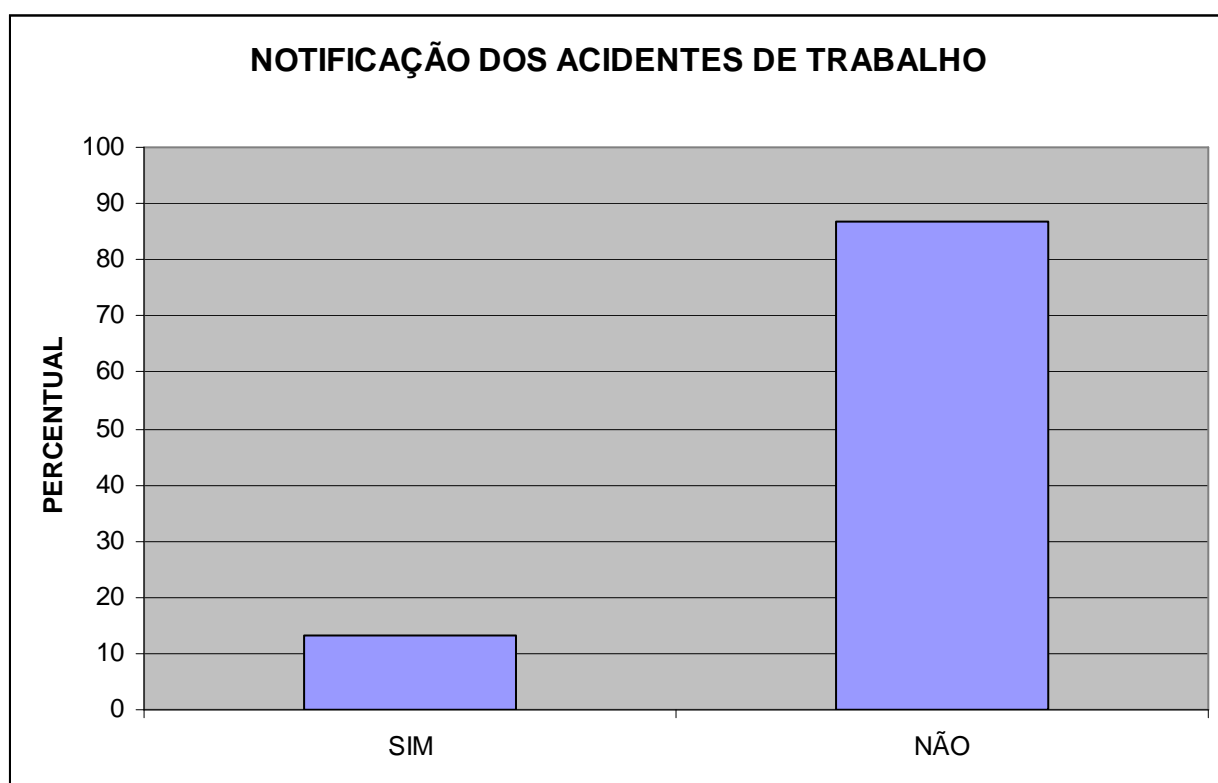


Março/junho de 2008.

NOTIFICAÇÃO DOS ACIDENTES DE TRABALHO

A notificação dos acidentes de trabalho ofereceu os seguintes números: 87% da população estudada não notificou os acidentes ocorridos e apenas 13% fizeram a notificação.

Gráfico 15- Distribuição percentual de notificação de acidente de trabalho. HCII-INCA. Março/junho de 2008.



A falta de notificação dos acidentes de trabalho ainda é estatisticamente alta no centro cirúrgico do HCII, uma vez que seu quantitativo é de 70 profissionais e apenas 12 notificaram os acidentes.

Tabela 6 - N° de notific. dos ac. de trabalho/faixa etária no C. C. HCII-INCA. Março/junho 2008.

21 à 30 anos	31 à 40	41 à 50	> 50	Total
2	1	7	2	12

Segundo a Sinan NET, a notificação de acidente com material biológico, em termos de frequência, no Rio de Janeiro distribui-se da seguinte maneira, segundo a faixa etária:

Tabela 7- Frequência de notificação de acidente com material biológico por faixa etária – RJ. Sinan NET-2007

20 à 29anos	30 à 39anos	40 à 49anos	> 50anos	Total
356	231	146	66	799

Em relação à notificação segundo frequência por sexo e ocupação, podemos observar que a equipe de enfermagem detém o maior número de trabalhadores que notificaram o acidente (7.341), com predominância para o sexo feminino (6423). Já com relação aos cirurgiões (287) e anestesiológicos (35), houve predomínio do sexo masculino. A visível maioria de notificações pela equipe de enfermagem se faz devido ao seu maior número em relação aos cirurgiões e anestesistas.

Tabela 8- Notificação segundo frequência por sexo e ocupação. Sinan NET-2007

	ignorado	masculino	Feminino	total
aux. Enf	0	514	4,062	4,576
tec. Enfer	0	400	2,292	2,692
cir geral	0	150	69	219
instrum	0	4	67	71
ginecolog	0	27	32	59
anestesis	0	28	7	35
cirur plast	0	5	4	9
enferm	0	0	2	2

Segundo dados da mesma fonte (Sinan NET), a frequência de notificação no Rio de Janeiro, segundo ocupação dispõe-se da seguinte maneira:

Tabela 9- Frequência de notificação de ac. de trabalho no Rio de Janeiro segundo ocupação. Sinan NET-2007

Ocupação	frequência
aux. Enf	134
tec. Enfer	256
cir geral	13
Instrum	7
Ginecolog	0
Anestesis	1
cirur plast	0
Enferm	0

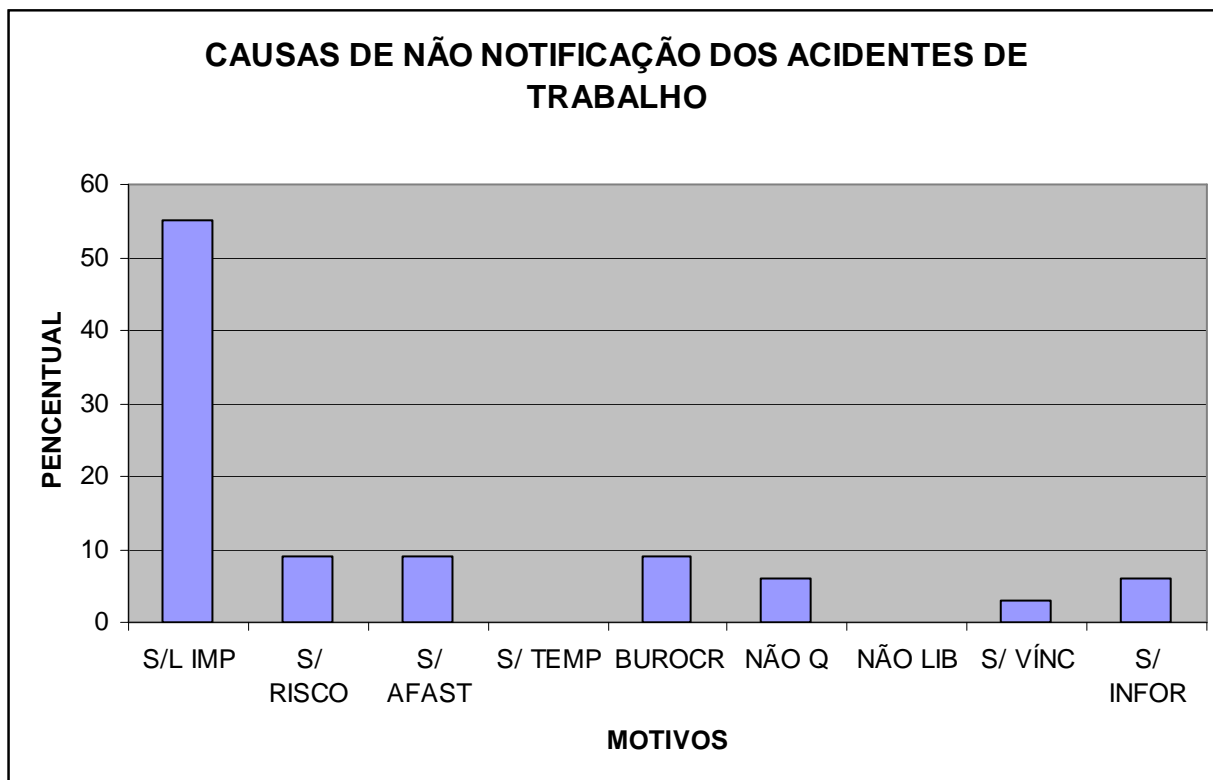
Novamente, a tabela nos mostra que a equipe de enfermagem se faz em maior número, justificando assim, uma maior frequência de notificação.

CAUSAS DE NÃO NOTIFICAÇÃO DOS ACIDENTES DE TRABALHO

A falta de não notificação dos acidentes de trabalho no centro cirúrgico do HCII exhibe números alarmantes. Entre as causas de não notificação relatadas pelos funcionários, 55% (18) relataram que não o fizeram porque não apresentaram lesão importante; 9% (3) não notificaram porque não correu risco de vida, não houve necessidade de afastamento e pela existência de uma burocracia excessiva. A burocracia excessiva relatada, refere-se à inadequação do horário dos médicos da Saúde do Trabalhador em relação a jornada de trabalho dos profissionais. Para ser atendido pelo médico da Saúde do Trabalhador é necessário agendamento, o que nem sempre é compatível com o horário do trabalhador; além do mais, atualmente este serviço (Saúde do Trabalhador) fica situado no centro da cidade do Rio de Janeiro, inviabilizando o acesso do funcionário que se acidenta; 6% (2) não notificaram porque não quiseram e porque não tinham informação de que todo tipo de acidente deve ser notificado e 3% (1) não notificaram porque não apresentavam vínculo empregatício. Apesar das mais variadas causas, observamos que a maior delas refere-se à falta de lesão importante e/ou a ausência de gravidade percebida. Mas já que os acidentes de trabalho segundo a

ampliação do conceito que interpreta também como acidente de trabalho as lesões tardias, cabe aqui uma pergunta: “ O que seria lesão importante?”

**Gráfico 16- Distribuição percentual das causas de não notificação dos acidentes de trabalho.
HCII-INCA. Março/junho de 2008.**

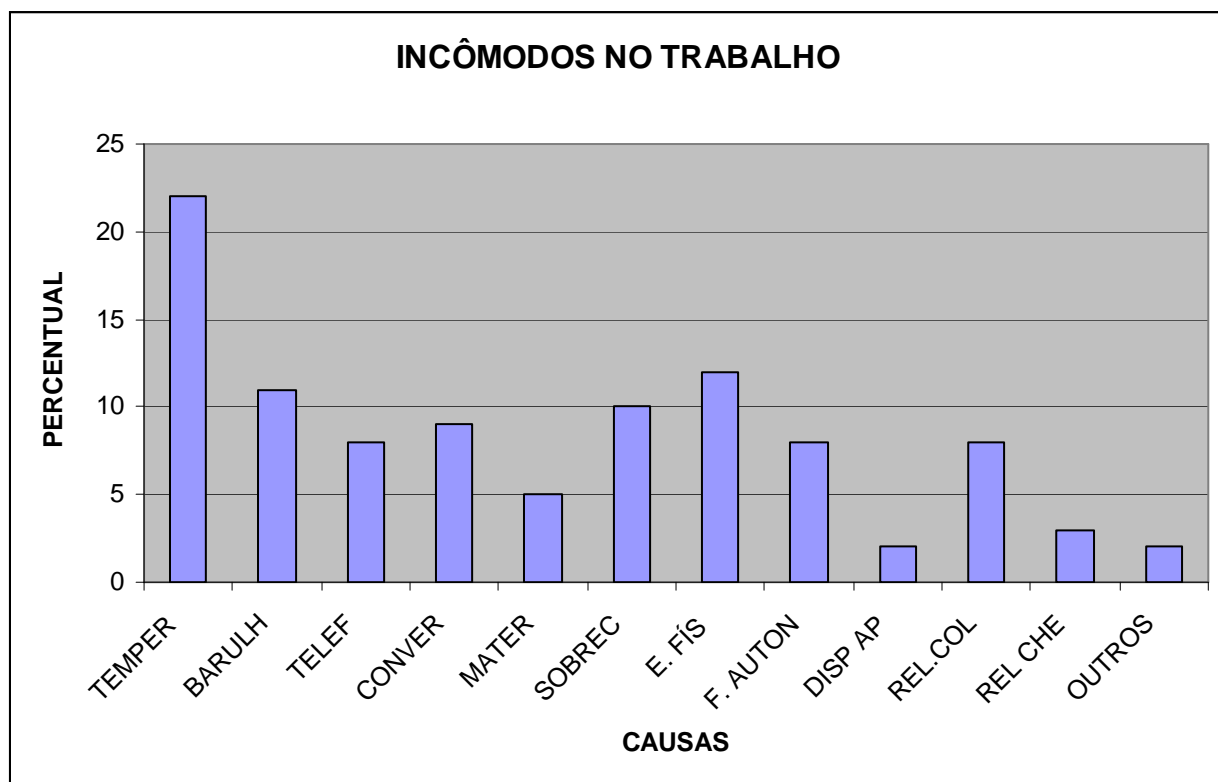


INCÔMODOS NO TRABALHO

Alguns incômodos foram apresentados em relação ao meio em que trabalham: 22% (27) dos desprazeres apresentados foram relativos à temperatura do centro cirúrgico como sendo extremamente desagradável; 12% (15) foi em relação ao espaço físico precário, responsável por contusões; 11% (13) em relação à barulho, de diversas origens como telefone, conversa excessiva e barulho na abertura de material cirúrgico; 10% (12) relativos à sobrecarga de trabalho; falta de autonomia e relação ruim com os colegas; 3% (4) por relação insatisfatória com chefia e 2% (2) em relação à disposição inadequada dos aparelhos, inflexibilidade de horário e material inadequado para cirurgias especializadas.

Todos estes incômodos podem ser elementos importantes na ocorrência dos acidentes de trabalho registrados no local: as alterações de temperatura, tanto para mais quanto para menos podem provocar acidentes na medida que, interferem com o bem estar dos profissionais (quedas muito acentuadas de temperatura provocam dores de cabeça, dificuldade na manipulação de materiais, tremores e irritabilidade; temperaturas elevadas podem gerar suor principalmente nos cirurgiões, que podem pingar no campo cirúrgico e contaminar a cirurgia, assim como provocar tonturas nos cirurgiões e instrumentadores que estão sob o foco cirúrgico); barulho, seja qual for a origem (telefone, conversa, abertura de materiais) provocam irritabilidade e desconcentração na execução das tarefas. O espaço físico pequeno e a disposição inadequada dos equipamentos, não permite a locomoção segura necessária para a execução das tarefas; à este fator, soma-se a irritabilidade dos profissionais se verem obrigados à frequentemente terem de pular fios e sondas espalhados ao seu redor. A falta de autonomia, assim como uma relação inadequada com os colegas e/ ou com a chefia gera frustração e, conseqüentemente, desmotivação, podendo tornar o trabalhador descuidado e, assim aumentando o número de acidentes.

Gráfico 17- Distribuição percentual dos incômodos no trabalho. HCII-INCA. Março/junho de 2008.



CAPÍTULO VI

DISCUSSÃO:

O estudo descritivo, de caráter exploratório numa combinação de métodos (quantitativo e qualitativo) nos forneceu instrumentos que nos permitem compreender um pouco melhor este problema de Saúde Pública, uma vez que, o método epidemiológico nos forneceu informações importantes sobre tipo e distribuição do evento na população estudada, enquanto que, as entrevistas semi-estruturadas nos permitiram um aprofundamento da pesquisa. Esta abordagem descritiva nos permitiu descrever sumariamente, algumas normas antecedentes e um pouco da subjetividade da população de estudo, as normas antecedentes do centro cirúrgico, o câncer como patologia cirúrgica, a bioengenharia, os sistemas de segurança, acabamentos e os diversos condicionantes, proporcionando uma visão mais abrangente da saúde e da doença nesta instituição.

Segundo Cecília Minayo (39), vivências desiguais constroem formas diversas de pensar, sentir e agir no que diz respeito à saúde e à doença.

Embora os acidentes de trabalho não tenham como causa um e apenas um fator associado, a fim de facilitar o estudo, abordamos alguns dos fatores separadamente:

1- INDIVÍDUO

Qualquer atividade de trabalho pode ser compreendida como um ato de criação e recriação que relacionam entre si, pessoas, situações inesperadas, escolhas e decisões. Os trabalhadores, capazes de inovar, produzem suas próprias regras, não se limitando a se submeterem à elas, num desenvolvimento coletivo e singular que sustenta o sentido do trabalho para o trabalhador. Considerando que a centralidade do trabalho se percebe na construção da identidade, na realização de si mesmo e na saúde mental, podemos considerá-lo como um gerador de saúde ou de doença.

Compreender o sentido do trabalho num hospital de câncer se faz mediante a concepção do que seja o próprio câncer. A primeira idéia quando nos deparamos com a palavra câncer é a morte, que ainda é vista por muitos profissionais de saúde como um fracasso, uma incapacidade e até mesmo incompetência, uma vez que não foram capazes de combatê-la. Ao longo do tempo, a doença e a morte deixaram de ser fenômenos domésticos para tornarem-se institucional, na esperança de cura, através da medicalização e dependência tecnológica, numa tentativa de controlar a vida pois, as

escolas de saúde ensinam à seus profissionais que eles devem utilizar todos os instrumentos necessários para salvar a vida. Perdê-la, ainda significa um fracasso.

O artigo quinto da Constituição Federal Brasileira (40) que fala sobre a inviolabilidade da vida, e o Código de Ética Médica que fala sobre os deveres e direitos dos médicos (41) são as principais fontes de normas antecedentes que justificam o paternalismo médico e, conseqüentemente, a obstinação terapêutica, na busca incessante de se evitar a morte. Assim, a morte tem sido, para os profissionais de saúde, o momento que escapa algo que deve ser absolutamente afastado (42). Esta obstinação terapêutica, a tentativa extirpar todo o câncer e salvar a vida dos pacientes, podem ser fatores que venham à contribuir para a ocorrência de diversos tipos de acidentes.

Desta maneira, estes profissionais abandonam conscientemente algumas de suas normas antecedentes e lutam com todos os recursos disponíveis, a fim de não se deixarem vencer: posicionam-se mal durante o ato operatório, descuidam-se na utilização de equipamentos de proteção, muitas vezes trabalham com material inadequado, privam-se de alimentação e água durante longos períodos e utilizam-se freqüentemente de estratégias defensivas no combate ao sofrimento. Sofrimento este, relativo à fatores multicausais como: exposição à vírus, fungos, radiação ionizante, horários de trabalho em turnos e sofrimentos relacionados às imposições desta organização do trabalho como horário, ritmo, formação, informação, aprendizagem, experiência, ideologia do hospital, exigências do mercado de trabalho e relacionamentos. Existe ainda, mesmo que seja por um breve momento, um envolvimento afetivo com os pacientes – seu estado físico muitas vezes precário, o facies de dor com que este paciente se apresenta, sua angústia em relação à sua doença, suas chances de sobrevivida e sua família. Estes contexto não passa despercebido pelos profissionais que atendem aos pacientes. Existe um sofrimento pela dor do outro! Estes sofrimentos vão se agravando ao longo do tempo, provocando sofrimento não só do corpo. Surge a depressão, a angústia, o sentimento de incapacidade e o medo! Estes profissionais apresentam este sentimento constante na vigência de qualquer doença que se apresente. Tudo para eles pode ser câncer e, assim sendo, eles conhecem o trajeto da doença! Sabem que o diagnóstico precoce é prognóstico e que a cirurgia, na grande maioria das vezes, curativa. E aí surgem as dúvidas: será que fiz o diagnóstico à tempo? Será que tenho alguma chance?

Trabalhar em um hospital de câncer é “viver à sombra de um fantasma”. Como combatê-los são questões que deixam estes profissionais muito aflitos!

Analisando o conteúdo teórico estudado sobre o tipo de Instituição (Hospital de Câncer) e os aspectos relativos ao trabalho destes profissionais, podemos compreender melhor o seu trabalho: são trabalhadores que sofrem psicologicamente devido ao sofrimento intenso dos paciente com câncer - angústias, medos, dor, a deterioração do corpo pela doença que tem caráter consuptivo, a morte, a discriminação e a família do enfermo. Excesso de trabalho, falta de autonomia, desconforto moral, desconforto físico e ambiental também fizeram parte das queixas destes trabalhadores, contribuindo, mais uma vez para o aumento da incidência dos acidentes.

Vimos também, na teoria descrita, que a cirurgia é o ponto mais importante na cura do doente que é portador de câncer. Sabedor deste fato, os profissionais que assistem o doente no centro cirúrgico, atendem este paciente de todas as maneiras; expõem-se à riscos desconhecidos e também aos conhecidos. Preocupam-se depois, se sofreram alguma injúria ou não. Uma vez que a cirurgia é o método mais eficaz para se combater a doença, o “vale tudo” é a regra!

Nosso estudo focou os trabalhadores do centro cirúrgico do HCII e, em relação ao número de participantes deste, verificamos que 52% da população alvo contribuiu para a pesquisa. Embora o tema seja de interesse de todos os profissionais de saúde, este quantitativo pode indicar que ainda existe pouca preocupação em relação ao problema.

Segundo a análise estatística, o maior quantitativo estudado foi a equipe de enfermagem. A faixa etária predominante foi entre 41 à 50 anos, em sua maioria casados. O nível de escolaridade foi de 3º e 2º grau. Encontramos 29% destes profissionais com mais de 20 anos de experiência no trabalho que executam, e 39% destes profissionais estão no HCII de 2 à 5 anos.

Estes profissionais, em sua maioria (54%) trabalham em regime de plantão e 69% da população estudada trabalha em mais de um emprego além do HCII, podendo ser um indicativo de que a renda mensal de um único trabalho não é suficiente para atender as demandas dos trabalhadores, haja vista que a maioria de trata de profissionais com mais de 41 anos e casados, significando, provavelmente, que apresentam dependentes. Fatores como estes (escalas de plantão e multiplicidade de emprego) podem ter colaborado com o número de acidentes de trabalho que ocorreram no local.

O tipo de vínculo empregatício que estes funcionários possuem também pode ter contribuído para os acidentes – 39% pertencem ao Ministério da Saúde com vínculo definitivo e 38% pertencem ao quadro da Fundação Ary Frauzino - vínculo CLT. A diferença de vínculos, diante das mesmas funções podem ter tido significado na frequência dos acidentes, diante da fragilidade do vínculo CLT.

Todos os trabalhadores souberam a definição legal de acidente de trabalho, embora desconhecessem que todo e qualquer tipo de acidente deva ser notificado; mesmo assim, a notificação dos mesmos foi negligenciada.

2- TAREFA

Em relação as tarefas executadas pelos profissionais do centro cirúrgico do HCII, demonstramos que 56% receberam treinamento para trabalhar no setor.

O Hospital do Câncer II é uma Instituição de Assistência, Ensino e Pesquisa. Trabalha com material de primeira linha e recebe, freqüentemente, equipamentos de última geração. Entretanto, após admissão, 51% não receberam treinamento regular para a execução de suas tarefas, e frequentemente se vêem obrigados a aprender a manusear equipamentos de alta tecnologia no momento de execução dos procedimentos, ficando expostos à constrangimentos e angústia, pois eles sabem que a rapidez de tarefas, as vezes é fundamental diante dos momentos cirúrgicos críticos.

Outro fator importante que também foi observado durante o estudo foi a multiplicidade de tarefas exercidas pelos funcionários do centro cirúrgico, principalmente a equipe de enfermagem. Observei que os trabalhadores ora assumiam a função de “circulantes de sala” ora de instrumentadores, ora de responsáveis pela Recuperação Pós-Anestésica (RPA), gerando angústia e insegurança na execução das tarefas. Todos os procedimentos necessitam de treinamento específico, os quais não são ministrados. A falta de treinamento periódico regular e a multiplicidade de tarefas executadas pelos trabalhadores pode ser um fator de contribuição para os acidentes que lá ocorreram.

3- MATERIAL

O HCII, segundo 95% da população de estudo, oferece Equipamento de Proteção Individual para seus funcionários. Entretanto, apenas 62% dos profissionais os utilizam e destes, 72% indicaram que não os utilizam permanentemente porque eles os atrapalham na execução de suas tarefas.

Em relação ao material de alta tecnologia que o INCA fornece, a falta de treinamento apropriado, como já descrito acima, pode contribuir para o acontecimento de acidentes.

4- MEIO

Para podermos compreender o que é um hospital especializado no atendimento de câncer, e a importância de um centro cirúrgico dentro do contexto deste tipo de instituição, é fundamental conhecer as características desta patologia que se comporta biologicamente de diversas maneiras diferentes; assim, definir centro cirúrgico, de maneira plena, é uma tarefa não muito fácil. Seu diferencial repousa na diversidade, complexidade e capacidade de improviso necessários à execução dos procedimentos realizados ali, na qualidade de formação dos profissionais, no tipo e na frequência de tecnologia utilizada, na distribuição do espaço físico e nas adversidades presentes no setor, inerentes à cada tipo de câncer ali tratado.

À exceção de queda, todos os tipos de acidentes de trabalho ocorreram no centro cirúrgico durante o período de estudo. O espaço físico pequeno foi um fator de incômodo relatado pelos trabalhadores do local (12%) e pode ter sido o principal responsável pelos 17% dos acidentes relativos à contusões em macas e equipamentos dispostos nos diversos locais do centro cirúrgico. Esta percentagem (12%) também foi a encontrada para os acidentes que se relacionaram a respingos de sangue em partes diversas do corpo.

A temperatura ambiente foi o maior incômodo relatado pelos funcionários (22%). O período de estudo verificou que a temperatura ambiente, às 8 horas da manhã, encontrava-se frequentemente, em torno de 16,3°C, determinando tremores, dores de cabeça e mal estar nos funcionários. Os pacientes também relataram intenso desconforto em relação à temperatura da sala de cirurgia, ao entrarem no centro cirúrgico. O controle do mesmo é central e não se encontra dentro do centro cirúrgico, ficando impossibilitado o controle de temperatura de cada sala e de cada momento do procedimento cirúrgico. É importante relatarmos que a temperatura de uma sala de cirurgia deve apresentar momentos distintos: no momento em que o paciente entra na sala e no momento em que vai ser despertado da anestesia é fundamental que a temperatura esteja mais quente, pois o paciente pode apresentar tremores que aumentam o consumo de oxigênio (o que não é recomendável) e hipotermia (queda da temperatura corporal) dificultando o despertar o paciente. Em relação à baixa temperatura para os funcionários, foram relatados diversos casos de sinusite de repetição, dores de cabeça e de garganta e até mesmo foi relatado um caso de paralisia facial devido ao frio.

Os acidentes perfurocortantes foram responsáveis por 16% dos acidentes de trabalho no local do estudo; 12% foram os acidentes com o respingo de soluções químicas em

locais variados do corpo, principalmente mãos e 10% dos acidentes referiram-se à inalação de substâncias químicas.

Os tropeções, principalmente em fios, foram os responsáveis por 11% dos acidentes ocorridos. Eles provavelmente podem estar relacionados com o espaço físico pequeno relatado pelos funcionários (12%), assim como podem estar relacionados com a falta de planejamento na disposição dos equipamentos.

Embora o ruído não tenha sido mensurado, incômodos com o excesso de barulho foram relatados em 11%, principalmente os barulhos relacionados à conversa excessiva (9%) e barulho telefônico (8%).

Sobrecarga de trabalho também foi relatado como um incômodo (10%) e pode estar relacionada com a multiplicidade de tarefas executadas por eles.

Destes acidentes, 87% não foram notificados; 55% dos trabalhadores que sofreram os acidentes disseram que não os notificaram porque não apresentaram lesões importantes, seguido de 9% que não os relataram porque não houve necessidade de afastamento e/ou não houve risco e/ou pelo excesso de burocracia.

5- RELAÇÕES DE TRABALHO

As relações com os colegas e as chefias foi um problema apontado em 8% dos entrevistados, assim como a falta de autonomia na execução de suas tarefas (8%).

Todos os profissionais alegaram gostar muito de seu trabalho, embora 69% já tenham sofrido intimidação ou sentiram constrangimento por parte de colegas e/ou superiores.

Diante dos diversos aspectos relacionados ao trabalho do profissional de saúde, principalmente em relação àquele especializado em câncer, pudemos observar que muitos elementos não são levados em consideração pelas leis trabalhistas; assim, a definição de acidente de trabalho, segundo a legislação, nos parece insuficiente para revelar os diversos aspectos relativos ao tema. Sob a visão da Saúde do Trabalhador, e numa tentativa de melhor dimensionar o problema, sugerimos uma ampliação do conceito de acidente de trabalho. Além da definição de que *acidente de trabalho é todo àquele que ocorre no serviço, ou à caminho do mesmo, que acontece de modo súbito, interrompendo as atividades por um período de tempo, provocando lesão corporal ou perturbação funcional, de caráter permanente ou temporário*, no contexto que estamos estudando, podemos dizer ainda que *o acidente estabelece um aumento dos agravos à saúde (imediate ou à longo prazo) através do aumento do risco de desgaste físico e mental do trabalhador*, possibilitando efeitos não imediatos mas decorrentes do evento,

assim como devemos considerar também o *aumento do risco de danos materiais e à outras pessoas envolvidos no processo de trabalho em que o evento/situação está inserido* incluindo, deste modo, danos à terceiros não trabalhadores envolvidos no processo de trabalho e os incidentes que tem, pela sua análise, um potencial preventivo equivalente ao do acidente tradicionalmente definido pelo evento gerador de lesão aos trabalhadores. A síntese deste novo conceito seria:

O acidente de trabalho é todo àquele que ocorre no serviço, ou à caminho do mesmo, que acontece de modo súbito, interrompendo as atividades por um período de tempo, provocando lesão ou não ou perturbação funcional, de caráter permanente ou temporário, acarretando aumento dos agravos à saúde (imediato ou à longo prazo) aos trabalhadores e danos materiais e a outras pessoas envolvidos no processo de trabalho em que o evento/situação está inserido.

É interessante voltarmos nossa mente para um outro olhar sobre o acidente: o modo súbito com que ele acontece e o espaço de tempo em que a ação é interrompida. Estes elementos são fundamentais para a caracterização do mesmo. Assim, a ocorrência de lesão é a consequência do acidente!

CONCLUSÃO:

Diante dos resultados encontrados na pesquisa, acidentes de trabalho ainda permanecem uma preocupação em Saúde Pública, não só no que diz respeito ao quantitativo mas também ao qualitativo. Mensurá-los é apenas parte de um problema que continua necessitando de estudos mais profundos.

O estudo demonstrou que, no período do estudo, houve 132 acidentes de trabalho no centro cirúrgico do HCII. Relacionamos aqui, os principais quantitativos: 23 contusões, 22 relacionados à respingos de sangue, 21 perfurocortantes, 16 relacionados ao respingo de soluções químicas, 15 tropeções, 13 inalações de substâncias químicas e 10 escorregões. Podemos observar pelos números de maior quantidade de acidentes que, pode existir uma relação de ocorrência destes acidentes com o espaço físico do local podendo estar relacionado com o tamanho do espaço e/ou a distribuição inadequada de equipamentos.

Daqueles que responderam sobre as notificações dos acidentes (32), 28 não notificaram os acidentes de trabalho. Esta falta de preocupação com as notificações pode estar relacionada com a falta de lesão importante, falta de necessidade de afastamento do trabalho, burocracia excessiva e, principalmente com o desconhecimento de que todo e qualquer acidente deva ser notificado.

O estudo revelou que podem haver inúmeros fatores indicativos para os acidentes de trabalho que ocorrem em uma unidade hospitalar especializada, como sobrecarga de trabalho, falta de treinamento periódico, desconforto físico e mental, e a pouca preocupação com a utilização de equipamentos de proteção individual. Por outro lado, a notificação dos acidentes não é feita, muitas vezes, pelo desconhecimento de que qualquer tipo de acidente deve ser notificado, pela dificuldade de acesso à notificação, burocracia excessiva e a banalização do acidente por acharem-no muito pequeno, diante de um contexto de maior importância.

O estudo me forneceu ferramentas que podem melhorar o processo de trabalho destes profissionais assim como contribuir para ampliar outros estudos no campo da Saúde Pública. De nada adianta investigarmos os problemas se não houver uma preocupação real em resolvê-los. É preciso compreender para transformar! E transformar significa mudar atitudes. Este trabalho não termina aqui; ele pode indicar um novo caminho para melhorarmos as condições de trabalho aos nossos profissionais.

BIBLIOGRAFIA

1- Instituto Nacional de Câncer. O que é o câncer?

www.inca.gov.br. (acessado em 22/01/2007).

2- A situação do câncer no Brasil/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Instituto Nacional de Câncer, Coordenação de Prevenção e Vigilância – Rio de Janeiro: INCA, 2006.

3- Incidência de Câncer no Brasil – Estimativa 2008 – INCA.

<http://saudedofuturo.wordpress.com/2008/01/04/incidencia-de-cancer-nobrasil-estim..>

(acessado em 28/02/2008).

4- História do Instituto Nacional de Câncer.

http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=235 (acessado em 18/10/2006).

5- Onde tratar no INCA.

http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?ID=I (acessado em 23/02/2008).

6- Saúde e Trabalho no Processo Histórico e no Contexto Político do Neoliberalismo. Trabalho e a doença ao longo do tempo.

<http://www.sindipetro.org.br/saude/saude-trabalho/saudetrabalho02.htm>

(acessado em 22/03/2009).

7- Acidente do Trabalho.

<http://www.acidentedotrabalho.adv.br/resumo/01htm>. (acessado em 05/05/2007).

8- MACHADO JMH. Violência no Trabalho e na cidade: epidemiologia da mortalidade por acidente de trabalho registrada no município do Rio de Janeiro em 1987 e 1988 [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2001.

9- Ministério da Previdência Social. Conceito, definições e caracterização do acidente do trabalho. prestações e procedimentos.
<file:///C:/DOCUME~1/JOAOCA~1/CONFIG~1/Temp/FWBHZX2F.htm>.
(acessado em 16/07/2007).

10- Gouveia J, Kelly C, Alves S; Araujo SM, Thalita. Acidentes de Trabalho e Auxílio Doença. Faculdade Taboão da Serra. Maio/2007.
(acessado em 17/08/2007).

11-Acidente de trabalho
<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2006/d08.def> (acessado em 18/01/2008).

12-BINDER, Maria Cecília Pereira e CORDEIRO, Ricardo. Subregistro de acidentes do trabalho em localidade do Estado de São Paulo, 1997. Ver. Saúde Pública. [on line] . 2003, vol. 37, nº 4 [citado 2007-07-06], pp. 409-416.
Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>.

13-Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
Acidentes de trabalho matam mais do que as drogas.
<http://www.ibge.gov.br/ibgeteen/datas/acidents/acidentestrab.html>. (acessado em 27/11/2006).

14- Pepe CCCA, Silva AID, Machado JM.H, et al. Sistema de notificação e investigação de acidentes de trabalho: contemplando a complexidade dos territórios laborais.
www.icml9.org/program/track8/public/documents/Carla%20Pepe-163841.doc.
(acessado em 12/07/2007).

15- Indicadores de mortalidade, morbidade e fatores de risco.
Disponível em:<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2006/c11.def>
Acessado em 18/01/2008.

16-Anuário Estatístico de Saúde do Brasil 2001.
<http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/anuario2001/mortal/Mmortal18.cfm>
(acessado em 19/01/2008).

17- Indicadores de mortalidade, morbidade e fatores de risco.

<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2006/c11.def>

(acessado em 18/01/2008).

18-Faleiro FMT, Vendruscolo GBB. Prevalência de acidentes de trabalho em trabalhadores hospitalares. Fórum Internacional Integrado de Cidadania. Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões- Campus Santo Ângelo/RS. 26 a 29 de abril de 2006.

(acessado em 29/04/2008).

19- Risco. Jose Roberto Goldim.

<http://www.ufrgs.br/bioetica/risco.htm>

(acessado em 21/02/2008).

20- Lima VLA. Acidentes com Riscos Biológicos em Profissionais de Saúde: Uma Proposta para Sistema de Vigilância nos Hospitais da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará e do Hospital João de Barros Barreto [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2001.

21-Hokerberg YHM, Santos MAB, Passos SRL et al. O processo de construção de mapas de risco em um hospital público. Ciênc.Saúde Coletiva [online] 2006, vol 11, n 2. [citado 2008-02-23] pp.503-513. ISSN 1413-8123.

Disponível em <http://scielosp.org/scielo>.

22-Costa MAF e Costa MFB. Segurança e saúde no trabalho: cidadania, competitividade e produtividade. pgs 6/19. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2004. ISBN 85-7303-527-7

23- NR5-Comissão Interna de Prevenção de Acidentes

http://www.tem.gov.br/legislacao/normas_regulamentadoras/nr_05.asp

(acessado em 22/03/2009).

24- Mattos UA & Freitas NBB. Mapa de Risco no Brasil: As limitações da Aplicabilidade de um modelo Operário. Cad. Saúde Pública., Rio de Janeiro, 10(2):251-258, abr/jun,1994.

25- Figueiredo M, Athayde M, Brito J, Alvarez D (orgs). Labirintos do Trabalho. Rio de Janeiro:DP&A,2004. ISBN: 85-7490-309-4.

26- Oliveira BRG, Murofuse NT. Acidentes de trabalho de trabalho e doença ocupacional: estudo sobre o conhecimento do trabalhador hospitalar dos riscos à saúde de seu trabalho. Ver. Latino-am. Enfermagem – Ribeirão Preto – v.9 – n. I – p. 109-115 – janeiro 2001.

Acessado em 22/11/2007.

27- Tarcitano JSC, Guimarães CD.”Assédio Moral no Ambiente de Trabalho”. 2004

www.partes.com.br/ed53/Assedio%20Moral%20no%20Ambiente%20de%20trabalho.pdf

(acessado em 24/11/2007).

28- Martí J. Doenças profissionais. “Assédio moral e estresse são acidentes de trabalho”.

<http://conjur.estadao.com.br/static/text/2675.1>.

(acessado em 19/05/2006).

29- Baldamo AC, Felli VEA. Estudo sobre os acidentes de trabalho com exposição aos líquidos corporais humanos em trabalhaores da saúde de um Hospital Universitário. Ver. Latino-am Enfermagem 2006 maio-junho; 14(3): 346-53.

30- Marziale MH, Rodrigues C M. A produção científica sobre os acidentes de trabalho com material perfuro cortante entre os trabalhadores de enfermagem. Rev. Latino-am Enfermagem, jul/agosto 2002, vol 10, nº 4, p.571-577. ISSN 0104-1169.

31- Hospital do Câncer II (HCII).

<http://www.inca.gov.br/>.

(acessado em 18/10/2006).

32- Instituto Nacional de Câncer - Acreditação Hospitalar.

www.inca.gov.br

(acessado em 22/01/2007).

33-Nunes SSMT. Proposta de rotinas fiscalizadoras para centro cirúrgico e unidade de tratamento intensivo [Dissertação de Mestrado]. Santa Catarina: Universidade Federal de Santa Catarina; Março/2003.

www.tese.ufsc.br/teses/PEEL0834.pdf

(acessado em 22/01/2008).

34-Princípios de Técnica Cirúrgica – Centro Cirúrgico;
http://www.unimes.br/aulas/MEDICINA/aulas2005/1ano/Procedimentos_basicos_em..

[acessado](#) em 18/10/2006).

35- Centro de Material e Esterilização – (CME). Jornada Científica de Enfermagem Perioperatória e de Centro de Material e Esterilização. 22 de outubro de 2006.

<http://www.sobecc.org.br/info.htm>

(acessado em 18/10/2006).

36- Otenio MH, Cremer E, Claro EMT. Intensidade de ruído em hospital de 222 leitos na 18º Regional de Saúde – PR. Revista Brasileira de Otorrinolaringologia. 3499 – vol.73/ Edição 2/ Período : março-abril de 2007. ISSN 1806-9312.

http://www.rborl.org.br/conteudo/acervo/print_acervo.asp?id=3499

(acessado em 26/04/2008).

37- Afonso MSM, Silvaesouza AC, Tipple AF e colabs. **Condicionamento de ar em salas de operação e controle de infecção – uma revisão.** Revista eletrônica de Enfermagem, v. 08, n. 01, p. 134-143, 2006

http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_1/revisao_01.htm

(acessado em 28/03/2008).

38-Conselho Federal de Medicina. Código de ética médica - 2007.

www.portalmedico.org.br

(acessado em 22/01/2007).

39- Minayo MCS. O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.- 9 ed. Revista e aprimorada- São Paulo: Hucitec, 2006

40-Constituição Brasileira.

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituição

(acessado em 22-01-2007).

41-Conselho Federal de Medicina. Código de ética médica - 2007.

www.portalmedico.org.br

(acessado em 22/01/2007).

42- Rego S, Palácios M. A finitude humana e a saúde pública. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(8) : 1755-1760, agosto 2006. ISSN: 0102311X.

www.scielosp.org/scielo.php?script=sci

(acessado em 23/01/2007).

ANEXO

TERMO DE CONSENTIMENTO

Prezado senhor(a),

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa: **ACIDENTES DE TRABALHO NO CENTRO CIRÚRGICO DO INCA- HCII**. Esta pesquisa está sendo realizada por Regina Célia Rodrigues Canedo como parte de meu projeto de Mestrado em Saúde Pública, pela Escola Nacional de Saúde Pública. A pesquisa tem como objetivos, identificar os tipos de acidentes de trabalho que ocorrem no centro cirúrgico, assim como quantificá-los, delimitando um perfil epidemiológico e os fatores condicionantes para a ocorrência dos mesmos. A pesquisa pretende, também, determinar as prováveis causas que contribuem para a ocorrência destes acidentes, através do conhecimento sobre o processo de trabalho de cada profissional de saúde que atua no setor.

Através desta pesquisa poderemos determinar os condicionantes dos acidentes e elaborar estratégias que visem minimizar os riscos, os danos e estratégias de prevenção para os diversos tipos de acidentes. Sua participação consistirá em responder à este roteiro cujas respostas serão contabilizadas e posteriormente publicadas, mas com a garantia do anonimato. Queremos também enfatizar que sua participação é voluntária, podendo se recusar a responder quaisquer perguntas do roteiro e a sair do estudo em qualquer momento que desejar, e sem nenhuma repercussão atual ou futura, pela instituição.

Após a conclusão do trabalho de campo, os dados serão analisados e publicados na literatura especializada, com ampla divulgação. Sua participação é de fundamental importância pois permitirá às autoridades competentes conhecer melhor o seu processo de trabalho, assim como adquirir ferramentas para melhorá-lo.

Caso apresente alguma dúvida pedimos que esclareça conosco (reginacanedo@globocom) ou através dos telefones 25128539 ou 88844238.

Escola Nacional de Saúde Pública:

Rua Leopoldo Bulhões , 1480 sala 31 - Manguinhos, RJ 21041-210

Tel: 21- 25982863

E-mail: cep@ensp.fiocruz.br

Home Page: <http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

Regina Célia Rodrigues Canedo

Pesquisadora

Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ/INCA

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro que li as informações acima sobre a pesquisa, tendo sido perfeitamente esclarecido sobre o conteúdo da mesma, assim como seus riscos e benefícios. Declaro ainda que, por minha livre vontade, aceito participar da pesquisa cooperando com a coleta de dados.

RJ, ____/____/____

Assinatura do entrevistado

CONVITE

Você está sendo convidado à participar de uma pesquisa sobre acidentes de trabalho que ocorrem no centro cirúrgico do HCII. Esta pesquisa têm como objetivos principais identificar e quantificar os tipos de acidentes de trabalho que ocorrem no centro cirúrgico, suas notificações, e as possíveis causas das não-notificações.

A pesquisadora responsável é Regina Célia Rodrigues Canedo, que é aluna do mestrado em Saúde Pública pela FIOCRUZ, sendo esta pesquisa parte de seu projeto de mestrado.

Você não é obrigado a participar desta pesquisa. Entretanto sua contribuição é muito importante para compreendermos os acidentes que ocorrem no centro cirúrgico e, assim, podermos tomar medidas que venham à minimizá-los.

Você deseja participar?

SIM

NÃO

QUESTIONÁRIO

ACIDENTES DE TRABALHO NO CENTRO CIRÚRGICO DO HOSPITAL DE CÂNCER - INCA - HCII

1-IDADE :

- MENOS DE 20
- DE 21 À 30
- DE 31 À 40
- DE 41 À 50
- MAIS DE 50

2-SEXO:

- FEMININO
- MASCULINO

1- ESTADO CIVIL

- CASADO
- SOLTEIRO
- SEPARADO
- OUTROS

4-NÍVEL DE ESCOLARIDADE: -----

5- FUNÇÃO QUE OCUPA -----

6-TEMPO DE TRABALHO NA FUNÇÃO-----

7-TEMPO DE TRABALHO NO CENTRO CIRÚRGICO DO HCII , NESTA FUNÇÃO

- MENOS DE 1 ANO
- DE 2 À 5 ANOS
- 5 ANOS À 10 ANOS
- MAIS DE 10 ANOS

8 -TURNO DE TRABALHO:

- MANHÃ
- TARDE
- NOITE
- PLANTÃO – ESPECIFICAR-----

9- VOCÊ TRABALHA EM ALGUM OUTRO LUGAR?

- SIM
- NÃO

10-QUANTOS MAIS?

- UM
- MAIS DE UM

1- NA MESMA FUNÇÃO?

- SIM
- NÃO

12- VÍNCULO EMPREGATÍCIO NO INCA:

- MINISTÉRIO DA SAÚDE
- MINISTÉRIO DA SAÚDE - PROVISÓRIO
- FAF
- FAF PROVISÓRIO
- TERCEIRIZADO

13- VOCÊ RECEBEU ALGUM TREINAMENTO PARA TRABALHAR NO CENTRO CIRÚRGICO DO HCII?

- SIM
- NÃO

14- QUAL?-----

15- VOCÊ RECEBEU TREINAMENTO REGULAR ESPORÁDICO APÓS A ENTRADA?

- SIM
- NÃO

16- QUAL A PERIODICIDADE DO TREINAMENTO?-----

17-QUE TIPOS DE ACIDENTE DE TRABALHO VOCÊ JÁ SOFREU?

A- CONTUSÃO (BATIDA)

- SIM UMA VEZ MAIS DE UMA VEZ

EM QUE?-----

- NÃO

B- ESCORREGÃO

- SIM UMA VEZ MAIS DE UMA VEZ

EM QUE LOCAL-----

- NÃO

C- TROPEÇÃO

() SIM () UMA VEZ () MAIS DE UMA VEZ

EM QUE LOCAL?-----

() NÃO

D- PERFURO-CORTANTE

() SIM () UMA VEZ () MAIS DE UMA VEZ

QUAL O TIPO DE MATERIAL?

() AGULHA

() AMPOLA

() BISTURI

() OUTROS -----

() NÃO

E- RESPINGO DE SANGUE OU FLUIDOS

() SIM () UMA VEZ () MAIS DE UMA VEZ

() NÃO

F- RESPINGO DE SOLUÇÕES QUÍMICAS

() SIM () UMA VEZ () MAIS DE UMA VEZ

QUAIS SOLUÇÕES?-----

() NÃO

G- INALAÇÃO DE SUBSTÂNCIA QUÍMICA

() SIM () UMA VEZ () MAIS DE UMA VEZ

QUAL?-----

() NÃO

H- QUEIMADURA

() SIM () UMA VEZ () MAIS DE UMA VEZ

COM QUE?-----

() NÃO

I- CHOQUE

() SIM () UMA VEZ () MAIS DE UMA VEZ

COM QUE?-----

() NÃO

J- QUEDA DE ALGUMA COISA EM VOCÊ

() SIM () UMA VEZ () MAIS DE UMA VEZ

O QUÊ?-----

() NÃO

L- OUTROS-----

18- O HOSPITAL TE FORNECE EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (EPI)?

() SIM
() NÃO

19- VOCE USA EPI?

() SEMPRE
() AS VEZES
() NUNCA

20- POR QUE?

() NÃO GOSTO
() ATRAPALHA NA EXECUÇÃO DE MEU TRABALHO
() TENHO ALERGIA À ALGUNS DELES

21- TODOS OS ACIDENTES QUE VOCE SOFREU FORAM NOTIFICADOS?

() SIM
() NÃO

22- QUAL ACIDENTE FOI NOTIFICADO?-----

23- POR QUÊ VOCÊ NÃO NOTIFICOU TODOS OS ACIDENTES?

() NÃO HOUVE LESÃO IMPORTANTE
() NÃO CORRI RISCO DE VIDA
() NÃO PRECISEI DE AFASTAMENTO
() NÃO TIVE TEMPO
() MUITA BUROCRACIA
() NÃO QUIS
() NÃO FUI LIBERADO DE MINHAS ATIVIDADES PARA FAZER A NOTIFICAÇÃO

24- VOCÊ JÁ SE SENTIU INTIMIDADO OU CONSTRANGIDO ALGUMA VEZ, POR SEU SUPERIOR OU COLEGA?

() SIM () UMA VEZ () MAIS DE UMA VEZ
() NÃO

25- VOCÊ GOSTA DO SEU TRABALHO?

- SIM
- NÃO

26- O QUE INCOMODA VOCÊ NO SEU TRABALHO?

- TEMPERATURA
- BARULHO ----- TELEFONE CONVERSA ABERTURA DE MATERIAIS
- SOBRECARGA DE TRABALHO
- ESPAÇO FÍSICO PEQUENO
- FALTA DE AUTONOMIA AMPLA
- DISPOSIÇÃO DOS APARELHOS
- RELAÇÃO ENTRE OS COLEGAS
- RELAÇÃO COM A CHEFIA
- OUTROS ----- EXEMPLIFIQUE:-----

Anexo – nota 1 :

Lei de número 5185:

Art. 1º - Fica determinado que, no Estado do Rio de Janeiro, os hospitais, clínicas públicas e privadas, bem como estabelecimentos afins, utilizarão em seus procedimentos seringas com agulha retrátil para evitar acidentes e contaminações.

Art. 2º - São consideradas seringas de agulha retrátil àquelas produzidas de maneira tal a acoplar suas agulhas dentro êmbolo ao final de cada utilização, contando ainda com a necessidade de colocação das mesmas em lixo especial ou demais destinações.

Art. 3º - Os estabelecimentos deverão, ao prazo de um ano, se adaptarem à nova regra, sendo respeitados os estoques quando da renovação e/ou licitações.

Art. 4º - Ficarão à cargo do Poder Executivo a fiscalização, o controle e aplicação de multas nos estabelecimentos determinados no art.1º.

Art. 5º - O não cumprimento desta Lei implicará em multa de 1000(mil) UFIRs.

Art. 6º - Esta lei entrará em vigor na data de sua publicação.