

MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA

CENTRO DE ESTUDOS DE SAÚDE DO TRABALHADOR E
ECOLOGIA HUMANA
SUBÁREA: SAÚDE, TRABALHO E AMBIENTE

**ACIDENTE DE TRABALHO COM MATERIAL
BIOLÓGICO EM TRABALHADORES DA EQUIPE DE
ENFERMAGEM DO CENTRO DE PESQUISAS HOSPITAL
EVANDRO CHAGAS – *um olhar da saúde do trabalhador.***

Daphne Braga

Dissertação de mestrado submetida à Escola Nacional de
Saúde Pública (ENSP), como parte dos requisitos necessários
para a obtenção do grau de mestre em Ciências

(Área Saúde Pública)

Rio de Janeiro, Maio de 2000.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
CENTRO DE ESTUDOS DE SAÚDE DO TRABALHADOR E
ECOLOGIA HUMANA

ACIDENTE DE TRABALHO COM MATERIAL
BIOLÓGICO EM TRABALHADORES DA EQUIPE DE
ENFERMAGEM DO CENTRO DE PESQUISAS HOSPITAL
EVANDRO CHAGAS – *um olhar da saúde do trabalhador.*

Daphne Braga

Banca Examinadora

Efetivos:

Dr^a Marilena Cordeiro Dias Villela Corrêa (Orientadora)

Dr^a Marizete Pereira da Silva

Dr Jorge Mesquita Huet Machado

Suplentes:

Dr^a Jussara Cruz de Brito

Dr André Rangel Rios

Rio de Janeiro, Maio de 2000.

Este trabalho foi realizado no Centro de Pesquisas Hospital Evandro Chagas (CPqHEC), com auxílio financeiro da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e da Fundação Oswaldo Cruz

AGRADECIMENTOS

Ao meu pai e a Aurea, e aos meus irmãos pelo incentivo e apoio.

A minha mãe, minha eterna professora.

A Maria Helena, grande amiga que sempre teve palavras positivas nas horas mais difíceis.

A Terezinha Ramos, pelo incentivo desde a graduação.

A minha tia querida Elvira, pela força em todos os momentos.

A minha amiga Marilda, por sempre falar o certo na hora certa.

Ao André, por sempre caminhar ao meu lado, inclusive nos momentos mais difíceis.

A minha orientadora, Dr^a Marilena Corrêa, pela difícil tarefa em orientar o presente trabalho.

Ao Professor Jorge Machado pela difícil missão de apresentar o campo da pesquisa em hospital.

Aos Professores Carlos Minayo, Jussara Brito e Ary Miranda, pelas infinitas contribuições durante o curso de mestrado.

Aos Professores Francisco Duarte e Mário Vidal, pelas discussões sobre Ergonomia Contemporânea.

A amiga Cláudia Osório, pelas discussões sobre trabalho em hospital.

Aos meus colegas de turma: Ana Silvia, Bernadete, Carlos, Clara, Fred, Gláucia, Luiz Carlos, Paulo e Roberto.

A enfermeira Suely Lages pelo empurrão inicial.

Ao Antenor e a Denise pelo apoio de todos os dias de trabalho.

A Dr^a Keyla, pelo incentivo a pesquisa no CPqHEC.

A Dr^a Marizete por aceitar compor a banca examinadora e por colocar-se sempre receptiva quando precisei.

A Lúcia, secretária da Direção do CPqHEC.

A Ana Paula, secretária do serviço de enfermagem do CPqHEC, pelo apoio na confecção dos dados.

Este trabalho é dedicado a todos os trabalhadores da
equipe de enfermagem do Centro de Pesquisas Hospital
Evandro Chagas – FIOCRUZ.

" O método é a alma da teoria"
Lênin, 1965

RESUMO

Este trabalho tem por objetivo abordar os acidentes com material biológico, ocorridos entre os trabalhadores de enfermagem do Centro de Pesquisas Hospital Evandro Chagas. Ao resgatar a história do hospital, desde sua origem até a sua atualidade, observamos que muitas mudanças ocorreram, não excluindo, no entanto, o acidente do ambiente hospitalar. Desde que existe trabalho existe acidente, seja no hospital ou em outro ambiente.

O enfoque do acidente de trabalho em hospital dirigiu-se especificamente aos dois acidentes mais freqüentes: aqueles que ocorrem no momento do descarte após algum procedimento com material perfuro-cortante e, também, aos acidentes decorrentes do procedimento de punção venosa.

Graças às contribuições teórico-metodológicas das Ciências Sociais e da Ergonomia Francesa ou Contemporânea, em contrapartida às abordagens clássicas de análises dos acidentes de trabalho oriundas da Engenharia de Segurança do Trabalho e da Psicologia Clássicas, tornou-se possível instrumentalizar o olhar de forma diferenciada, já que estas últimas, segundo a abordagem privilegiada neste estudo, ou seja a Saúde do Trabalhador, não fornecem subsídios adequados para a análise dos acidentes de trabalho porque não abordam o acidente como fruto das relações sociais do trabalho.

Finalmente, durante o desenvolvimento da pesquisa de campo constatamos, através de um formulário auto-aplicável, que a maior demanda dos trabalhadores de enfermagem do referido hospital volta-se à realização de um programa de treinamento no próprio local de trabalho, a ser implementado pelos próprios trabalhadores do CpqHEC.

ABSTRACT

This study aims to analyse the work accident with biological material in workers of the Research Center Evandro Chagas Hospital. Many changes occurred in hospital's history, since its origins till nowadays, but the accident in hospital environment remains.

Two main types of accidents are analysed: ones which occur at the moment of discard after procedures with cutting-edge material, and accidents that occur during punctions.

By virtue's contributions of the Social Sciences and the Contemporary French Ergonomics in opposite of the classical analysis of work accident, based in the Safety Engineering and Psychology we could show a different way to analyse the work accident with biological material. For the Classical analysis, the accidents are not resulted of social relations of work.

Finally, during research we obtained , through auto-applied questionnaire that the workers principal claim in this hospital, was an especific training in their own workplace.

SUMÁRIO

	Pág.
Apresentação	1
1 - O Objeto de estudo – o acidente de trabalho com material biológico	5
1.2 - Objetivos	9
1.2.1 - Geral	9
1.2.2 - Específicos	9
1.3 - A Pesquisa-ação no CPqHEC e outros aspectos metodológicos	9
1.3.1 - Algumas considerações teórico-metodológicas sobre o desenvolvimento do estudo	10
1.3.2 - Os participantes do estudo	13
1.3.3 - Recolhendo informações	14
2 - O Hospital como campo de estudo	16
2.1 - O Hospital: ontem e hoje	17
3 - O Acidente de trabalho	28
3.1 - Acidente de trabalho: um breve histórico	29
3.2 - Acidente de trabalho: concepções e dados	30

3.3 - A Contribuição da ergonomia francesa às análises dos acidentes	32
3.4 - A Contribuição das ciências sociais às análises dos acidentes de trabalho: um caminho a interdisciplinaridade em saúde do trabalhador	36
4 - A Etnografia do Centro de Pesquisas Hospital Evandro Chagas	40
4.1 - Caracterização do trabalho de enfermagem: um breve histórico	44
4.2 - O Processo e a organização do trabalho de enfermagem	45
4.3 - O Processo e a organização do trabalho de enfermagem no CPqHEC	51
5 - Descrição do acidente de trabalho com material biológico no CPqHEC	55
5.1 - Considerações	56
5.2 - Caracterização da população estudada	56
5.3 - Distribuição da jornada de trabalho dos trabalhadores avaliados da equipe de enfermagem do CPqHEC	57
5.4 - Distribuição dos trabalhadores avaliados que exercem outra atividade fora do CPqHEC	57
5.5 - Distribuição dos trabalhadores que se acidentaram no CPqHEC	57
5.6 - Distribuição dos tipos de acidentes mais freqüentes no hospital avaliado	57
5.7 - Distribuição da notificação dos acidentes com material biológico no CPqHEC entre os anos de 1995 e 1998	58

5.8 - O processo de análise dos dados	62
5.9 - Análise dos resultados	62
6 - Algumas considerações finais	65
7 - Referências bibliográficas	67
8 - Anexos	71

Apresentação

O objeto de estudo desta dissertação de mestrado é o evento *acidente de trabalho com material biológico no CPqHEC* – Centro de Pesquisas Hospital Evandro Chagas, tal como acontece na realidade do *trabalho hospitalar* mas, também, tal como o *acidente* é focado através de uma abordagem privilegiada no Grupo de Pesquisas – *Trabalho e Modos de Vida no Hospital*. O grupo é constituído por pesquisadores ligados à Coordenação de Saúde do Trabalhador da Fundação Oswaldo Cruz (CST/FIOCURZ) e ao Centro de Estudos em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana (CESTEH) da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ).

Assim sendo, o interesse pelo tema advém da inserção em abril de 1998, no *Grupo Trabalho e Modos de Vida no Hospital*. O foco central de discussão do grupo é o *hospital e o trabalho hospitalar*, em particular o caso do Centro de Pesquisas Hospital Evandro Chagas (CPqHEC). Coordenado pelos professores Jorge Mesquita Huet Machado e Marilena Cordeiro Dias Villela Corrêa, foram discutidos temas como: *acidentes de trabalho com material biológico, subjetividade e trabalho, a produção científica no hospital e cultura hospitalar*, entre outros ligados às pesquisas dos diversos membros do grupo.

Decidir um ponto de partida com vistas a encontrarmos um objeto de estudo, ou até mesmo um ator principal, foi uma tarefa extremamente difícil. Não sabíamos que categoria de trabalhadores iríamos estudar, qual o local do hospital mais indicado para as observações iniciais, enfim, perguntas e mais perguntas não paravam de surgir, enquanto pensávamos na escolha do método. A palavra metodologia parecia definir tudo e, não conseguíamos ter muita clareza do instrumental metodológico que utilizaríamos para nortear este trabalho.

O campo de estudo havia sido previamente definido pela orientadora – Centro de Pesquisas Hospital Evandro Chagas (CPqHEC) - logo, precisávamos nos aproximar deste campo, pois não tínhamos familiaridade com o mesmo. Passamos, então, a freqüentá-lo quase que diariamente. Nos apresentamos aos chefes de serviço e iniciamos um relacionamento com aqueles que ali

trabalham e convivem. A direção do hospital havia nos dado carta branca para a realização da pesquisa. Todos os trabalhadores do hospital se colocaram a disposição para o que fosse necessário.

Faz-se necessário também esclarecer que realizamos alguns recortes no que se refere a escolha do grupo de trabalhadores abordado, como também o local de trabalho (posto de trabalho) onde desenvolveu-se toda a coleta de dados empíricos.

O trabalho de campo foi, então, iniciado em maio de 1998 tendo sido escolhida a *área de internação* para o início das observações, ainda que por outros critérios, novos locais poderiam vir a ser definidos. Ou seja, somente a real observação e a interação no CPqHEC poderiam selar ou alterar essa escolha. Tínhamos naquele primeiro momento clareza de nosso objeto: o *acidente de trabalho*, a orientar e analisar. Não estavam ainda definidos se todos os acidentes seriam destacados nesta pesquisa, nem se haveria ênfase sobre alguma categoria de trabalhador. Ou seja, iniciávamos aquilo que caracteriza uma *observação em metodologia antropológica clássica, ou seja, uma observação do trabalhador em atividade*.

Sendo assim, andar pelo hospital nos levou a conhecer o campo, os que lá trabalhavam, conversar com os enfermeiros, médicos, assistentes sociais, enfim, entrar em contato e estabelecer trocas entre nós, pesquisadores e estes profissionais do hospital. Por um período de seis semanas freqüentamos o hospital, em horários diferenciados, quando tivemos oportunidade de participar de reuniões de equipe do centro de estudos e de outros eventos promovidos pelo hospital.

O CPqHEC, embora pequeno (na época em que iniciamos a pesquisa só estavam disponíveis 12 leitos para internação, em função das reformas pelas quais o hospital passava), tem, hoje, uma área de internação que comporta 30 pacientes. A obra da área de internação terminou cerca de dois meses após o início da pesquisa de campo.

Ainda nessa etapa inicial, a observação foi completada por uma entrevista de caráter informativo com a Dr.^a Keyla B. F. Marzochi, onde objetivamos conhecer um pouco mais sobre a história do Centro de Pesquisas Hospital Evandro Chagas. Esta entrevista foi conduzida pela Dr.^a Marilena Corrêa e mostrou-se bastante produtiva no sentido de impulsionar o trabalho de observação já que obtivemos informações sobre a história do CPqHEC, suas transformações no tempo, os tipos e a importância das doenças ali pesquisadas, a relação entre ensino, pesquisa e tratamento que caracteriza o hospital, entre outras questões.

Ao final da entrevista, a Dr.^a Keyla nos indicou a enfermeira Suely Pereira Lages, do setor de internação do hospital. Lages estava fazendo o curso de especialização em enfermagem nas doenças infecciosas no CPqHEC e tinha escolhido para a monografia o tema de acidentes com material biológico de portadores de HIV/AIDS em trabalhadores da internação do hospital no período de 1995 a 1998.

O trabalho de Suely Lages foi um estímulo a mais na delimitação de nosso objeto de estudo. Ficou decidido também que *o local de observação dos acidentes seria a área de internação* porque o grupo de trabalhadores que focalizaríamos na dissertação seria *a equipe de enfermagem – enfermeiros e técnicos de enfermagem*. (O CPqHEC não possui auxiliares de enfermagem). O trabalho de Lages sobre o número de acidentes com material biológico neste grupo de trabalhadores, em especial e, principalmente, a subnotificação deste tipo de acidente nos motivou a aprofundar o estudo do problema.

Dessa forma, dividimos o texto em cinco capítulos onde abordamos o acidente no ambiente hospitalar, a partir da observação do cotidiano da equipe de enfermagem do hospital escolhido como campo. No primeiro capítulo, o tema *acidentes com material biológico* é apresentado, de forma resumida, onde também expomos os objetivos deste trabalho. Descrevemos a população que participou do estudo e apresentamos algumas considerações teórico-metodológicas que escolhemos seguir. O segundo capítulo busca expor o hospital como campo de estudo. Observou-se desde a origem do hospital até o

hospital contemporâneo, quando a cura e o tratamento passam a ser vistos como missão do hospital. No terceiro capítulo *as contribuições das ciências sociais e da ergonomia contemporânea* são abordadas, de forma a mostrar que o evento acidente necessita de uma análise interdisciplinar. No quarto capítulo caracterizamos o trabalho de enfermagem, tendo como referência o hospital escolhido como campo de estudo. No quinto capítulo, finalmente, analisamos os dados coletados a partir do formulário auto-aplicável que serviu de base para a construção do que convencionamos chamar de *descrição do acidente de trabalho no hospital ou acidente típico em hospital*.

Capítulo I - O Objeto de estudo

"A classificação dos escritos em materiais e instrumentos só pode ser feita a partir da situação de trabalho, até porque, como acontece em qualquer processo de trabalho, um valor de uso pode ser considerado matéria-prima, meio de trabalho ou produto, dependendo inteiramente da sua função no processo de trabalho, da posição que nele ocupa".

Vera Feitosa, 1996.

1. O Objeto de Estudo – o acidente de trabalho com material biológico

Este capítulo tem como objetivo apresentar o tema desta dissertação – *acidentes de trabalho com material biológico* – e, também, algumas considerações teórico-metodológicas seguidas no desenvolvimento do estudo. Também buscamos mostrar como o acidente com material biológico deve ser tratado, a partir de informações do Manual de Condutas em Acidentes com Material Biológico, confeccionado pelo Ministério da Saúde. Finalmente, destacamos dois tipos de acidentes com material perfuro-cortante, que avaliamos no quinto capítulo deste trabalho.

A literatura mundial faz referência a aproximadamente 6000 casos de infecção acidental em trabalhadores de hospital, envolvendo 100 diferentes tipos de agentes de risco biológico. No entanto, no Brasil, são praticamente inexistentes dados relativos a acidentes e infecções associados ao trabalho em laboratórios e hospitais. Os dados disponíveis referem-se aos casos ocorridos em outros países, principalmente nos Estados Unidos. (Sukin&Pike, 1951); (Sullivan & Songer, 1978); (National Studies of Health, 1974). Podemos afirmar que a subnotificação dos acidentes no Brasil dificulta em demasia o aumento de pesquisas sobre o assunto e, principalmente, ações sobre o problema.

Assim sendo, o cenário do acidente de trabalho no ambiente hospitalar sofreu, nos últimos anos mudanças significativas com o surgimento da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), uma vez que a possibilidade de transmissão dessa doença por via ocupacional ganhou visibilidade com o avanço da epidemia.

Neste sentido, a atenção dos trabalhadores da saúde para o risco de contaminação com o vírus da AIDS, se deu a partir do primeiro caso comprovado de contaminação ocorrido em um hospital da Inglaterra em 1984 (Teixeira&Valle, 1996).

Muito embora a AIDS ocupacional seja um fato concreto, seu risco de contaminação acidental após exposição percutânea é de aproximadamente 0,3%, enquanto a probabilidade de se adquirir hepatite B é significativamente maior, podendo atingir até 40% dos casos. Para o vírus da hepatite C, o risco varia entre 2% e 10% (Rapparini, 1998).

Os acidentes de trabalho com sangue e outros fluidos potencialmente contaminados devem ser tratados como emergência médica, uma vez que para atingir maior eficácia, as intervenções para a profilaxia da infecção do HIV e da hepatite B, necessitam ser iniciadas logo após a ocorrência do acidente. No entanto, é importante ressaltar que as medidas pós-exposição não são totalmente eficazes, sendo necessário manter ações educativas permanentes, tal como relata Rapparini (1998).

As precauções universais, atualmente denominadas de *precauções básicas*, foram instituídas com base no princípio de que todo paciente deve ser considerado como potencialmente infectado, independente do diagnóstico definido ou presumido de doença infecciosa. Tratam-se de medidas que devem ser utilizadas na manipulação de sangue, secreções e excreções, assim como no contato com mucosas e pele com áreas de integridade comprometida. Incluem recomendações sobre o uso de equipamentos de proteção individual (luvas, gorros, óculos, capotes) com a finalidade de reduzir a exposição do trabalhador da saúde ao sangue ou fluidos corpóreos, e cuidados específicos na manipulação e descarte de materiais perfuro-cortantes.

O Ministério da Saúde recomenda, em caso de exposição percutânea ou cutânea, à lavagem exaustiva com água e sabão ou solução antisséptica degermante (PVP-iodo ou clorexidina). No caso de exposição em mucosas, é recomendada a lavagem exaustiva com água ou solução fisiológica (Manual de Condutas em Acidentes com Material Biológico, 1997).

As medidas específicas de quimioprofilaxia para o HIV concentram-se, em sua maioria na associação entre 2 ou 3 medicamentos, como AZT, 3TC e Indinavir / Nelfinavir, apesar de só existirem estudos comprovando o

efeito benéfico do AZT. No entanto, a indicação do uso de anti-retrovirais deverá ser baseada em função do tipo de acidente ocorrido. No caso de possibilidade de o paciente-fonte possuir o vírus do HIV, o uso de Indinavir ou Nelfinavir deverá ser priorizado (Ministério da Saúde, 1997).

A quimioprofilaxia deverá ser iniciada dentro de 1 ou 2 horas após o acidente. Alguns estudos têm mostrado benefício na profilaxia quando introduzida em até 24 ou 48 horas após o acidente. O início da medicação pode ser recomendado até 1 ou 2 semanas após acidentes graves (Ministério da Saúde, 1997).

Quando a condição sorológica do paciente-fonte não é conhecida, o uso de quimioprofilaxia deve ser decidida em função da possibilidade de infecção pelo HIV deste paciente. Quando indicada, a quimioprofilaxia deve ser iniciada e reavaliada a sua manutenção de acordo com o resultado da sorologia do paciente-fonte.

Para a prevenção de hepatite B, existem disponíveis, a vacina e a gamaglobulina hiperimune.

Quanto a Hepatite C, não existe intervenção específica para prevenir a transmissão do vírus após o acidente de trabalho.

Os critérios de gravidade na avaliação do risco do acidente relacionam-se diretamente com a quantidade de vírus presente no paciente-fonte e, o volume de material biológico. São considerados acidentes graves aqueles que:

- envolvem o paciente-fonte com AIDS em estágios avançados da doença ou com infecção aguda pelo HIV (viremias elevadas);
- lesões profundas provocadas por material perfuro-cortante;
- presença de sangue visível no dispositivo invasivo;

-agulhas previamente utilizadas em veia ou artéria do paciente-fonte (ex: flebotomias ou gasometrias), dentre outros decorrentes de exposição de áreas cutâneo-mucosas (Ministério da Saúde, 1997).

Neste estudo foram analisados especificamente os acidentes decorrentes de punção venosa e aqueles ocorridos ao descartar o material perfuro-cortante. Destacamos esses dois tipos de acidentes, a partir da demanda identificada no trabalho citado de Lages (1998). Os dois tipos de acidentes supracitados foram os que mais ocorreram no período de 1995 a 1998, na equipe de enfermagem do CPqHEC.

1.2 Objetivos

1.2.1 Geral

Conhecer o perfil dos trabalhadores que se acidentaram com material biológico, estabelecendo relações com as variáveis exploradas no formulário auto-aplicável, utilizando princípios teórico-metodológicos da pesquisa-social e da ergonomia contemporânea.

1.2.2 Específicos

Conhecer as características do processo e da organização do trabalho da equipe de enfermagem tendo como objetivo identificar o acidente típico em hospital.

Apontar para o desenvolvimento de uma metodologia de avaliação do acidente típico em hospital, tomando como recorte privilegiado o processo e a organização do trabalho, estimulando assim, os trabalhadores a discutirem os caminhos para a prevenção do acidente com material biológico.

1.3 A Pesquisa-Ação no CpqHec e outros aspectos metodológicos

Neste item, abordamos, sobretudo o caminho que trilhamos, nestes dois anos de pesquisa na *área de internação* do Centro de Pesquisas Hospital Evandro Chagas, no período de abril de 1998 a março de 2000.

Para facilitar a compreensão, o item foi dividido em duas partes: a primeira de caráter teórico, porém elucidativo quanto ao método escolhido para nortear o estudo. A segunda parte, de caráter prático, onde estão relatadas as etapas do processo de desenvolvimento do trabalho de campo.

Ao iniciar a pesquisa, desejávamos construir um *desenho do acidente de trabalho com material biológico no CPqHEC*, sobretudo aqueles decorrentes da utilização de material perfuro-cortante, o que se manteve como um objetivo do estudo até a conclusão. Para isso fomos buscar contribuições das Ciências Sociais e da Ergonomia Contemporânea para as análises dos acidentes de trabalho no ambiente hospitalar, para podermos finalmente delinear o acidente típico em hospital.

É possível afirmar que este trabalho incorporou princípios teórico-metodológicos da pesquisa social. A pesquisa-ação é um tipo de investigação implicada neste estudo, que se relaciona com um posterior desdobramento, em parceria com os trabalhadores organizados do CPqHEC. Um exemplo de desdobramento de uma proposta como esta, vinculada por nosso trabalho seria o desenvolvimento de um projeto de treinamento dos trabalhadores da equipe de enfermagem a ser realizado no próprio local de trabalho, apontado como caminho para a prevenção do acidente com material biológico, pelo próprios trabalhadores.

1.3.1 Algumas considerações teórico-metodológicas sobre o desenvolvimento do estudo.

Cecília Minayo (1996) entende por metodologia em ciências sociais a escolha do caminho e instrumental próprios da abordagem da realidade.

“(...) é o conjunto de técnicas que possibilitam a apreensão da realidade e também o potencial criativo do pesquisador” (Cecília Minayo, 1996:22).

Thiollent define *pesquisa-ação* como:

“(...) um tipo de investigação social com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo” Thiollent (1994:15).

Thiollent relata ainda que o objetivo da *pesquisa-ação* consiste em resolver ou, pelo menos, em esclarecer os problemas da situação observada. Outra característica desta metodologia é que o *pesquisador procura ter uma atitude de elucidação dos aspectos das situações apresentadas, sem imposição unilateral de suas concepções próprias* (Thiollent, 1994).

Tendo em vista a opção metodológica que optamos seguir neste estudo, caracterizamos, o campo de estudo. Entendemos por *campo, na pesquisa qualitativa*, o recorte espacial e teórico correspondente ao objeto a ser investigado.

Cecília Minayo afirma que:

“a pesquisa social trabalha com gente, com atores sociais em relação, com grupos específicos. Esses sujeitos de investigação, primeiramente, são constituídos teoricamente enquanto componentes do objeto de estudos. No campo, fazem parte de uma relação de intersubjetividade, de interação social com o pesquisador, daí resultando um produto novo e confrontante tanto com a realidade concreta como com as hipóteses e pressupostos

teóricos, num processo mais amplo de construção de conhecimentos” (Cecília Minayo, 1996:105).

Ressaltamos ainda, a partir da autora supracitada, que o trabalho de campo, em pesquisa qualitativa, constitui uma etapa essencial, que a rigor não poderia deixar de ser pensada sem ele.

“(…) cada vez que o cientista social retorna às fontes vivas de seu saber, àquilo que nele opera como um meio de compreender as formações culturais mais afastadas de si, faz filosofia espontaneamente” (Levi-Strauss, 1975:222 apud Minayo, 1996:106).

Tendo em vista tal caracterização do trabalho de campo, lembramos que, este estudo contribui para a análise do acidente de trabalho com material biológico, onde através do instrumental da *abordagem antropológica*, sobretudo a *etnografia*, buscamos compreender as particularidades deste evento complexo que é o acidente de trabalho no ambiente hospitalar.

Triviños, referindo-se especificamente aos estudos etnográficos que estão contidos na pesquisa qualitativa, ressalta as dificuldades desta abordagem:

“A tentativa de definir o que se entende por etnografia não é tarefa fácil. Em forma muito ampla podemos dizer que ela é o estudo da cultura. No entanto, não há nada mais complexo que desvendar os propósitos ocultos ou manifestos dos comportamentos dos indivíduos e das funções das instituições de determinada realidade cultural e social. Logo, a função do etnógrafo não é tanto estudar a pessoa, e sim aprender das pessoas” (Triviños, 1987:121).

Com uma perspectiva de superação da visão do acidente de trabalho de uma forma inespecífica e a-histórica, o estudo do acidente de trabalho no hospital decorrente da utilização de material perfuro-cortante conta também com a contribuição da ergonomia situada, como perspectiva teórico-metodológica, porque entendemos que *é preciso conhecer o trabalho para*

que se possa transformá-lo, tal como aponta o ergonomista Wisner (1994), ou seja, o saber do trabalhador da equipe de enfermagem foi priorizado nesse estudo. Através do instrumento do diário de campo colhemos informações no hospital que subsidiaram o estudo dos acidentes com material biológico, privilegiando o campo da *Saúde do Trabalhador*.

Embora saibamos que acidentes com material biológico não acontecem somente com enfermeiros ou técnicos de enfermagem nos limitamos a observar a rotina de trabalho da equipe de enfermagem, dada a relevância do problema apresentado e também ao limite a realização de uma dissertação de mestrado.

O objetivo maior desta análise consiste em não somente concluir que os acidentes fazem parte do cotidiano daqueles que trabalham, mas principalmente, apontar condições concretas que possam ser traduzidas como dispositivos de transformação das condições de trabalho, pelos trabalhadores da equipe de enfermagem.

O treinamento foi o caminho apontado pelos trabalhadores deste hospital, como sendo o meio resolutivo desse problema de saúde do trabalhador.

Entretanto, é preciso ter em mente que os acidentes não são eventos fortuitos ou até mesmo imprevistos. *São eventos complexos e que necessitam de intervenções complexas, onde não somente uma ou duas disciplinas possam compreendê-los em sua totalidade*. Em sua análise, utilizamos categorias como: *processo de trabalho e processo de trabalho em saúde*, categorias estas tidas como referências no *campo interdisciplinar da Saúde do Trabalhador*.

1.3.2 Os participantes do estudo

Foram considerados para esse estudo: enfermeiros com curso superior e técnicos de enfermagem, componentes da equipe de

enfermagem, do setor de internação do CPqHEC. A escolha deste grupo se deu em função da magnitude em termos do número de acidentes de trabalho com material biológico e de sua subnotificação, tal como já detectado por Lages (1998). O trabalho de Lages indica as dificuldades que a subnotificação impõe a coleta dos dados e as análises dos acidentes. Dos 19 acidentes analisados, somente 3 haviam sido notificados ao NUST (Núcleo de Saúde do Trabalhador), os demais foram analisados através de uma busca ativa pela referida autora, o que implica que os trabalhadores se lembrem da ocorrência do acidente.

1.3.3 Recolhendo Informações

O diário de campo foi um instrumento que nos guiou até o final deste estudo. Anotávamos tudo que víamos e ouvíamos: situações de trabalho; conversas sobre o trabalho, enfim todo tipo de informação que nos fizesse entender melhor a dinâmica do trabalho no hospital. Buscamos ouvir muito o que tinham a dizer sobre o trabalho no hospital e, principalmente, sobre o acidente com material biológico.

Neste processo de ligação ao hospital no qual passamos a ser conhecidos por todos os trabalhadores, principalmente pela equipe de enfermagem do setor de internação, contamos de forma bastante importante com a colaboração da enfermeira Suely Lages. De um modo geral, enfermeiros e técnicos de enfermagem foram sempre prestativos, quando precisávamos de ajuda para entender como se dava a divisão do trabalho na enfermagem.

A seguir, com base no trabalho citado de Lages (1998), foi elaborado um formulário auto-aplicável de coleta de dados. Solicitamos, então, aos trabalhadores da área de internação do CPqHEC, que o respondessem. Para isso o formulário foi deixado disponível, em uma pasta, no setor de internação. Explicávamos a finalidade do mesmo onde reforçávamos a questão do anonimato, ou seja de que não seria preciso colocar o nome. Achamos que poderíamos comprometer a análise dos dados, se

buscássemos identificar o trabalhador que tivesse se acidentado. Visávamos tipificar o acidente e não identificar quem havia se acidentado.

Quanto ao formulário, foi dividido em três blocos de perguntas. No primeiro, questões referentes aos dados pessoais como: cargo/ocupação, idade, sexo e escolaridade. No segundo, questões sobre os dados profissionais, como: data de ingresso no CPqHEC, jornada de trabalho e realização profissional. O terceiro bloco refere-se às questões vinculadas ao acidente de trabalho, que estão voltadas para a sistematização do saber do trabalhador sobre o evento acidente típico em hospital. Buscamos colher informações sobre a descrição do acidente, o tipo de exposição que originou o evento, o conhecimento dos trabalhadores sobre as precauções universais e a importância da notificação do acidente, seja ele de que tipo for. O formulário encontra-se em anexo, no final deste texto.

Capítulo II - O Hospital como campo de estudo

" A morte recuou e trocou a casa pelo hospital: está ausente no mundo familiar do dia a dia. O homem de hoje, como consequência de não a ver suficientes vezes de perto, esqueceu-a: ela tornou-se selvagem e, a despeito do aparelho científico que a envolve, perturba mais o hospital - lugar da razão e da ordem - do que o quarto da casa, sede do hábitos da vida cotidiana"

Philippe Ariès, 1975.

2. O Hospital como Campo de Estudo

Este item aborda a *organização e o processo de trabalho hospitalar*, no Centro de Pesquisas Hospital Evandro Chagas (CPqHEC), onde buscamos tipificar o acidente de trabalho com material biológico decorrente da utilização do instrumento perfuro-cortante.

Sendo assim, este capítulo tem como objetivo introduzir, mesmo que de forma resumida, a origem do hospital, as transformações pelas quais passou, as missões e características desde o seu nascimento, associado às funções de morredouro para pobres e isolamento para leprosos e loucos, até o modelo do hospital contemporâneo, destinado a cura e ao tratamento de doenças.

Ainda neste capítulo, destacamos alguns pontos que consideramos importantes: *trabalho em saúde e trabalho coletivo, fragmentação do trabalho hospitalar, trabalho feminino, acidente com material biológico e contaminação pelo HIV*.

2.1 O Hospital: ontem e hoje

Inicialmente, o hospital nasce como local de isolamento. Ele já existia na Grécia de Esculápio e na Roma Antiga, onde vários templos criados para homenagear esse sábio Deus serviam de abrigo aos pobres, velhos e enfermos. Na China, no Ceilão, no Egito, antes de Cristo, há registros de hospedarias, hospitais e hospícios, palavras com a mesma raiz latina, onde almas pias patrocinavam e cuidavam de peregrinos, crianças, velhos, vagabundos e doentes (Ribeiro, 1993).

Na Idade Média, o hospital adquire novos contornos e missões. Segundo Rosen, à época, o império islâmico tinha 34 hospitais com características semelhantes entre si e bastante distintas dos hospitais europeus. Estes últimos permaneciam com sua missão essencialmente

espiritual, dando atendimento religioso e socorrendo gratuitamente, os doentes e moribundos (Rosen, 1980; Ribeiro, 1993).

A Europa pós-renascimento vive transformações econômicas, políticas e sociais que constituem um novo reesquadrinhamento urbano. O comércio cresce e as cidades começam a atrair a população do campo. Esse movimento traz além de oportunidades de trabalho, problemas de saúde. Neste contexto, remodela-se o hospital. Este configura-se, inicialmente, como um morredouro, um espaço de controle e coerção dos desvalidos, onde a função principal é remetida à salvação da alma e não à cura (Oliveira, 1998). Neste momento, não é associado ao hospital, a função de cura, e nem mesmo a força de trabalho se faz presente de forma expressiva.

No século XVIII, a presença da Clínica no hospital faz deste o local de observação, acumulação, formação e transmissão do saber. A doença pôde ser pesquisada estudando-se os casos e estabelecendo-se correlações entre eles. Conta-se também, a generalização a toda a população dos fenômenos patológicos comuns. A doença era concebida como um fenômeno da natureza que se desenvolvia por uma ação particular do meio sobre o indivíduo. O principal alvo de intervenção não era o doente, mas o meio que o circundava. Em torno de cada doente era preciso constituir *“um pequeno meio espacial individualizado, específico, modificável segundo o doente, a doença e sua evolução”* (Foucault, 1996:108).

Somente no final do século XVIII o hospital torna-se um instrumento destinado a curar. Esta mudança é assinalada pela realização de visitas com a observação sistemática e comparada dos hospitais. Já nesta época o hospital é considerado *“um objeto complexo de que se conhece mal os efeitos e as conseqüências, que age sobre as doença e é capaz de agravá-las, multiplicá-las ou atenuá-las”* (Foucault, 1996:100).

Foucault (1996), destaca ainda, as viagens realizadas por Howard e Tenon pela Europa. Em seus relatos aparecem o número de doentes por hospital e sua relação com o número de leitos; as taxas de mortalidade e de

cura; descrições sobre a área física e sua forma de ocupação; as trajetórias seguidas pelos fluxos de roupas e lençóis utilizados, etc. Entre outras informações, aparece também uma pesquisa que correlaciona fenômenos patológicos e espaciais.

O modelo hospitalocêntrico de cura continua a crescer e, as guerras geradas pelas políticas expansionistas dos Estados absolutistas tornam os cirurgiões cada vez mais necessários, conferindo-lhes um crescente prestígio. É com a cirurgia que se desenvolveram técnicas de anestesia e antisepsia. Desde essa época, a infecção hospitalar é alvo de preocupações. *“Semmelweiss, em 1847, ao incriminar a infecção por contato através das mãos, recomendou insistentemente uma tecnologia singela: a lavagem das mãos”* (Ribeiro,1993:26).

O hospital que surge no século XVIII significa o início de uma mudança com a instituição hospitalar anterior onde o espaço, as rotinas, vão forjar-se em um outro sentido – o domínio do corpo e da cura dos sujeitos, inaugurando um certo rompimento com o hospital exclusão (Foucault, 1984).

O século XIX marca o nascimento da medicina moderna, quando a prática do saber médico se vincula à racionalidade científica. *“As descobertas em diversos campos das ciências da natureza como a biologia, anatomia, bacteriologia e outras disciplinas começam a afastar a medicina do seu empirismo e construir o hospital científico moderno”* (Ribeiro, 1993:25).

A doença deixa de ser concebida como forma de existência que invade o corpo e passa a ser percebida como decorrência de um processo com existência material nos componentes do próprio corpo:

“(...) firmou-se no pensamento médico a hegemonia do orgânico. A racionalidade científica na medicina estruturou a explicação dos fenômenos com base no estudo de mudanças morfológicas, orgânicas e estruturais” (Czeresnia, 1997:61).

Se anteriormente o foco de intervenção estava centrado no meio ambiente, este se desloca para o corpo do indivíduo, o que caracteriza o rompimento com o hospital exclusão.

Os estudos de Pasteur trouxeram mudanças radicais para a prática médica. Com a descoberta do agente etiológico (microrganismo) se institucionaliza uma forma de intervenção sobre a doença centrada em seus aspectos biológicos, o tratamento passa a ser baseado na imunização e uso de medicamentos. O modelo biológico se torna hegemônico na medicina, dissociando-se do social. Sob o domínio deste paradigma as questões sociais no entendimento do processo saúde-doença tornam-se obscurecidas e tendem a naturalizar-se (Czeresnia, 1997).

Ao analisar a prática médica da época, Foucault relata que esta se dividia em pelo menos duas vertentes: uma, que se desenvolvia fora do hospital, nas casas, geralmente para as classes mais abastadas e outra, onde o hospital configura-se como campo de prática associada ao atendimento dos desvalidos. A prática médica que antes estava localizada no espaço extra-hospitalar, transforma-se e vai ter no hospital o seu campo privilegiado. Este movimento, significou a passagem de uma clínica fundamentada na história natural da doença e seus sintomas aparentes, para uma outra, fundamentada no conhecimento anatomopatológico, que procurava desvendar o que acontecia com o corpo, um conhecimento baseado na observação e na experimentação.

A valorização da atuação médica cresce neste momento. O médico passa, então, a atender individualmente cada caso. Para Gonçalves (1994), é preciso compreender o processo saúde-doença não somente no âmbito individual, mas principalmente no coletivo onde *“a Clínica, tecnologia fundamentada na individualidade dos objetivos de que trata, encontrou sua possibilidade de existência na abertura do trabalho dos médicos para o espaço da sociedade”* (Gonçalves, 1994: 85-86).

O hospital moderno, ao constituir um campo fecundo de experiências diversas, passa a ser local privilegiado para o ensino e a pesquisa de

diferentes disciplinas vinculadas à prática médica. Sua missão, paulatinamente, transcende a de cuidar de doentes, assumindo a nova missão de incorporar tecnologias; no início artesanais e, no século XX, industrialmente produzidas. No entanto, somente na metade do século XX, *“com a produção industrial de quimioterápicos e de equipamentos, adquire características e missões novas próprias do hospital contemporâneo”* (Ribeiro, 1993:27).

“O hospital contemporâneo não é apenas uma instituição que evoluiu. É muito mais, é uma instituição nova. Suas missões são outras, conquanto resguardadas algumas que precederam. Mudaram suas características, suas finalidades, sua administração, seus sujeitos, seus instrumentos e processos de trabalho. O elemento mais constante dessa trajetória tem sido o homem que sofre e morre” (Ribeiro, 1993:31).

Ainda enfocando a valorização e o crescimento da prática médica podemos perceber que, com o capitalismo, o hospital passa a dar atenção ao corpo enquanto força de trabalho. O trabalhador passa a ser objeto das práticas modernas de saúde em substituição às classes sociais que antes eram atendidas. Essa mudança no enfoque da prática médica ocorreu:

“porque as regulações econômicas tornaram-se mais rigorosas no mercantilismo, como também porque o preço dos homens tornou-se cada vez mais elevado. É nesta época que a observação do indivíduo, sua capacidade, suas aptidões passam a ter um preço para a sociedade” (Foucault, 1996:104).

Pitta confirma esta mudança no enfoque médico quando diz que: *“a medicina e suas técnicas vão sistematicamente preenchendo espaços e determinado novas formas de relação e divisão do trabalho no interior dos hospitais ou seja a complexidade da técnica interfere diretamente na especialização do saber”* (1999:44).

Outro fator que estimula o crescimento do hospital, refere-se ao fato de que com as epidemias o saber médico passa a organizar o espaço hospitalar e o espaço urbano-social, estabelecendo suas relações com as grandes questões políticas, econômicas e sociais. A partir de então, os hospitais começam a integrar a administração pública, e com o desenvolvimento da medicina hospitalar, o médico torna-se a figura central do hospital, passando a simbolizá-lo (Foucault, 1996; Ribeiro, 1993; Corrêa, 1998).

No entanto, com as conseqüentes mudanças decorrentes de todo o processo de industrialização, demandaram-se novas intervenções no campo da prática médica, fazendo com que o processo de trabalho atribuído à um único trabalhador, o médico, fosse transformado em um campo de práticas que procurassem intervir no corpo doente, de forma coletiva. De um ato profissional isolado para uma prática coletiva, trazendo assim, a valorização de novas profissões.

O trabalho coletivo, inerente à prática em saúde, impôs uma realidade aos hospitais modernos em que participam da divisão social e técnica do trabalho várias profissões com diferentes qualificações convivendo, médicos, enfermeiros, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais e outros técnicos e auxiliares em uma mesma enfermaria. Um trabalho em que atividades mais complexas são atribuídas aos médicos e aos profissionais de nível superior.

O trabalho em saúde implica união entre os diversos profissionais. Em equipes multiprofissionais que possuam alguma interação, a possibilidade de somar os saberes pode vir a ser uma alternativa promissora à incógnita em torno de uma doença. No entanto, muitas dificuldades permeiam este terreno chamado de interdisciplinaridade. A vaidade, o corporativismo, a falta de humildade para trocar saberes e informações, a falta de tempo para reunir os membros da equipe, e, principalmente o não pensar de forma coletiva, fazem com que a

fragmentação do trabalho em saúde seja uma característica que pode chegar a comprometer o diagnóstico e a cura.

" Todo trabalho é, por outro lado, dispêndio de força de trabalho do homem sob forma especificamente adequada a um fim, e nesta qualidade de trabalho concreto e útil produz valores de uso" (Marx, 1986:53).

O labor que se dá no interior do hospital é extremamente fragmentado. A começar pela diversidade de especializações entre os médicos, que terminam por terem visões parciais sobre o paciente, enxergando apenas o que lhe diz respeito. A doença é associada aos órgãos comprometidos, onde a visão do ser humano-doente é parcelada. Como por exemplo: ao ginecologista compete tratar moléstias referente ao aparelho reprodutor e sexual feminino; ao otorrinolaringologista, os ouvidos, nariz e garganta, e daí por diante.

Não pretendemos, neste estudo realizar uma análise maniqueísta do papel do médico no hospital mas apenas apontamos que este profissional ainda hoje, configura-se como o dono do saber no ambiente hospitalar, salvo exceções, é claro. Uma característica que confirma esta fragmentação do trabalho hospitalar, relatada por Oliveira (1998) é o fato de na base da pirâmide, estarem sempre as auxiliares de enfermagem, realizando atividades pretensamente rotineiras.

No entanto, sabe-se que este processo de hierarquização não se dá, no interior do hospital, apenas entre profissões diferenciadas, mas também, como dito, entre as especialidades médicas, o que aumenta ainda mais a fragmentação do trabalho em saúde. Um exemplo ilustrativo deste processo refere-se ao status diferenciado atribuído ao médico cirurgião e ao médico que somente se dedica a clínica. A especialidade de cardiologia tem um certo prestígio quando comparada, por exemplo, a dermatologia.

Outra peculiaridade do trabalho hospitalar refere-se ao peso do trabalho feminino em certas atividades. As primeiras cuidadoras estão

presentes desenvolvendo ações de atenção ao doente no trabalho caritativo das religiosas, como parteiras e auxiliando os doentes, como voluntárias, no ambiente hospitalar ou fora dele. Segundo Osório da Silva (1994):

“(...) um dos fatores explicativos das relações de trabalho no setor saúde e do conflito interprofissional nas instituições, especificamente do conflito e subordinação da enfermagem ao médico em grande parte do exercício prático desta profissão, é a origem e o caráter predominantemente feminino da enfermagem” (Osório da Silva, 1994 : 54-55).

" Por séculos, as mulheres foram doutoras sem graduação, afastadas de livros e leis, aprendendo umas das outras e passando experiência de vizinha a vizinha, de mãe para filha. Foram chamadas de mulheres sábias pelo povo e bruxas e charlatães pelas autoridades" (Mello, 1986:34).

Estryn-Behar (1980) confirma a presença maciça do feminino nesta categoria de trabalhadores quando diz que:

“o trabalho da enfermeira está envolto na idéia de vocação, caridade, benevolência, extrapolando portanto as relações típicas de trabalho” (Pitta,1999:96 APUD Behar, 1980: 141-151).

Utilizando o referencial ergonômico e da medicina ocupacional, com incursões na sociologia do trabalho, a análise de Estryn-Behar aponta que o trabalho noturno e os problemas de sono ocasionam perturbações na vida familiar, tendências depressivas, problemas gástricos decorrentes das modificações horárias na ingestão de alimentos, e outros. Os baixos salários e a limitação do acesso ao lazer, até condições mínimas de conforto em moradias superlotadas, constituem uma fonte de angústia, o que segundo a autora, seria responsável pela presença de 50% dos distúrbios psiquiátricos no referido grupo.

Pitta (1999) também destaca a característica do trabalho de enfermagem, ainda hoje, ser tipicamente feminino, apontando ainda, questões referentes a fragmentação do cuidar.

“Atos técnicos socialmente mais qualificados ficam com a enfermagem de nível superior – as enfermeiras, que chefiam e supervisionam. O trabalho menos qualificado, que exige maior contato direto com os enfermos, cabe a enfermagem de nível médio: técnicos e auxiliares de enfermagem” (Pitta, 1999 :53).

Machado (1989) nos diz que além das profissões da área de saúde em que a vocação feminina sempre esteve presente, como é o caso da enfermagem, outras profissões, como médicos, odontólogos, anteriormente de hegemonia masculina, passam cada vez mais a contar com a participação das mulheres. Segundo a autora, o processo de feminilização da profissão médica mantém-se cada vez mais acelerado, confirmando a tendência apontada nas décadas anteriores. No entanto, a pesquisa desta autora, em 1997, aponta uma situação que revela que mesmo entre os profissionais de saúde com maior prestígio, este processo não se dá sem as clivagens e desigualdades institucionalizadas para as trabalhadoras de forma geral.

Outro aspecto relevante no hospital refere-se a arquitetura e ao espaço físico hospitalar. Thereau (1980) detalhou de forma microscópica a programação das atividades num hospital e estudou o esforço despendido para a execução das diferentes tarefas necessárias ao exercício das jornadas de trabalho cotidianas. Discutindo as atividades seriadas, a economia de tempo e os deslocamentos que implica a atividade em série, o referido autor conclui que a economia do gesto deverá resultar uma redução de carga de trabalho. No entanto, sua conclusão nos induz a questionar até que ponto se poderá racionalizar uma determinada tarefa, de forma compatível com o trabalho humano.

No que se refere ao acidente com material biológico, podemos supor que as subnotificações dos mesmos relacionam-se aos mecanismos de

defesa que os trabalhadores desenvolvem em sua trajetória de trabalho hospitalar. A possibilidade de contaminação por HIV pós acidente com material pérfuro-cortante é, por exemplo, de 0,3% segundo estudos recentes (Rapparini,1998). No entanto, a associação desta contaminação à possibilidade de morte, apavora o trabalhador da saúde, que muitas vezes deixa de usar luvas ao realizar punção venosa.

“eu não estou usando as luvas porque não existe necessidade. Se me acidentar, espremo o sangue e lavo com água e sabão “. (Trabalhador da equipe de enfermagem do Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro; Osório da Silva, 1994).

Como aponta Dejours (1997) as estratégias de defesa são mecanismos que utilizamos para enfrentar uma determinada situação de perigo e/ou medo. Dentro dessa visão, a atitude do trabalhador do HSE-RJ frente à possibilidade de ocorrência do acidente nos induz a pensar que a minimização psicológica do risco, pela não utilização das luvas, configura-se segundo o modelo de análise daquele autor, como um mecanismo de defesa.

Percebemos que muitas vezes os trabalhadores acabam desenvolvendo mecanismos de defesa na tentativa de enfrentamento das questões emocionais provocadas ao lidar com o trinômio vida/doença/morte. Tais defesas podem ser classificadas de modo esquemático, segundo Pitta (1999:65), em: 1) *Fragmentação da relação técnico-paciente* - busca-se parcelar as tarefas no sentido de reduzir os tempos de contato com o paciente. Quanto mais o técnico se aproximar do paciente, maior a possibilidade de angústia e ansiedade frente ao processo saúde-doença; 2) *Despersonalização e negação* - todos são iguais. Existe uma “ética” implícita de que todos devem ser tratados da mesma forma, não existindo doente ou doença que se individualize e personifique; 3) *Distanciamento e negação de sentimentos* - os sentimentos devem ser controlados e as diferenças individuais reduzidas; 4) *Tentativa de eliminar decisões pelo ritual de*

desempenho de tarefas. A eterna procura por rotina e padronização de condutas não tem justificativa apenas na economia objetiva de gestos e procedimentos. Este ritual cumpre a função de reduzir ansiedades e minimizar o discernimento individualizado de cada profissional em planejar o seu trabalho; 5) *Redução do peso da responsabilidade* – o peso psicológico da ansiedade gerada por uma decisão final e total feita por uma única pessoa é dissipado de inúmeras maneiras, de forma a reduzir seu impacto.

Tomando como referencial de análise a classificação que Pitta (1999) realiza sobre as defesas dos trabalhadores frente ao processo e a organização do trabalho no hospital, pode-se dizer que concordamos com a autora no que concerne ao desenvolvimento dos mecanismos ou estratégias de defesa que os trabalhadores desenvolvem quando expostos a situações conflitantes. Um exemplo a considerar refere-se a fragmentação das tarefas tendo em vista a fragmentação da relação técnico-paciente. Reduzindo o contato reduz-se a possibilidade de ansiedade frente ao processo saúde-doença. Outro aspecto interessante refere-se a padronização das tarefas visando não apenas a economia de tempo mas principalmente a divisão da responsabilidade com toda a equipe de trabalho.

Neste estudo, observamos que no CPqHEC, as rotinas também são padronizadas tal como acontece na maioria dos hospitais. Quanto a isto, não foi percebido um questionamento dos trabalhadores sobre o trabalho prescrito, ou seja, trabalho padronizado e normatizado. No entanto, quando o técnico ou enfermeiro passava nos leitos para buscar os frascos com materiais dos pacientes (urina, fezes ou escarro), para posteriormente levá-los para o laboratório, as prescrições eram realizadas de outra forma. Primeiro, passavam em todos os leitos, perguntando para cada paciente se já haviam coletado o material pedido. Depois, passavam novamente, leito por leito para colher sangue. Após a coleta, deixavam o material num isopor que não possuía divisão alguma para separar os vidros e tubos de ensaio que poderiam até quebrar. Não havia questionamento e a rotina seguia como no dia anterior.

Capítulo III - O Acidente de trabalho

"A observação das atividades deve acompanhar-se de um registro que respeite ao mesmo tempo a exigência de precisão e a de contextualização".

Michèle Lacoste, 1989.

3. Acidente de Trabalho

3.1. Acidente de Trabalho: um breve histórico

Desde os primórdios do mundo do trabalho o acidente fez parte do cotidiano dos trabalhadores. No entanto, ganha visibilidade a partir do século XIX, com o avanço do processo de industrialização e das lutas operárias dele decorrentes (Machado,1991). Enquanto fenômeno que rompe com a lógica do trabalho, o acidente sempre existiu. Mais do que isso, podemos afirmar que ligados à dinâmica da sociedade, que está sempre em movimento, acidentes sempre farão parte do cenário social (Freitas,1996).

O significado etimológico do termo acidente está relacionado à idéia de evento fortuito, de acaso, de imprevisto e de fatalidade. Este significado pertence ao senso comum e refere-se aos eventos de natureza geral que se caracterizam pela impossibilidade de controle dos fatores causadores dos acidentes.

Até meados do século XVIII, a compreensão do evento-acidente esteve atrelada às manifestações dos deuses. Incêndios, inundações, furacões, maremotos, fome e epidemias eram compreendidos como manifestações da providência divina (Theys, 1987). A relação do acidente com o trabalho era apenas superficial, ou seja, a fenomenologia do acidente encontrava-se limitada, respaldando-se apenas em modelos descritivos que não abordavam a totalidade do processo produtivo.

Com a Revolução Industrial, através do desenvolvimento científico e tecnológico que veio provocar transformações na sociedade e na natureza, o homem passa a ser o responsável pela geração e pela remediação de seus males. A concepção anterior de acidente torna-se insuficiente porque assim como não existe trabalho em geral, não existe acidente em geral (Oliveira,1989), ou seja, faz-se necessário contextualizar o acidente historicamente. A simples descrição do evento não mais responde a lógica sagrada e com isso as situações de trabalho modificam-se em curto espaço de tempo.

Assim, percebe-se que o perfil e o tipo de acidentes vêm se transformando. Até meados do século XIX, constatava-se taxas elevadas de acidentes de trabalho em minas de carvão, por exemplo. Em anos recentes, essas taxas, se comparadas às aquelas do passado, diminuíram (Theys, 1987). Todavia, outros tipos de acidentes vieram a fazer parte do cenário deste século como os acidentes automobilísticos, no Brasil, que a partir da década de 80 foram responsáveis por milhares de mortes.

Ainda que de forma rápida e resumida, este enfoque histórico, visa desmistificar a ideia do acidente como evento fortuito, ao qual o próprio significado etimológico que a palavra tende a estar associada, tomando como exemplo, a definição simplificada que Monteiro (1998) realiza em sua análise do acidente de trabalho.

“acidente de trabalho é definido como aquele que ocorre pelo exercício do trabalho provocando lesão corporal ou perturbação que cause a morte ou a perda ou a redução da capacidade permanente ou temporária para o trabalho. Ou seja, trata-se de um evento único, subitâneo, imprevisto, bem configurado no espaço e no tempo e de conseqüências geralmente imediatas” (Monteiro, 1998:10).

3.2 Acidente de trabalho: concepções e dados

Nas primeiras teorias formuladas, o acidente de trabalho é analisado de forma genérica, sob um tratamento jurídico, onde cabe ao Estado, como mediador entre as classes trabalhadoras e as relações de trabalho, encontrar uma solução. Ao capital não cabe a responsabilidade dos efeitos negativos do processo de trabalho.

Machado & Gomez (1995), discutindo a concepção do acidente de trabalho, destacam basicamente duas vertentes diferenciadas sobre esta temática. A primeira, de caráter jurídico-institucional, sustentada pela Teoria do Risco Social e fundamentada na operacionalização do seguro acidente

do trabalho. A segunda, desenvolvida pela engenharia de segurança voltada para o controle dos acidentes, constituindo a Teoria do Risco Profissional.

Sendo assim, pode-se refletir acerca da gestão científica do acidente de trabalho, destacando duas vertentes: a *Teoria do Risco Profissional*, através da identificação dos fatores de risco, permite estabelecer um controle sobre os trabalhadores por meio de um discurso tecnicista de saúde e segurança no trabalho, desenvolvido pelos serviços da empresa, e a *Teoria do Risco Social*, propõe que a sociedade é quem deve arcar com o ônus dos infortúnios ocorridos no trabalho, se ela é a consumidora de bens e serviços, deve ser responsabilizada também pelos efeitos negativos do processo de trabalho (Rodrigues, 1986).

De acordo com o Decreto 2.172 de 05.03. 1997, que aprova e regulamenta os Benefícios da Previdência Social, em seu artigo 131, *acidente de trabalho é o que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte, a perda ou redução, permanente ou temporária da capacidade para o trabalho.*

A Previdência Social, ao contratar serviços por meio de convênios para o atendimento dos acidentados e subsidiar políticas de controle de acidentes por parte de empresas, age em conformidade com a Teoria do Risco Social. Ao Estado cabe o financiamento, e às empresas o controle e a administração da concessão dos direitos previdenciários (Machado & Gomez, 1995).

O Ministério do Trabalho, através da Lei 3.214 de 1978, adere à Teoria do Risco Profissional, consolidando assim um modelo patronal e tecnicista, através da engenharia de segurança e medicina do trabalho, distanciado do trabalhador.

Com a Constituição Federal de 1988 e a Lei Orgânica da Saúde, consagrando o Sistema Único de Saúde (SUS) e em seu interior as ações

de saúde do trabalhador, é que o acidente de trabalho passa a ser discutido no âmbito da Saúde Pública.

3.3 A Contribuição da Ergonomia Francesa ou Contemporânea às análises dos acidentes de trabalho

Neste momento, consideramos fundamental para a análise dos acidentes de trabalho, a contribuição da Ergonomia Francesa ou Contemporânea como instrumento teórico-metodológico voltado para o estudo da relação trabalho e saúde. Por ser uma área interdisciplinar, onde articulam-se os conhecimentos da fisiologia, da psicologia, da sociologia e antropologia, a Ergonomia Francesa tem sido utilizada com freqüência nas análises dos acidentes industriais. A Ergonomia é um instrumento que busca conhecer o trabalho humano, preconizando para isso a observação dos trabalhadores em situação de trabalho. A fala no ambiente de trabalho tem um extremo valor para a análise da atividade.

No estudo dos acidentes com material biológico, também priorizamos as conversas informais entre os trabalhadores da equipe de enfermagem. Muitas vezes chegamos a ouvir que estavam cansados, que os plantões eram estressantes e que o salário não era muito animador. No entanto, quando estavam com os pacientes, o cansaço deveria sumir pois alguém precisava de sua atenção. *“A vida do outro está em primeiro lugar. Quando chego aqui só me preocupo em saber se todos os pacientes estão bem e se os procedimentos foram realizados” (Enfermeira do CPqHEC).*

A Ergonomia situada, ou seja a metodologia de investigação que busca entender a atividade de trabalho no momento em que o mesmo se realiza, configura-se, também, como uma abordagem priorizada neste estudo do acidente com material biológico.

Para esta abordagem, precisa-se conhecer o trabalho para poder transformá-lo, tal como aponta Wisner (1994). Para o autor, sempre existirá um distanciamento entre o trabalho designado por quem gerencia e aquele que de fato será executado pelo trabalhador. Daniellou et alii (1989) mostraram que o trabalho prescrito é a maneira como o trabalho deve ser executado, incluindo o tempo das tarefas, uso correto das máquinas, normas e modos operatórios (a parte que pode ser observada de um método de trabalho. Gestos, sua ordem no tempo e no espaço). Já o trabalho real é aquele que de fato é executado pelos operários.

No trabalho hospitalar, também podemos observar que o trabalho prescrito não acompanha a rotina do hospital. *Muitas vezes o local de trabalho fica tão calmo que nem parece com um hospital. Outras vezes, a agitação é tão grande que mais parece um “circo” (Técnico de enfermagem do CPqHEC).*

“O trabalho aqui é imprevisível porque lidamos com a vida e com a morte” (Enfermeira do CPqHEC).

Assim, tendo como objetivo neste momento apenas justificar a utilização da ergonomia situada no estudo dos acidentes com material biológico, buscamos ilustrar a evolução conceitual do acidente de trabalho, a partir da contribuição teórica de Vidal (1989). A preocupação deste autor consiste em caracterizar a fenomenologia do acidente de trabalho, ou seja, analisando-o através do estudo de sua causalidade e a taxonomia de seus fatores causais, destacando seis vertentes atuais sobre o evento:

1.Culpabilidade

Nesta abordagem considera-se apenas o aspecto localizado do acidente. Este é explicado como resultado de uma falha gerada e efetivada onde se deu a ocorrência. O evento era visto como uma falha, cuja responsabilidade recaía sobre os ombros do faltoso - falha profissional - proveniente, segundo esta abordagem, da má realização de um ofício. Essa

corrente enfoca a segurança como parte da responsabilidade do trabalhador e não como inerente ao processo produtivo.

Embora possamos admitir a possibilidade de a falta recair sobre o empregador na medida em que este pudesse ser inculcado de fornecer meios de trabalho em más condições de utilização, esta possibilidade era remota. Uma vez que providenciada a manutenção de máquinas e equipamentos, nada mais era exigível. Com os maquinários em ordem, inexistia a possibilidade de acidentes, a não ser devido a falta profissional.

2. Predisposição aos acidentes

A psicologia buscou explicar as bases de certas condutas acidentárias em alguns indivíduos sob a hipótese da existência de uma predisposição aos acidentes como uma propriedade biológica particular a certos indivíduos.

Por isso, a ação preventiva voltava-se para o afastamento desses 'tipos' do trabalho. Eliminados os comportamentos desviantes, um acidente ocorreria por inépcia do trabalhador.

3. Acidentabilidade

A teoria da acidentabilidade explicava o acidente a partir da inadaptação do perfil do posto de trabalho às características dos indivíduos que o ocupassem. Podemos dizer que esta teoria preocupava-se com a premissa Taylorista - o homem certo para o lugar certo, o que, evidentemente é inadequado como prática de prevenção de acidentes, já que *a questão central é evitar e eliminar os riscos do processo de trabalho.*

4. Dicotomia entre Fatores Técnicos e Fatores Humanos

Nesta abordagem, dois aspectos merecem destaque: passa a ser admitida a existência de fatores causais sem ligação direta com a vítima; o modelo teórico do acidente é reformulado com a *substituição da noção de responsabilidade, ou seja, da causa enquanto culpa, pela noção de*

fenômeno complexo, ou seja, como resultado do efeito conjugado de uma série de fatores causais.

A noção de pluricausalidade do acidente consiste na hipótese de que um único evento (acidente) pode ter várias causas, assim como originar acidentes distintos. Segundo esta abordagem, a preocupação volta-se à classificação de fatores causais: os fatores humanos e os fatores técnicos. Alguns autores defendem que em 90% dos acidentes predominam dos fatores humanos. *Ainda aqui, o acidente é considerado como um elemento exógeno ao processo de trabalho e não como um de seus resultados.*

5. Contexto do Trabalho

Esta abordagem buscou avançar sobre o problema teórico-metodológico de dissociação entre o acidente e o processo de trabalho.

As observações das atividades laborais passam a ser comparadas às situações de trabalho similares com e sem ocorrência de acidentes. Buscava-se a compreensão de uma dada situação de trabalho, não resumindo à descrição em termos situacionais de normalidade mas também associando-a às situações correntes de trabalho. Formalizada por Faverge, 1972 (apud Vidal; 1989), esta abordagem conceituaria o acidente de trabalho como um *fenômeno de encontro entre uma situação de trabalho que contém em si um acidente potencial e um evento disparador*, que forneceria as condições concretas de passagem do potencial ao real.

6. Teoria da Fiabilidade de Sistemas

Nesta teoria, o *acidente é correlacionado ao processo de trabalho*, revelando a existência de problemas de adaptação do sistema às suas finalidades. O acidente é visto como resultado da combinação de um conjunto de fatores situados em distâncias funcionais distintas com relação ao evento terminal e com influências variáveis para o mesmo acidente típico. O enfoque priorizado é a análise da situação de trabalho. Se esta última for

parcial, a análise do acidente também o será. Logo, *o acidente é o resultado terminal de um mecanismo originário do próprio processo de trabalho.*

Podemos refletir acerca das vertentes anteriormente explicitadas, evidenciando que as justificativas para o evento acidente vão desde a culpabilidade – que o considera como resultado de uma falha do trabalhador; passando pela psicologia clássica que colocava a culpa nos indivíduos que possuíam uma propriedade biológica que os pré-dispunham aos acidentes; até chegarmos a uma abordagem mais ampla que não culpabilizava o trabalhador, mas sim o processo de trabalho ao qual este era subordinado.

No entanto, embora esteja claro que *o acidente é fruto das relações sociais do trabalho* e que *estas precisam ser modificadas*, ainda hoje a culpa recai sobre aquele que está mais diretamente envolvido com o processo produtivo, o trabalhador. Este, na maioria das vezes é o menos habituado à linguagem das intermediações jurídico-institucionais. No Brasil, a legislação vigente se apóia na vertente que admite a existência de fatores causais sem ligação direta com a vítima. *O acidente é percebido como elemento exógeno ao processo produtivo e não como um de seus resultados.*

Como iremos discutir, o acidente de trabalho, longe de ser responsabilidade do trabalhador, decorre de fatores objetivos presentes no *processo e na organização do trabalho. O acidente típico em hospital, ou seja, o acidente com material biológico, não foge a regra.*

3.4 A Contribuição das Ciências Sociais às análises dos acidentes de trabalho: um caminho para a interdisciplinaridade em Saúde do Trabalhador

Partindo de uma concepção mais abrangente do acidente de trabalho, reconhecendo-o não somente como uma lesão física, mas também como fenômeno econômico, social e legal que nos permite examiná-lo como problema de Saúde Pública, buscamos destacar a necessidade de uma abordagem interdisciplinar no que concerne as análises dos acidentes de trabalho, seja no ambiente hospitalar ou não, principalmente por ser um

problema de saúde do trabalhador, daí a necessidade de buscarmos a interdisciplinaridade.

Neste texto, chamamos de interdisciplinaridade o momento no qual as disciplinas abrem suas caixas pretas e repensam sobre sua quebra e a criação de mecanismos de diálogo entre as mesmas, em torno de um objeto. A interdisciplinaridade não exclui os especialistas em prol dos generalistas, mas ao contrário, demanda especialização destes para que possam interagir.

É dentro deste contexto que situamos o esforço de apontar que as Ciências Sociais têm muito a contribuir para a análise dos acidentes de trabalho. Através do diálogo com as demais disciplinas envolvidas com o evento, tais como a engenharia, a epidemiologia, a toxicologia, dentre outras, as Ciências Sociais, principalmente, a psicologia, a sociologia e a antropologia buscam adicionar seus conhecimentos às análises dos acidentes de trabalho.

O conhecimento gerado pela engenharia de segurança clássica – que teoriza que os acidentes são produzidos por condições inseguras, e pela psicologia clássica que os acidentes são decorrentes de atos falhos, mostram-se insuficientes, uma vez que a noção moderna do acidente de trabalho prioriza o contexto histórico deste, ou seja, a organização e o processo de trabalho.

Na abordagem sociológica, as relações sociais do trabalho são responsáveis pelos acidentes. Segundo Dwyer (1994), a relação social do trabalho é o modo pelo qual é gerenciado o relacionamento entre uma pessoa e seu trabalho. Neste sentido, a sociologia do trabalho tem discutido que se os acidentes são produzidos por relações sociais do trabalho, logo, devem ser prevenidos por mudanças nestas relações.

Para as análises das causas dos acidentes, pode-se considerar que uma das maiores contribuições das Ciências Sociais tem sido a demonstração que a aceitabilidade dos riscos e os critérios de segurança

para a operação de sistemas tecnológicos complexos são um contínuo processo de negociação e invenção de novas regras num universo em que a tecnologia e relações sociais de trabalho interagem, de tal modo que se torna impossível, tanto considerá-las isoladas como abstraí-las da forma como são gerenciados produção e riscos (Freitas,1996).

Outro fator importante é a incorporação da participação daqueles que vivenciam no cotidiano os riscos, e, por isso, os trabalhadores são capazes não só de relatarem o ocorrido, mas sobretudo oferecerem o conhecimento da prática que possuem, proporcionando a confecção de estratégias de controle e prevenção mais eficazes no gerenciamento de riscos.

Para as análises de conseqüências, as Ciências Sociais têm demonstrado que os acidentes interagem com processos psicológicos, culturais e sociais, afetando as vidas individuais das pessoas e, também, suas relações familiares.

As Ciências Sociais vêm enfatizando que o homem e sua realidade social estão em permanente movimento, formação e transformação, logo não convém separar o que se desejava conhecer acerca de determinado problema, tal como ainda hegemônicas, são realizadas as análises de risco em engenharia, epidemiologia e toxicologia.

Nesta lógica, a crítica das Ciências Sociais às análises técnicas de risco correspondem ao reducionismo científico que as demais ciências primam por conferir, esquecendo que os processos sociais constroem as tecnologias, os riscos, e, também suas análises. Sendo assim, o território almejado pelas Ciências Sociais no que se refere a análise dos riscos tecnológicos e ambientais condiz com a superação de inúmeros desafios, não bastando apenas demonstrar que a dimensão social inevitavelmente se encontra na origem dos riscos e suas análises, mas também, e principalmente em oferecer contribuições que permitam o avanço nas concepções teóricas e metodológicas empregadas nas análises de riscos.

Esses desafios, devem ser enfrentados sem que, em nenhum momento, se deixe de considerar as peculiaridades das Ciências Sociais frente as outras que se encontram no campo de análise de riscos, marcado pela pluralidade de abordagens teórico-metodológicas e, principalmente, por sua capacidade de crítica (Freitas, 1996).

Para que as investigações dos acidentes de trabalho possam contribuir para a superação do atual quadro de gravidade nessa área, torna-se necessário, portanto, o diálogo entre as diversas disciplinas que compõem o campo da saúde do trabalhador e, principalmente, a incorporação dos saberes dos trabalhadores que vivenciam as situações de trabalho.

Capítulo IV - A Etnografia do Centro de Pesquisas Hospital
Evandro Chagas

" A tarefa do conhecimento científico consiste na ordenação racional da realidade empírica. Ou seja: não se trata de reproduzir em idéias uma ordem objetiva já dada, mas de atribuir uma ordem a aspectos selecionados daquilo que se apresenta à experiência como multiplicidade infinita de fenômenos" (Gabriel Cohn, apud Ana Pitta, 1999:117).

4. A Etnografia do Centro de Pesquisas Hospital Evandro Chagas - CPqHEC

O CPqHEC é um hospital criado no início deste século, por um cientista e médico brasileiro, Oswaldo Cruz, para estudar as doenças, através de uma assistência exemplar aos pacientes. (Cartilha do usuário do CPqHEC) É um hospital que pertence a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) do Ministério da Saúde, portanto, um hospital público, mas com características muito diferentes dos hospitais mais conhecidos da rede pública.

Integra o Sistema Único de Saúde (SUS) como hospital de referência caso a demanda coincida com as doenças infecciosas tratadas neste hospital uma vez que o CPqHEC não atende todas as doenças infecciosas. Neste momento, suas ações estão voltadas para: doença de Chagas, leishmaniose, paracoccidiodomicose, dengue, HTLV1, AIDS, hanseníase, e alguns tipos de micoses (estreptomicoses, cromomicoses), sendo o atendimento de todas estas doenças relacionado aos estudos e projetos de pesquisas do hospital.

É um hospital diferenciado dos demais hospitais da rede pública também por dedicar-se primordialmente à pesquisa e ao ensino de doenças infecciosas, ou seja, doenças relacionadas a vírus, bactérias, fungos, protozoários, helmintos. Ao mesmo tempo em que oferece aos seus pacientes um atendimento de alto padrão técnico desenvolve pesquisas no sentido de melhor prevenir e tratar essas doenças.

Dispõe de serviço médico, de serviços laboratoriais, e dos demais serviços clínicos complementares: serviço de farmácia, nutrição, psicologia, psiquiatria, serviço social, serviço de epidemiologia, desenvolvendo pesquisa e/ou ensino.

São as chamadas pesquisas clínicas o ponto de partida para todas as demais atividades do Hospital e cujos resultados são responsáveis por um processo de constante melhoria do atendimento aos usuários.

Como dito, o atendimento se destina aos doentes encaminhados por outros serviços, acometidos ou com suspeita clínica das doenças infecciosas estudadas no CPqHEC. O cliente encaminhado recebe um atendimento inicial na triagem. Caso o seu problema possa ser incluído em um dos programas de pesquisa do hospital, ele será registrado como usuário, dispondo, a partir daí, de qualquer serviço existente no hospital.

Dependendo da necessidade, o paciente poderá ser atendido em consulta de ambulatório, na internação ou no hospital-dia. O CPqHEC fica aberto 24 horas por dia e tem sempre uma equipe de plantão pronta para atender qualquer paciente matriculado.

O CPqHEC é um hospital voltado para a produção de ciência, baseado em princípios éticos que norteiam as atividades assistenciais de referência e de pesquisa, envolvendo todos os que trabalham neste hospital. Suas atividades obedecem rigorosamente às diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos definidas pelo Conselho Nacional de Saúde - resolução 196/96 e 251/97. São as chamadas pesquisas-clínicas, responsáveis por redirecionamento de toda a demanda do hospital.

No conceito clássico, pesquisa pode ser definida como qualquer investigação na área médico-biológica dirigida a grupos de indivíduos acometidos por uma doença. Neste sentido, a missão deste hospital consiste, historicamente, em estudar as doenças infecciosas, através de programas de atendimento integrados a projetos de pesquisa e, também, realizar atividades de ensino interdisciplinares e multiprofissionais, voltados para a recuperação, promoção de saúde e prevenção de agravos.

Atualmente, a área de internação tem capacidade para 30 leitos, sendo a maioria deles ocupados por pacientes HIV/AIDS. A AIDS transformou, assim, a demanda do CPqHEC e as pesquisas, já que as mais diversas clínicas podem estar envolvidas nessa mesma doença: desde pacientes com complicações de oftalmologia à dermatologia, passando pela cardiologia e neurologia. Geralmente, 60% dos leitos destinam-se a estes

pacientes. Muito mais raros são os casos de internação de paracoccidiodomicose e de doença de Chagas.

Concluindo assim, embora seja um hospital de pequeno porte, o CPqHEC possui laboratórios de patologia clínica, de bacteriologia, de micologia, de parasitologia, de anatomia patológica e um centro de imagens, enfim um arsenal de tecnologia que muitas vezes não encontramos em hospitais maiores.

Quanto as linhas de pesquisa, atualmente desenvolvidas no hospital, temos: -Aspectos da infecção pelo HIV em mulheres;

-Estudo das manifestações dermatológicas relacionadas com HIV;

-Tuberculose e imunologia celular;

-Estudo da associação micobactérias/infecção pelo HIV;

-Prevenção de DST/HIV;

-Aplicação e desenvolvimento de técnicas moleculares para o diagnóstico das infecções fúngicas;

-Aspectos clínicos e epidemiológicos das micoses sistêmicas;

-Aspectos imunopatológicos das micoses cutâneas;

-Aplicação e desenvolvimento de técnicas moleculares e imunomoleculares para o diagnóstico da tuberculose;

-Distúrbios endócrinos nas doenças infecciosas;

-Aspectos anatomopatológicos das doenças infecciosas;

-Farmacocinética de drogas utilizadas para o tratamento de doenças infecciosas;

-Estudos das manifestações otorrinolaringológicas das doenças infecciosas;

-Manifestações clínicas associadas ao HTLV-I;

-Estudos das mielopatias associadas ao HTLV-I;

-Aspectos relacionados ao tratamento e controle da doença de Chagas;

-Zoonoses - Esporotricose.

4.1 Caracterização do Trabalho de Enfermagem – um breve histórico

Segundo Blank (1987), a enfermagem moderna, foi implantada no Brasil em 1923, com a criação da Escola de Enfermeiros do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), hoje, Escola de Enfermagem Ana Neri da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Por enfermagem moderna, compreende-se aquela exercida pelas várias categorias de pessoal submetidos a um preparo formal, por oposição à Enfermagem Tradicional, exercida por leigos (Blank,1987). Muito embora seja datado de 1832 o ensino de parteiras junto às Faculdades de Medicina do Rio de Janeiro e da Bahia, é somente a partir de 1890 que começa a funcionar a primeira Escola de Enfermagem junto ao Hospital de Alienados, fundada por psiquiatras que também eram os responsáveis pelo treinamento dos alunos.

Até a criação da Escola de Enfermeiros do DNSP, a prática de enfermagem era exercida em sua maioria por leigos sem nenhum preparo formal, por religiosas e por alguns poucos que possuíam algum tipo de treinamento.

Atualmente, a enfermagem no Brasil é desenvolvida por agentes com formação também diferenciada: enfermeiro, profissional com nível superior; técnico de enfermagem, com segundo grau profissionalizante; auxiliar de enfermagem, com primeiro ou segundo grau e, os atendentes de enfermagem, visitantes sanitários, agentes de saúde pública; entre outros, preparados pelo sistema formal de ensino, mas também com algum tipo de treinamento em serviço.

Quanto a divisão do trabalho, a enfermagem se encontra, historicamente, subordinada ao saber médico.

“todo trabalho direto de assistência ao doente comporta inúmeras funções manuais, e são essas as primeiras a se separarem subordinadamente no trabalho médico, constituindo-se a enfermagem. A própria enfermagem é atingida posteriormente pela reiteração da mesma divisão, sendo suficiente para compreender seu sentido a consideração da apropriação das tarefas de supervisão e controle ao profissional com qualificação formal superior, o enfermeiro” (Gonçalves, 1979).

Referindo-se ainda à divisão social do trabalho, Almeida et alli (1981), citado por Blank (1987), sustenta que o desenvolvimento técnico aliado a implicações de natureza social, subdividiram os agentes encarregados do cuidado direto ao paciente em categorias como: técnicos, auxiliares e atendentes de enfermagem, que destituídos do domínio do saber e subordinados ao enfermeiro, complementam os cuidados aos pacientes.

Refletir acerca do desenvolvimento histórico da profissão de enfermagem, embora de forma extremamente resumida, se faz necessário, na medida em que esta pesquisa possui como objeto central, o estudo do processo de trabalho da equipe de enfermagem. Os estudos sobre a prática da enfermagem ainda são recentes, escassos e, em sua maioria optaram por uma análise funcionalista da profissão. E mesmo os estudos que procuraram analisar a prática de enfermagem enquanto prática social de uma forma mais abrangente, tentando relacionar o seu desenvolvimento com os determinantes sociais, econômicos e políticos, não conseguiram dar conta da totalidade, da compreensão de seu desenvolvimento, de suas crises e de seus problemas para afirmar-se como profissão no Brasil. Essas limitações não deixam de afetar o nosso trabalho.

4.2 O Processo e a Organização do Trabalho em Enfermagem

Brito e Porto (1990) citados por Neto (1998:15) se referem ao processo de trabalho como o locus da realização do trabalho e da produção,

caracterizando a interveniência humana nos processos mais gerais da natureza.

“(...) nele são realizados os bens, produtos e serviços que circulam e servem de base para a existência material da sociedade. As transformações materiais dos processos de trabalho estão relacionadas com a natureza das operações realizadas e expressam uma base dos conhecimentos e dos valores da sociedade frente à natureza transformada, em um dado contexto histórico” (Neto, 1998:15).

O processo de trabalho em saúde tem sido definido de acordo com a dinâmica social que prevalece em diferentes momentos da história da humanidade, não sendo portanto circunscritos aos limites do ambiente hospitalar. Pitta (1994) define o processo de trabalho hospitalar como *“um corpo de práticas sociais numa dada sociedade e submetido à determinadas regras históricas, econômicas e políticas”*.

Este processo comporta inúmeras atividades desenvolvidas por diferentes agentes com qualificação e formação também diferenciadas, que vão desde a formação de nível superior (médicos, nutricionistas, assistentes sociais, psicólogos, enfermeiros, farmacêuticos), passando pelo nível médio (técnicos de raio x , técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem, etc.) e desembocando no nível elementar (atendentes de enfermagem, agentes de saúde, agentes operacionais, etc).

A prática de enfermagem, ou seja, as atividades desenvolvidas no processo de trabalho em saúde constitui-se como uma prática *“sui generis”* segundo Blank (1987):

“uma vez que sua realização depende da atuação de várias categorias de pessoas com formação em vários níveis de escolaridade, funções bem definidas (pelo menos ao nível teórico), e obedecendo à uma rigorosa hierarquia profissional. De um lado temos a enfermeira que domina “o saber”, detém a posse do conhecimento, o que lhe

garante uma posição de destaque na equipe de enfermagem. Do outro lado, temos os técnicos, auxiliares e atendentes de enfermagem que executam o "fazer", possuindo determinado saber técnico, o que os coloca em posição de subordinação ao enfermeiro".

Contemporaneamente, as leigas e religiosas são fatos passados, tendo sido substituídas por profissionais de enfermagem que parcelam suas atividades, dividindo-as entre os mais e os menos especializados. Os atos técnicos socialmente mais qualificados, ficam com a enfermagem de nível superior - as enfermeiras, que chefiam e supervisionam. Por sua vez, a enfermagem de nível médio, que executa o trabalho menos qualificado permanece mais tempo em contato direto com os enfermos.

"Tal organização piramidal recupera a disciplina enquanto técnica da organização do trabalho, docilizando e contendo os corpos, por uma especializada estratégia de controles hierarquizados, aproveitando a mesma hierarquia instituída com base no saber" (Pitta, 1999 :54).

Ao corpo técnico da equipe de enfermagem, correspondem as tarefas mais repetitivas e menos valorizadas social e financeiramente. Além de conviver mais tempo com o doente, acompanhando mais de perto toda a evolução da doença, cumprindo assim a tarefa de vigiar a vida e a morte do hospital como um todo.

"O técnico de enfermagem é o trabalhador que mais ' vive a vida do internado' . O médico é que diagnostica, o enfermeiro é aquele que manda fazer o que o médico falou, enquanto eu sou o responsável pelo trabalho duro" (Técnico de enfermagem do CPqHEC).

Este relato supracitado pertence ao cotidiano de muitos técnicos e auxiliares de enfermagem, não se limitando apenas àqueles que laboram no CPqHEC.

" As tarefas dos auxiliares e atendentes são, a um só tempo, as mais intensas, repetitivas e social e financeiramente pior

valorizadas" (Pitta, 1999:54).

O hospital, enquanto categoria institucional, embora constitua um espaço de normatizações e prescrições, jamais poderá ser visto como limitado a esse aspecto, sendo preciso levar em consideração o seu constante movimento. Os acontecimentos difíceis de serem antecipados são relacionados aqui à variabilidade (categoria), logo, número e o tipo de tarefas realizadas em uma enfermagem no horário diurno poderá ser diferente no noturno, enquanto provavelmente a maioria dos pacientes encontram-se dormindo. O tipo de evento que acontece no cotidiano hospitalar nunca pode ser prescritível. A variabilidade no hospital é um fator que deve ser analisado quando se pretende abordar questões referentes ao cotidiano hospitalar e, no presente estudo, os acidentes com material perfuro-cortante. Variabilidade, no sentido de rede de acontecimentos, que são por si imprevisíveis. No setor de emergência, não se pode prever se o dia vai ser calmo, com apenas algumas intercorrências, ou se politraumatizados, baleados darão movimento ao referido setor. O mesmo não pode ser dito no que comporte outros tipos de intercorrências em seu cotidiano, embora problemática.

Outro aspecto a ser considerado, quando discutimos variabilidade refere-se à divisão e organização do trabalho hospitalar, sobretudo no que concerne a equipe de enfermagem.

De acordo com o COFEN – Conselho Federal de Enfermagem, órgão normativo do exercício do pessoal de enfermagem no Brasil, a prática da enfermagem é exercida por diferentes categorias, como já mencionado em linhas gerais:

1 – Enfermeiro: profissional de nível superior, com curso de duração média de quatro anos. É o chefe da equipe de enfermagem responsável por todos os outros membros desta equipe, possuindo como funções: planejamento, programação, execução e avaliação das ações de enfermagem, inclusive pesquisa e docência de nível superior através de cursos complementares de pós-graduação.

2 – Técnico de Enfermagem: formação profissionalizante de segundo grau, tendo como função básica *“assistir ao enfermeiro no planejamento, programação e prestação de cuidados integrais de enfermagem”*.

3 – Auxiliar de Enfermagem: preparado em cursos regulares ou supletivos em nível de primeiro ou segundo grau, possuindo como competência: observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas de enfermidade, bem como prestar cuidados de higiene, conforto e tratamento simples, além de auxiliar o enfermeiro e o técnico de enfermagem na prestação de assistência de enfermagem.

4 – Atendentes de Enfermagem: não são preparados pelo sistema de ensino, recebem alguma forma de treinamento em serviço nas várias instituições de saúde, onde executam tarefas simples de enfermagem, tais como: auxiliar o doente na alimentação, arrumar e manter em ordem o ambiente de trabalho, lavar e preparar o material para esterilização, atender chamadas de campainha dos quartos dos doentes, etc.

Além destes quatro elementos formais da equipe de enfermagem, temos também as visitadoras sanitárias, agentes de enfermagem em saúde pública ligados às Secretarias Estaduais e Municipais, que como atendentes de enfermagem não são formalmente preparados pelo sistema nacional de ensino, recebendo apenas treinamento específico em serviço para aprender a executar suas atividades.

O trabalho de enfermagem pressupõe um trabalho em equipe com uma divisão técnica, onde cada categoria possui funções definidas e parceladas, cabendo ao enfermeiro (nível superior) a função de administrar, supervisionar e disciplinar o trabalho e aos demais membros da equipe, procedimentos e responsabilidades diferentes.

“(...) cabe ao enfermeiro o monopólio do conhecimento de todo o processo de trabalho da enfermagem, e o controle do trabalho dos elementos auxiliares de sua equipe, isto é, a gerência deste trabalho” (Blank, 1987:31).

A *organização do trabalho* diz respeito à divisão do trabalho: divisão de tarefas entre operadores, repartição, cadência - o modo operatório prescrito; e a divisão entre os homens: repartição das responsabilidades, hierarquia, comando e controle.

Para Pitta (1999), a divisão social do trabalho da equipe de enfermagem é perversa e 'racista'. Ela separa de um lado a minoria que pensa, detentora do conhecimento, e, de outro, a maioria que executa as tarefas de forma repetitiva, o corpo técnico. Existem numerosos estudos sobre os danos causados aos trabalhadores nesses processos de dissociação e fragmentação das tarefas que apontam conseqüências psicossociais, econômicas, dentre outras.

A distância entre o trabalho prescrito e o trabalho real, objeto de investigação da moderna ergonomia, é uma demonstração de que, sem determinados arranjos desenvolvidos individualmente por cada trabalhador, dificilmente as prescrições e rotinas de trabalho produzidas em escritórios, ou qualquer espaço de normatização, se executam tal qual prescritas, e uma vez assim acontecendo, nada garante que os resultados sejam os esperados.

Dejours (1987), ao comentar os danos psicopatológicos da organização do trabalho, identifica uma tripla divisão: divisão do modo operatório, divisão do organismo entre órgãos de execução e órgãos de concepção intelectual, enfim, divisão dos homens compartimentados. A perda da responsabilidade pelo trabalhador na sua relação com a tarefa elementar, termina por desencadear um processo de estranhamento e alienação do processo de trabalho.

“A situação de trabalho suscita sentimentos muito fortes e contraditórios na enfermeira: piedade, compaixão e amor; culpa ansiedade; ódio e ressentimento contra os pacientes que fazem emergir esses sentimentos fortes, inclusive inveja ao cuidado oferecido ao paciente” (Pitta, 1999:62).

Segundo Menzies, citado por Pitta (1999:62), a principal responsabilidade em assumir os cuidados de pessoas doentes tende a recair com maior intensidade sobre a equipe médica, diretoria técnica e, de modo mais contundente, sobre o serviço de enfermagem que deve prover cuidados contínuos aos pacientes ali internados, durante as vinte e quatro horas do dia, dia após dia, até o desfecho esperado. Um amplo leque de possibilidades que vai da cura à morte.

Outro fator em destaque por Menzies, refere-se aos sentimentos complicados em relação ao hospital, nutridos pelos pacientes e parentes destes, especialmente e mais diretamente às enfermeiras. Os pacientes e parentes demonstram gratidão, apreço, afeição, respeito, “uma comovente crença de que o hospital funciona; prestimosidade e preocupação para com as enfermeiras em seu difícil trabalho”.

“O hospital é um espaço mítico que deve conter e administrar os problemas emocionais provocados pelo doente e sua doença e toda a rede de relações sociais a que eles se vinculam” (Pitta, 1999: 65).

4.3. O Processo e a Organização do Trabalho de Enfermagem no CPqHEC

No setor de internação do CPqHEC, a jornada de trabalho começa às sete horas da manhã. No primeiro momento, o enfermeiro recebe o plantão do enfermeiro que o antecedeu à jornada anterior, onde são repassadas as informações sobre os pacientes. As intercorrências são registradas no livro da enfermagem, onde o enfermeiro que ‘passa’ o plantão assina, ao término deste. Logo após, divide todos os cuidados de enfermagem a serem executados entre os elementos de sua equipe de trabalho, obedecendo um critério de complexidade de atendimentos das atividades de acordo com o grau de formação de sua equipe.

Outra maneira de dividir as tarefas, é simplesmente dividir o número

total de pacientes por cada elemento da equipe, onde esta pessoa prestará todos os cuidados necessários ao paciente. Esta última divisão de trabalho não é realizada no CPqHEC.

No primeiro caso, onde as tarefas são distribuídas de acordo com o grau de complexidade de atendimento e formação da equipe de enfermagem, o trabalho se organiza da seguinte forma: aos atendentes de enfermagem cabem as tarefas de higiene e conforto (banhos de leito, higiene dos pacientes, arrumação de camas, etc.), transporte de pacientes, limpeza de instrumentos utilizados nas atividades de enfermagem. Aos auxiliares de enfermagem, ficam destinadas as atividades de verificação de sinais vitais, administração de medicamentos, curativos, preparo dos pacientes para exames diagnóstico-terapêutico e/ou cirurgias. Aos técnicos de enfermagem cabem as atividades mais complexas, ou que exijam maior cuidado em relação ao quadro que o paciente apresenta: curativos maiores, oxigenoterapia, instalação e verificação de PVC (pressão venosa arterial), etc.

No segundo caso, onde cada elemento da equipe de enfermagem recebe um número X de pacientes, os mesmos prestarão todos os cuidados de enfermagem que se fizerem necessários, independente de sua formação. Ou seja, cada paciente será atendido durante toda a jornada de trabalho por um indivíduo, onde o mesmo desenvolverá todas as atividades, tais como: higiene e conforto, administração de medicamentos, preparos para exames diagnóstico-terapêuticos e cirurgias, etc., sejam elas executadas pelo atendente, auxiliar ou técnico de enfermagem.

Em ambos os casos, o enfermeiro de nível superior é o responsável pelas atividades de planejamento e administração da assistência de enfermagem e da unidade de internação, para qual executa, entre outras atividades: prescrição dos cuidados de enfermagem, visita aos pacientes para verificação de seu estado ou necessidades, e supervisão dos cuidados prestados pelos componentes da equipe de enfermagem. Ao final da jornada de trabalho, o enfermeiro elabora um relatório com as informações

necessárias em relação aos pacientes e a unidade de internação. A elaboração ou não do relatório referente às intercorrências do plantão dependerá da rotina deste procedimento. Em muitas unidades de saúde, o uso do relatório não é preconizado. No caso do CPqHEC, existe um livro na enfermagem, o que contém as informações necessárias as trocas de plantão.

Através da observação das rotinas de trabalho da equipe de enfermagem, nos foi possível levantar algumas questões referentes ao processo de trabalho e à organização do trabalho no ambiente hospitalar: *a separação entre concepção e execução do trabalho*, onde somente o enfermeiro é capaz de dominar todas as 'parcelas' do trabalho da equipe de enfermagem, pois é o responsável direto pela divisão de tarefas. Esta separação entre concepção e execução faz com que os outros componentes da equipe percam o conteúdo de seu trabalho, ou seja, não consegue entender e controlar o próprio processo de trabalho e lentamente suas atividades se transformam em operações unilaterais, mecânicas e monótonas, o que explica em grande parte a rotina do trabalho e a queda de qualidade da assistência prestada, pela incapacidade de se compreender e identificar a importância que sua atividade parcelar tem no conjunto do processo de trabalho de enfermagem. Esta questão referente a divisão de tarefas muitas vezes é enfatizada como necessária devido a falta de tempo e de pessoal, estando presentes em discursos de autores que estudam o processo de trabalho em hospital. Na dissertação de mestrado de Cláudia Osório (1994), a falta de tempo aparece como sendo uma característica determinante no processo de trabalho hospitalar.

Outra questão observada com frequência refere-se a necessidade de *coordenação* entre as diversas atividades parcelares no processo de trabalho da enfermagem e a organização hierárquica do mesmo. Na medida em que o processo de trabalho é dividido em várias etapas e executadas por diferentes elementos da enfermagem, o enfermeiro assume a função de gerente da assistência de enfermagem, com o objetivo de controlar todas as fases do processo de trabalho a fim de garantir que o mesmo seja realizado

com uma certa técnica.

Autores como Dejours (1987), focalizam a relação homem - organização do trabalho como fundamental no desenvolvimento psíquico do trabalhador; Rego(1993) demonstra ainda, que o sofrimento psíquico do profissional de saúde está diretamente relacionado com a impotência frente a organização do trabalho, com a falta de significado das tarefas que realiza, com o isolamento que lhe é imposto pela organização do trabalho e com a atividade que não é sentida como sua expressão; Osório-Silva (1994) estudando também o processo de trabalho em um hospital geral da rede pública, busca entender como os trabalhadores deste se utilizam de 'máscaras' como estratégia de defesa para enfrentar os problemas do dia-a-dia no trabalho; e Pitta (1999), descreve o hospital como um espaço onde saúde e doença estão intrinsecamente relacionados.

Capítulo V - Descrição do Acidente de Trabalho com Material Biológico

" A verdade/constatação na forma do conhecimento talvez não passe de um caso particular da verdade/prova na forma do acontecimento; acontecimento que se produz como podendo ser de direito repetido sempre e em toda a parte... É essa forma particular de produção de verdade que pouco a pouco foi recobrindo as outras formas de produção da verdade e que, ou pelo menos, impôs sua forma como universal".

(Michel Foucault, 1979)

5. Descrição do Acidente de Trabalho com Material Biológico

5.1 Considerações

Neste capítulo o objetivo é avaliar o que no início deste texto denominamos de desenho do acidente típico em hospital. Para isso, construímos um formulário em parceria com a enfermeira Suely Lages, onde buscamos retratar a problemática do acidente de trabalho com material biológico proveniente do uso de instrumentos perfuro-cortantes no CPqHEC.

Dados como: idade, sexo, tipo de jornada de trabalho (plantonista ou diarista), número de trabalhadores que se acidentaram com perfuro-cortantes e descrição do acidente foram utilizados.

5.2 Caracterização da População Estudada

O CPqHEC possui 54 trabalhadores que compõem a equipe de enfermagem. Dentre estes, 41 são técnicos em enfermagem e 13 são enfermeiros. Destes trabalhadores, 21 foram estudados através de um formulário auto-aplicável com questões pertinentes às atividades laborais e o acidente de trabalho com instrumento perfuro-cortante.

Quanto ao sexo, 85% dessa população é composta por mulheres e 15% por homens, conforme ilustrado na Figura 1.

Dos trabalhadores que se acidentaram com material biológico, 33% são do sexo masculino.

Quanto a idade dos trabalhadores da equipe de enfermagem varia entre 21 e 53 anos com média de idade de 36 anos (+ ou – 8 anos). Este dado não permitiu encontrar um perfil referente a faixa etária mais suscetível ao acidente estudado.

5.3 Distribuição da jornada de trabalho dos trabalhadores avaliados da equipe de enfermagem do CPqHEC. Figura 2.

Dos 21 trabalhadores estudados, 21,5% são plantonistas e trabalham 24 horas semanais (uma vez por semana). Outros 21,5% trabalham 40 horas semanais, descansando nos finais de semana. E a maioria dos trabalhadores da equipe de enfermagem, 57%, trabalha na jornada de 12 por 36 horas de descanso.

5.4 Distribuição dos trabalhadores avaliados que exercem outra atividade de trabalho fora do CPqHEC. Figura 3.

Dos 21 trabalhadores avaliados, 38% exercem outra atividade fora do CPqHEC, enquanto 62% trabalha apenas no referido hospital.

5.5 Distribuição dos trabalhadores que se acidentaram no CPqHEC. Figura 4.

No grupo avaliado, 66% dos trabalhadores se acidentaram no referido hospital, enquanto que somente 34% dos trabalhadores da equipe de enfermagem não relataram ter sofrido acidente com material biológico no CPqHEC.

5.6 Distribuição dos tipos de acidentes mais freqüentes no hospital. Figura 5.

Dos trabalhadores acidentados, 58% dos acidentes ocorreram enquanto descartavam o material, 28% enquanto realizavam punção venosa e 14% quando lavavam o material após o uso em algum procedimento.

5.7 Distribuição da notificação dos acidentes com material biológico, no CPqHEC, entre os anos de 1995 e 1998. Figura 6.

Dos trabalhadores acidentados somente 22% realizaram a notificação, enquanto que 78% dos trabalhadores não realizaram a notificação.

Figura 1 - Distribuição dos sexos no grupo analisado.

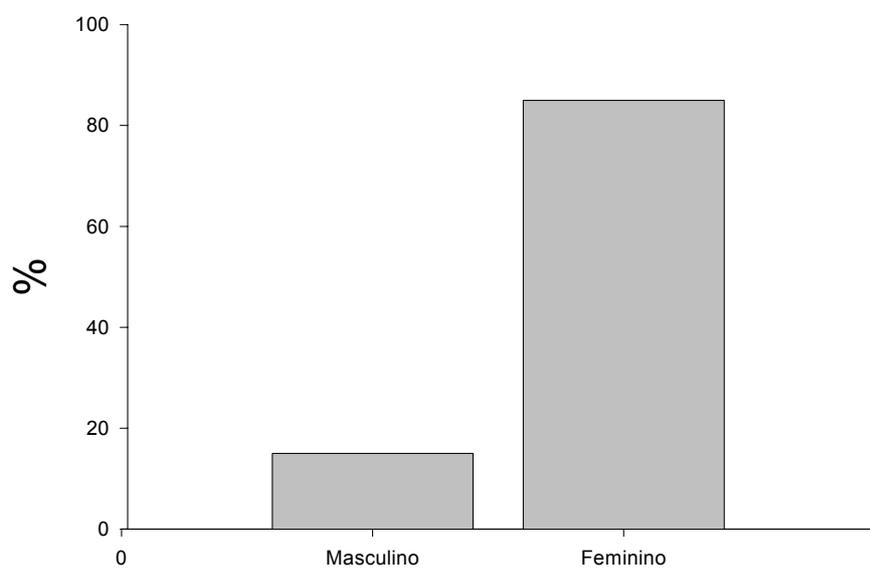


Figura 2 - Distribuição do tipo de jornada de trabalho no CPqHEC

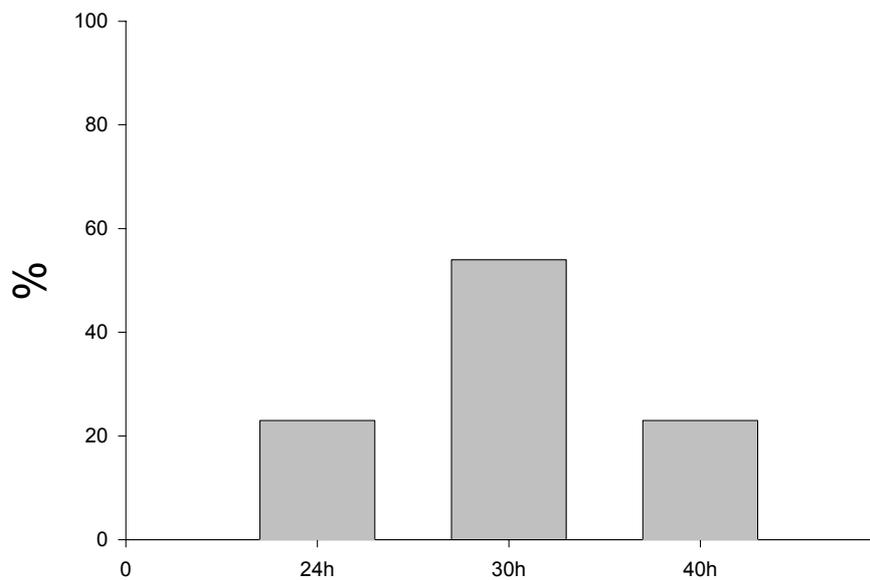


Figura 3 - Exercício de atividade fora do CPqHEC

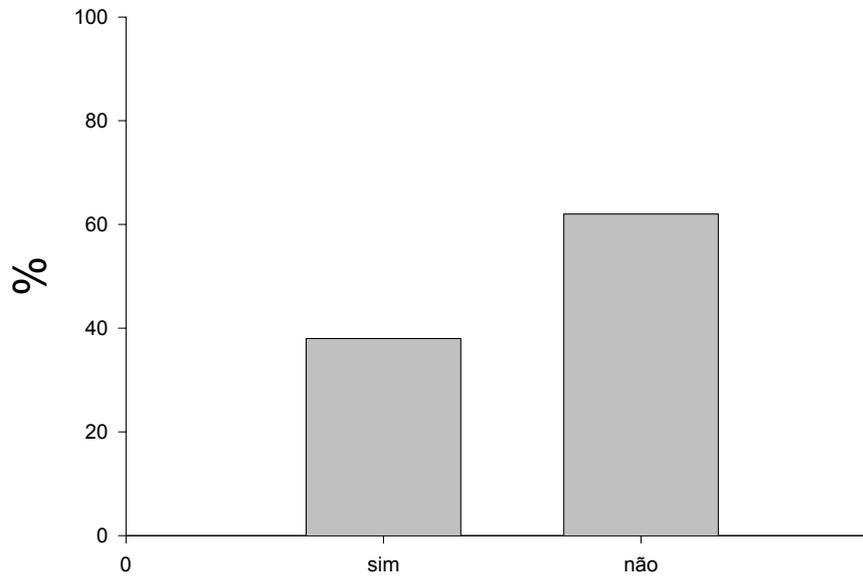


Figura 4 - Percentual de trabalhadores acidentados no CPqHEC.

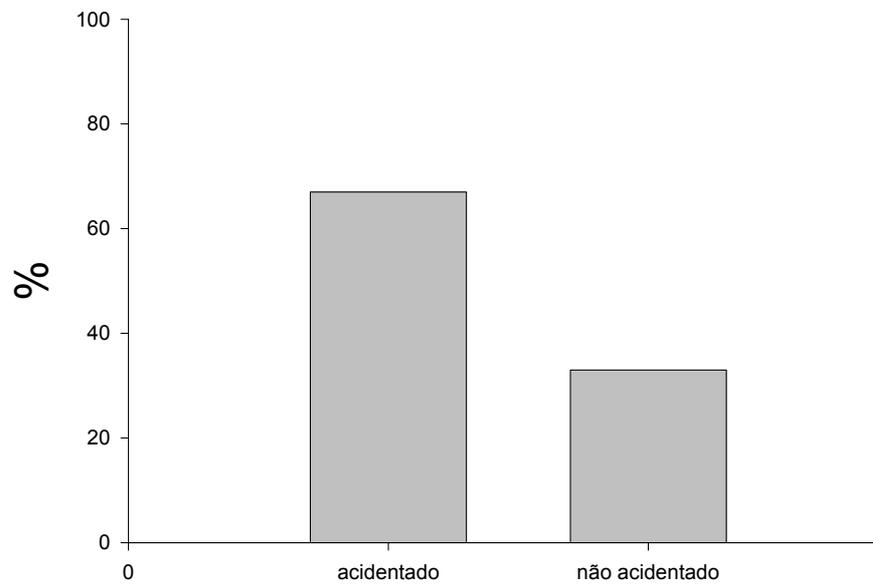


Figura 5 - Distribuição do tipo de acidente nos trabalhadores estudados no CPqHEC.

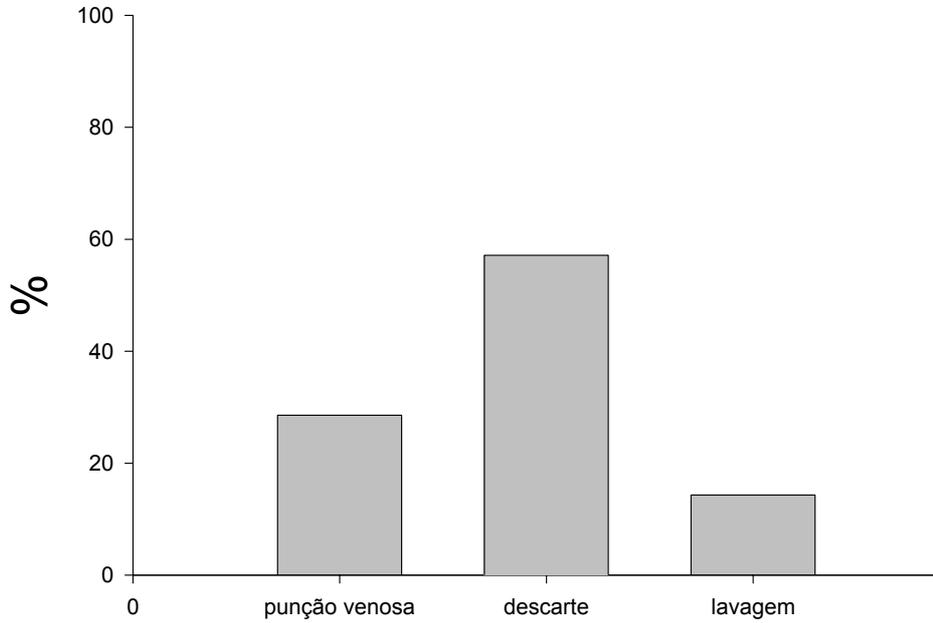
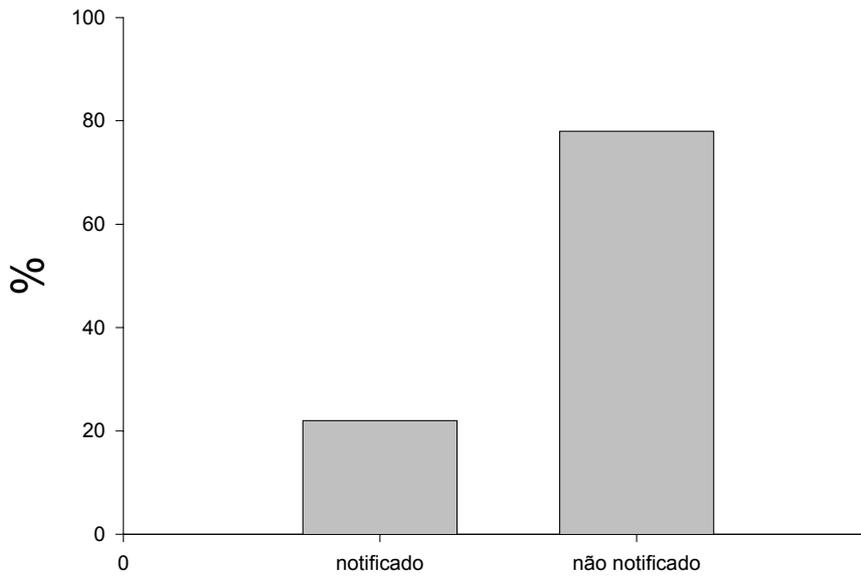


Figura 6 - Percentual de notificação do acidente de trabalho do CPqHEC.



5.8 O processo de análise dos dados

Sendo o objetivo deste estudo de caracterização do acidente típico em hospital, através da observação do cotidiano do trabalho da equipe de enfermagem, planejamos uma trajetória de análise com os seguintes passos:

Distribuição de frequência dos dados, examinando tendências e identificando variáveis referentes ao tipo de jornada de trabalho no CPqHEC, e sua relação com o trabalhador que se acidentou e, também, com relação ao trabalhador que não se acidentou, observando a existência de associação entre as três jornadas de trabalho no CPqHEC.

5.9 Análise dos resultados:

Num universo de 21 trabalhadores da equipe de enfermagem do CPqHEC, através do referido formulário, pode-se observar que:

-Quanto ao gênero, existe uma predominância de mulheres na força de trabalho da equipe de enfermagem. De um universo de 21 trabalhadores, somente 3 pertenciam ao sexo masculino.

“Historicamente as atividades de cuidar dos doentes com características tecnológicas próprias de assistir, higienizar, alimentar, prover dos elementos indispensáveis ao bom desenvolvimento do enfermo, seguindo os padrões da divisão social do trabalho, sempre estiveram ligadas à mulher “ (Pitta, 1999:132).

Quanto ao tipo de jornada de trabalho no CPqHEC dos trabalhadores da equipe de enfermagem, podemos afirmar que mais da metade do grupo analisado tem uma jornada de 12 horas de trabalho por 36 de descanso.

Quanto aos turnos de trabalho podemos observar que a ocorrência de acidente com material biológico é mais freqüente na jornada de 12/36 h. Essa ocorrência mais elevada no turno referido pode ser atribuída ao fato de

o ritmo de trabalho ser mais intenso no período diurno e, pode também, estar relacionada ao fato de que a maioria dos procedimentos terapêuticos serem realizados neste período. Podemos supor que o ritmo intenso de trabalho, com conseqüente sobrecarga de tarefas, pode ter grande significado na ocorrência do acidente típico em hospital.

Outra observação relevante refere-se a fato de que a menor incidência de acidentes com material biológico é no final de semana. Possivelmente, podemos associar a diminuição dos acidentes neste período à diminuição do ritmo de trabalho.

Assim sendo, dos trabalhadores que responderam ao formulário e relataram algum tipo de acidente com perfuro-cortante, mais de 60% já havia de acidentado pelo menos uma vez, com material biológico. Este dado confirma que o acidente típico em hospital é o acidente com perfuro-cortante. Se a maioria dos trabalhadores que respondeu ao formulário já se acidentou, medidas preventivas tais como uso de luvas ao realizar qualquer procedimento que envolva a possibilidade de contaminação com material biológico e, principalmente ações educativas e treinamento, deverão ser priorizadas, dado a importância do evento.

Outro dado de suma importância, é o da notificação do acidente de trabalho. Podemos afirmar que o trabalhador da saúde não notifica o acidente. A subnotificação dificultou bastante a coleta de dados para esta dissertação.

Um dado importante que pode ser encontrado na pesquisa realizada por Lages (1998) refere-se, também, a subnotificação dos acidentes ocorridos no hospital entre os anos de 1995 e 1998. Em sua pesquisa Lages utilizou a análise recordatória para confirmar que já haviam ocorrido 19 acidentes neste período. No entanto, somente 3 haviam sido notificados.

No questionário auto-aplicável, possivelmente devido a não identificação de quem o respondia, tornou-se possível confirmar o dado de

subnotificação pois 66% dos trabalhadores que o responderam, relataram pelo menos um acidente com material biológico.

-Quanto a distribuição do tipo de acidente mais freqüente no CPqHEC, na equipe de enfermagem, podemos afirmar que a maioria dos acidentes com material biológico, ocorre na hora do descarte e não ao realizar um procedimento junto ao paciente como havíamos pensado anteriormente. A punção venosa aparece em segundo lugar e a lavagem de material em terceiro.

6. Algumas Considerações Finais

A impressão inicial que podemos ter do *acidente típico em hospital* é de que se configuraria como aquele acidente que ocorre ao manusear-se o *instrumento perfuro-cortante*. Entretanto, com este estudo, percebemos que os *dois acidentes mais freqüentes no ambiente hospitalar* ocorrem, em primeiro lugar, *quando o trabalhador descarta o material, tentando reencapar a agulha após o uso, ou até mesmo quando guarda o material, como por exemplo o escalpe, em local não apropriado. E em segundo lugar, ao realizar o procedimento de punção venosa.*

Percebemos, também, que a conduta de reencapar a agulha era muito freqüente na rotina de trabalho do CpqHEC, o que se traduz na demanda por informação e treinamento adequado.

Um outro fator interessante de abordar refere-se aos elementos subjetivos, tais como: estresse, fadiga, cansaço decorrentes do acúmulo de atividades, segundo alguns trabalhadores, os responsáveis pelos acidentes de trabalho.

Quando questionados sobre a descrição do acidente, muitos disseram que não haviam prestado atenção suficiente para evitar o acidente, ou até mesmo que estavam cansados devido ao horário de trabalho. Outro fator mencionado, refere-se a culpabilização do outro pelo evento. O esquecimento de material após o uso, nos leitos dos pacientes, também foi apontado como desencadeador de acidentes com materiais biológicos.

“Muitos colegas esquecem o escalpe, após o uso, no leito do paciente, enrolado na gaze. Aí vem outro colega e se acidenta com o escalpe” Técnico de enfermagem do CPqHEC.

Finalmente, quando questionados sobre as precauções básicas e sobre o treinamento, os trabalhadores da equipe de enfermagem enfatizaram que o próprio local de trabalho deveria ser o lugar privilegiado para a discussão do cotidiano de trabalho e da prevenção do acidente com material biológico no hospital. Apontaram, também, que o treinamento deveria se estender aos técnicos de laboratório do CPq-HEC.

7. Referências Bibliográficas

- ALMEIDA et alli, 1981. (mimeo) Contribuição ao estudo da Prática de Enfermagem no Brasil – Ribeirão Preto/USP/Escola de Enfermagem.
- ALMEIDA, M. C. P. de. e JUAN, S. Y. R. 1986. O saber da Enfermagem e sua Dimensão Prática. São Paulo: Cortez.
- ANTUNES, J. L. F. 1991. Hospital: instituição e história social. São Paulo: Letras&Letras.
- ARIÈS, P. 1988. Sobre uma história da morte no ocidente, desde a idade média, Lisboa, Teorema.
- BLANK, V. L. G. 1987. Contribuição ao Estudo da Prática de Enfermagem – Dissertação de Mestrado – Fundação Oswaldo Cruz.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro – Secretaria Municipal de Saúde – Superintendência de Saúde Coletiva. – Coordenação de Doenças Transmissíveis. Manual de Condutas com Material Biológico. Rio de Janeiro, 1997.
- CDC, 1998. Universal Precautions for Prevention of Transmission of Human Immunodeficiency Virus, Hepatitis B virus, and other Blood Borne Pathogenes in à Healter-care Setting. MMWR, 377-388.
- CORRÊA, M. V. 1999. Trabalhos e Modos de Vida no Hospital: pesquisa médica e trabalho em saúde. Relatório de Pesquisa, Fiocruz/Faperj. Rio de Janeiro.
- DANIELLOU F.; LAVILLE, A & TEIGER, C., 1989. Ficção e Realidade no Trabalho Operário. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, 17 (68): 7-13.
- DEJOURS, C., 1987. A Loucura do Trabalho. São Paulo: Oboré.
- DWYER, T. 1994. Uma Concepção Sociológica dos Acidentes de Trabalho. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional nº 81. Vol 22, pág 15-19.
- ESTRYUN-BEHAR, M., 1980. Conditions de Travail et Difficultés Sociales de Femmes Travaillant à Hôspitaux. In: Équilibre ou Fadigue par le Travail. Paris: ESF. (pág –141-151).
- FEITOSA, V.C.,1996. Os escritos e o trabalho: um ensaio de ergonomia. Tese de Doutorado, COPPE, UFRJ.

- FOUCAULT, M., 1996. O Nascimento da Clínica. Rio de Janeiro, Forense-Universitária.
- FOUCAULT, M., 1984. Microfísica do Poder. Editora: Graal. Rio de Janeiro.
- FREITAS, C. M., 1996. Acidentes Químicos Ampliados: Incorporando a Dimensão Social nas Análises de Riscos. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz.
- GONÇALVES, R. B. M. 1994. Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde. São Paulo: Hucitec, Abrasco.
- LACOSTE, M., 1989. Langage et situation de travail, in: Courants Sociolinguistiques - Drigeard, G. Fiala P., Tournier M., Paris: Klincksieck.
- LAGES, S. P., 1998. Acidente com Material Biológico de Portadores Infectados pelo HIV/AIDS, entre os Profissionais da Equipe de Enfermagem: uma proposta de intervenção. Monografia do Curso de Especialização em Enfermagem na Área de Doenças Infecciosas e Parasitárias do CPqHEC.
- LÊNIN, W., 1965. Cahiers Philosophiques. Paris: Sociales.
- MACHADO, J. M. H. e GOMEZ, C. M. , 1995. Acidentes de Trabalho: concepções e dados. In: Minayo, M. C. S. (org.) Os Muitos Brasil – Saúde e População na Década de 80. Rio de Janeiro: Hucitec. (pág 117-142).
- MACHADO, J. M. 1991. Dissertação de Mestrado – Fundação Oswaldo Cruz. Violência no Trabalho na Cidade – Epidemiologia da Mortalidade do Rio de Janeiro em 1987 e 1988.
- MARX, K. , 1986. O capital - I , São Paulo: Nova Cultural, 2ª edição. (pág 53)
- MELLO, C., 1986. A divisão social do trabalho de enfermagem. Cortez: São Paulo. (pág 34).
- MINAYO, M. C. de S. , 1996. O desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. Abrasco: São Paulo / Rio de Janeiro.
- MINELLA, L. S. 1993. Diferenças de Enfoque sobre os Acidentes de Trabalho e suas Contribuições Teórico-Metodológicas. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, nº 78. Vol 21. Abril/maio/junho.
- MONTEIRO, A .L ., 1998. Acidente do Trabalho e Doença Ocupacional: conceito, processos de conhecimento e de execução e suas questões polêmicas. São Paulo : Saraiva.

- National Institutes of Health – Environmental Services Branch. Biohazards safety guide, 1974. Washington, D. C., Public Health Service.
- NETO, O .B.,1998. Estudo sobre Carga de Trabalho e Processo de Desgaste das Auxiliares de Enfermagem de um Hospital Universitário em Pernambuco – Dissertação de Mestrado – Instituto Aggeu Magalhães – Fundação Oswaldo Cruz, Recife.
- OLIVEIRA, P. de T. R. , 1998. O Sofrimento Psíquico e o Trabalho Hospitalar: um estudo de caso realizado em um hospital público no Pará. Dissertação de Mestrado Fundação Oswaldo Cruz.
- OSÓRIO-SILVA, C.1994. Curar, adoecendo. Dissertação de Mestrado. Fundação Oswaldo Cruz.
- PITTA, A. F. 1999. Hospital: dor e morte como ofício. São Paulo: Hucitec.
- PIRES, D. 1989. Hegemonia Médica na Saúde e a Enfermagem. São Paulo: Cortez.
- PREFEITURA MUNICIPAL DO RIO DE JANEIRO . Secretaria Municipal de Saúde. Superintendência de saúde Coletiva. Coordenação de Doenças Transmissíveis. Manual de Condutas em Acidentes com Material Biológico, Rio de Janeiro, 1997.
- RAPPARINI, C. 1998. Acidentes Ocupacionais por Material Biológico. In: Saúde em Foco – Informe Epidemiológico em Saúde Coletiva – Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Ano VII, nº 17, dezembro.
- REGO, M. P.1993. Trabalho Hospitalar e saúde Mental. –O caso de um Hospital Geral e Público no Município do Rio de Janeiro. – Dissertação de Mestrado – Centro Biomédico da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
- RIBEIRO, P. H. 1993. O Hospital: história e crise. São Paulo: Cortez.
- ROSEN, G. 1980. Da Política à Medicina Social. Rio de Janeiro, Graal.
- SULLIVAN, J. F. , SONGER, J. R. and ESTREM, I. E. 1978. Laboratory – Acquired Infections at National Disease Center 1960 –1976, Health Lab. Sci. 15: 58-64.
- TEIXEIRA, P. e VALLE, S. 1996. Biossegurança- uma abordagem multidisciplinar. Fiocruz: Rio de Janeiro.
- THEYS, J. , 1997. La Societé Vulnerablé. In: Fabiani, J. L. e Theys, J. (eds.). La Societé Vulnerable- Évaluer et Mai trisier Les Risques. Paris: Press de L' Ecole Normale Superiure. (pág: 3-36)

- THEREAU, J., 1980. La programmation de son travail par l'infirmière des unités de soins hospitalières, *In*: Dejours, C. Équilibre ou fatigue par le travail?, Paris. Ed: ESF.
- THIOLLENT, M. ,1994. Metodologia da Pesquisa-Ação. São Paulo: Cortez; 1994.
- TRIVIÑOS, A .N . S .,1997. Introdução à Pesquisa em ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo.
- VIDAL, M. 1989. A Evolução Conceitual da Noção de Acidente de Trabalho: conseqüências metodológicas sobre o diagnóstico de segurança. Cadernos de Engenharia de Produção. Universidade de São Carlos. (13: 1-29).
- WISNER, A. 1994. A metodologia na ergonomia : ontem e hoje. In: Inteligência no Trabalho. Textos selecionados de ergonomia. Tradução de Roberto Leal Ferreira, São Paulo, Fundacentro.

ANEXO I Apresentação do Formulário

Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública
Centro de Estudos em Saúde, Trabalho e Ambiente
Hospital Evandro Chagas

Considerações sobre o formulário de coleta de dados:

Introdução:

Venho realizando desde abril de 1998, neste hospital, uma investigação sobre acidente de trabalho com material biológico, especificamente os que ocorreram com a equipe de enfermagem. A escolha por este grupo de trabalhadores é decorrente da leitura da Monografia de Especialização em DIP, da enfermeira Suely Lages, que constatou um número expressivo de acidentes de trabalho não notificados, pela equipe de enfermagem. Em sua análise, não havia registro da maioria dos acidentes ocupacionais. Somente através de uma análise recordatória com os trabalhadores é que foi possível a identificação de 19 casos, no período de 1995 a 1998. No NUST (Núcleo de Saúde do Trabalhador da FIOCRUZ), somente 3 dos 19 acidentes haviam sido notificados.

Objetivos do estudo:

-Conhecer as características da força de trabalho da equipe de enfermagem.

-Conhecer o processo e a organização do trabalho desta mesma equipe de trabalhadores.

-Conhecer o perfil dos trabalhadores que se acidentou com material biológico, estabelecendo relações com as variáveis exploradas no formulário auto-aplicável.

-Contribuir para o desenvolvimento de uma metodologia de avaliação do acidente típico em hospital, tomando como recorte privilegiado o

processo e a organização do trabalho, estimulando assim, os trabalhadores a discutir os caminhos para evitar o acidente com material biológico.

Concluindo, venho por intermédio deste formulário solicitar que todos os trabalhadores da equipe de enfermagem do Centro de Pesquisas Hospital Evandro Chagas, repondam-o, contribuindo assim, para que possamos construir o modelo do acidente de trabalho com material biológico neste hospital. Entendemos que a partir da construção deste modelo, podemos trazer para o cenário do hospital fatos que possam interferir de forma positiva na problemática do acidente com perfuro-cortante.

ANEXO II Formulário de Coleta de Dados

Fundação Oswaldo Cruz
Centro de Pesquisas Hospital Evandro Chagas

Formulário de Coleta de Dados

Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem

Cargo/ocupação:

1.Dados Pessoais

1.1-sexo:

1.2-idade:

1.3-escolaridade:

Fez algum curso profissionalizante? Onde?

2.Dados Profissionais

2.1-Data de seu ingresso no CPqHEC:

2.2-Jornada de Trabalho:

2.3-Tem descanso? Quantas horas?

3.Atividades Profissionais

3.1-Desenvolve alguma atividade profissional em enfermagem fora de sua jornada de trabalho no CPqHEC? Caso a resposta seja positiva, em quais horários?

3.2-Exerce outras atividades fora da sua área de enfermagem? Caso sua resposta seja positiva, especificar quais são e o(os) local (locais) de trabalho.

4.Capacidade Profissional

4.1-Enquanto trabalhador da saúde, acha que sua atividade de trabalho exercida no CPqHEC é valorizada?

4.2-Descreva as atividades laborais que desenvolve no CPqHEC, correlacionando com os seus sentimentos em relação ao trabalho, aos pacientes e a equipe de trabalho.

5.Dentre os itens abaixo, assinale (marque com X) aqueles que você considera que podem trazer dificuldades para a realização do seu trabalho:

- problemas com o responsável pelo serviço
- distribuições de tarefas
- relacionamento interpessoal com a equipe
- relacionamento com os pacientes
- condições de trabalho
- falta de materiais para a realização do trabalho
- ritmo do trabalho (muito intenso)
- salário
- aprimoramento profissional (falta de treinamento)

6. Você tem sentido algum ou alguns dos sintomas abaixo? Destaque-os: (marque com X)

- insônia
- problemas de digestão
- depressão, angústia e irritabilidade emocional
- cansaço excessivo, dor de cabeça freqüente
- dores musculares
- tabagismo
- faz uso de bebidas alcoólicas com certa freqüência
- outros sintomas

7.Acidentes de Trabalho

7.1-Já sofreu algum tipo de acidente de trabalho com material biológico? Quando foi? (data do acidente). Descreva-o.

7.2-Qual o tipo de exposição ocupacional que originou o acidente?

Ex: manuseio do descarte, administrando medicamentos, coletando sangue (punção venosa).

7.3-Quando ocorreu o acidente você estava vacinado contra hepatite B? caso a resposta seja negativa, realizou a profilaxia? Por que?

7.4-Quando ocorreu o acidente foi coletada amostra de sangue para a realização do anti-HIV?

7.5-Você realizou a notificação? Onde? Tem recebido algum tipo de acompanhamento?

7.6-Caso não tenha realizado a notificação, sabe de sua importância?

7.7-Você conhece as medidas de precauções universais/ Diga quais você considera importante.

7.8-O que você entende por equipamento de proteção individual (EPI)?

7.9-O que acha do treinamento contínuo, realizado no próprio local de trabalho?