

LABORO EXCELENCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO MEDICINA DO TRABALHO

WALDERCI FERREIRA FILHO

**EXPOSIÇÃO A RISCOS BIOLÓGICOS ENTRE PROFISSIONAIS DO HOSPITAL
MUNICIPAL SANTA ROSA EM SÃO FRANCISCO DO BREJÃO-MA**

São Luís
2010

WALDERCI FERREIRA FILHO

**EXPOSIÇÃO A RISCOS BIOLÓGICOS ENTRE PROFISSIONAIS DO HOSPITAL
MUNICIPAL SANTA ROSA EM SÃO FRANCISCO DO BREJÃO-MA**

Monografia apresentada ao curso de Especialização em Medicina do Trabalho da LABORO – Excelência em Pós-Graduação- Universidade Estácio de Sá para obtenção do título de Especialista em Medicina do Trabalho

Orientadora: Profª Dra. Mônica Elinor Alves Gama

São Luís
2010

WALDERCI FERREIRA FILHO

**EXPOSIÇÃO A RISCOS BIOLÓGICOS ENTRE PROFISSIONAIS DO HOSPITAL
MUNICIPAL SANTA ROSA EM SÃO FRANCISCO DO BREJÃO-MA**

Monografia apresentada ao curso de
Especialização em Medicina do Trabalho da
LABORO – Excelência em Pós-Graduação-
Universidade Estácio de Sá para obtenção
do título de Especialista em Medicina do
Trabalho

Aprovada em ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Profª Dra. Mônica Elinor Alves Gama (Orientadora)
Doutora em Medicina
Universidade São Paulo -USP

Profª Msc. Rosimary Ribeiro
Mestre em Enfermagem Pediátrica
Universidade São Paulo -USP

Dedico esse trabalho a Deus e
minha família

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus em primeiro lugar. À minha esposa Ester Sampaio, a qual me ajudou na elaboração deste trabalho. Ao meu amigo, Walter Maxwuel, o qual me acompanhou nas viagens para São Luís, durante o curso.

O conhecimento torna a alma jovem e diminui a amargura da velhice. Colhe, pois, a sabedoria. Armazena a suavidade para o amanhã.

Leonardo Da Vinci

RESUMO

O estudo teve como objetivo fazer uma avaliação sobre o processo de trabalho e situações em que ocorrem os acidentes ocupacionais, bem como os riscos biológicos no Hospital Municipal Santa em São Francisco do Brejão-MA, onde foi verificando pesquisados 15 colaboradores entre médicos, enfermeiros, auxiliares do referido hospital nos diversos postos de trabalho. O estudo foi exploratório com abordagem descritiva, o instrumento de coleta de dados foi o formulário com perguntas semiestruturadas, obedecendo às questões éticas, caracterizando uma pesquisa quantitativa. Foi analisada a exposição dos riscos biológicos entre os profissionais como médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e serviços gerais. Nas análises ficou comprovado que a maioria dos entrevistados era do sexo feminino com 93%, sobre a escolaridade 64%, possuem o ensino médio completo, 72% trabalham há vários anos no hospital; 43% trabalham 12 horas por dia e 79% desses profissionais nunca sofreram acidente de trabalho. Foi possível observar que a equipe profissional que tem mais tempo de trabalho em hospital, em relação aos riscos biológicos, pode ocasionar pela sua autoconfiança na realização de procedimento, (contribuindo para que haja) desleixo na realização de técnicas corretas de assepsia, limpeza e desinfecção de unidades, e isso favorece aos riscos biológicos por meio de infecções hospitalares. Por isso, a necessidade de se atentar para essas práticas. Somente existindo um controle e um programa de intervenção, é que poderá auxiliar a reciclagem dos profissionais nas técnicas realizadas.

Palavras-chave: Medicina do Trabalho. Saúde Ocupacional. Riscos Biológicos.

ABSTRACT

The study aimed to evaluate on the work process and situations that occur in occupational accidents and biological risks in the Holy City Hospital, where he was checking the position of the hospital employees in different jobs in order to propose solutions for improvement. We analyzed the biological hazards of exposure among professionals like doctors, nurses, nursing assistants and general services. In the analysis it was proved that the majority of respondents were female, 93%, about 64% level of education as well as most, has a college degree, 72% work for several years in hospital, 43% work 12 hours a day and 79% of these professionals have never suffered an accident at work. It was also observed that the professional team that has more working time in hospital, in relation to biological hazards, may result in self-confidence in performing the procedure, contributing to the realization that there is neglect of proper aseptic techniques, cleaning and disinfection units , and that favors biological risks through hospital infections. One should therefore pay attention to these practices, there should be a control and intervention program to assist the recycling of technical professionals in place.

Key-words: Occupational Medicine, Occupational Health, Biological Hazards.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Distribuição percentual dos 28 participantes da pesquisa de campo de acordo com o sexo. São Francisco do Brejão-MA/2010	47
Gráfico 2: Distribuição percentual dos 28 participantes da pesquisa de campo de acordo com o estado civil. São Francisco do Brejão-MA/2010	48
Gráfico 3: Distribuição percentual dos 28 participantes da pesquisa de campo de acordo com a escolaridade. São Francisco do Brejão-MA/2010	49
Gráfico 4: Distribuição percentual dos 28 participantes da pesquisa de campo de acordo com a categoria profissional. São Francisco do Brejão-MA/2010	50
Gráfico 5: Distribuição percentual dos 28 participantes da pesquisa de campo de acordo com ao tempo de serviço. São Francisco do Brejão-MA/2010	51
Gráfico 6: Distribuição percentual dos 28 participantes da pesquisa de campo de acordo com a atuação no Hospital. São Francisco do Brejão-MA/2010	51
Gráfico 7: Distribuição percentual dos 28 participantes da pesquisa de campo de acordo com a jornada de trabalho. São Francisco do Brejão-MA/2010	52
Gráfico 8: Distribuição percentual dos 28 participantes da pesquisa de campo de acordo com ao tempo de serviço. São Francisco do Brejão-MA/2010	52
Gráfico 9: Distribuição percentual dos 28 participantes da pesquisa de campo de acordo com a jornada de trabalho na escala atual. São Francisco do Brejão-MA/2010.....	53
Gráfico 10: Distribuição percentual dos 28 participantes da pesquisa de campo de acordo com o turno de trabalho na escala atual. São Francisco do Brejão-MA/2010.....	54
Gráfico 11: Distribuição percentual dos 28 participantes da pesquisa de campo de acordo se tem horário fixo no emprego atualmente. São Francisco do Brejão-MA/2010	54
Gráfico 12: Distribuição percentual dos 28 participantes da pesquisa de campo	

quanto se possui emprego atual. São Francisco do Brejão-MA/2010..	55
Gráfico 13: Distribuição percentual dos 28 participantes da pesquisa de campo quanto à jornada de emprego. São Francisco do Brejão-MA/2010	55
Gráfico 13: Distribuição percentual dos 28 participantes da pesquisa de campo sobre se já sofreram algum acidente no hospital. São Francisco do Brejão-MA/2010.....	56
Gráfico 14: Distribuição percentual dos 28 participantes da pesquisa de campo quanto ao uso de uso de IPI no ato do acidente. São Francisco do Brejão-MA/2010.....	56

LISTA DE SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CAT	Comunicação de Acidentes do Trabalho
CIPA	Comissão Interna de Prevenção de Acidentes
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CNAE	Classificação Nacional de Atividades Econômicas
CONAMA	Conselho Nacional do Meio Ambiente
EPI	Equipamentos Proteção Individual
EUA	Estados Unidos da America
NR	Normas Regulamentadoras
OIT	Organização Internacional do Trabalho
PPRA	Programa de Prevenção de Riscos Ambientais
SESMT	Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	OBJETIVOS	14
2.1	Geral	14
2.2	Específicos	14
3	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	15
3.1	Aspectos essenciais da medicina do trabalho	15
3.1.1	História	15
3.1.2	História da Medicina Ocupacional no Brasil	16
3.1.3	Legislação no Brasil sobre acidente do trabalho	19
4	TRABALHO E SAÚDE	26
4.1	O campo da Saúde do Trabalhador	27
4.2	Riscos Ocupacionais e suas Várias Concepções	29
4.2.1	Riscos físicos	29
4.2.2	Riscos químicos	29
4.2.3	Riscos mecânicos	30
4.2.4	Riscos ergonômicos	30
4.2.5	Riscos biológicos	31
5	RISCOS BIOLÓGICOS	34
5.1	Riscos Biológicos no Ambiente Hospitalar	36
5.2	Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA	36
5.3	Utilização de Equipamento de Proteção Individual - EPI	39
6	CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE GESTÃO EM SAÚDE	42
6.1	Organização da estrutura do Hospital	44
7	METODOLOGIA	45
7.1	Tipo de estudo	45
7.2	Local da Pesquisa (características gerais do Município de São Francisco do Brejão-MA)	45
7.3	População estudada	46
7.4	Instrumentos de coleta de dados	47
7.5	Análise dos dados	47

9	RESULTADOS E DISCUSSÕES	49
9	CONCLUSÃO.....	57
	REFERENCIAS	59
	APÊNDICE	60

1 INTRODUÇÃO

A medicina do trabalho pode ser considerada uma temática como um desafio aos riscos ocupacionais em suma dos riscos biológicos os quais se encontram presente no ambiente hospitalar.

São considerados riscos biológicos: vírus, bactérias, parasitas, protozoários, fungos e bacilos. Os riscos biológicos ocorrem por meio de microorganismos que, em contato com o homem, podem provocar inúmeras doenças. Muitas atividades profissionais favorecem o contato com tais riscos, em particular o ambiente hospitalar (ODA, 1998).

São inúmeras as doenças profissionais provocadas por microorganismos que constituem os riscos biológicos, tais como: tuberculose, brucelose, malária, febre amarela. São necessárias medidas preventivas para que as condições de higiene e segurança nos diversos setores de trabalho sejam adequadas.

A prevenção quanto aos riscos ocupacionais para o futuro da saúde ocupacional principalmente dos trabalhadores de hospital, faz-se necessária ser antecipada, devido a constante exposição dos trabalhadores a esse tipo de risco, não devendo ser polarizada com questões e demandas específicas dos movimentos de trabalhadores.

Por outro lado, os riscos biológicos, no âmbito das Normas Regulamentadoras de Segurança e Saúde no Trabalho - NR, incluem-se no conjunto dos riscos ambientais, junto aos riscos físicos e químicos, conforme pode ser observado pela transcrição da NR 9 no item 9.1.5 Programa de Prevenção de Riscos Ambientais - PPRA: 9.1.5. Para efeito desta NR, consideram-se riscos ambientais os agentes físicos, químicos e biológicos existentes nos ambientes de trabalho que, em função de sua natureza, concentração ou intensidade e tempo de exposição, são capazes de causar danos à saúde do trabalhador.

A NR 32 que trata especificamente da segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde e os riscos biológicos, no item 32.2 dos riscos biológicos, no item 32.2.1 para fins de aplicação desta NR, considera Risco Biológico, a probabilidade da exposição ocupacional a agentes biológicos.

O esforço pela qualidade nos serviços de saúde tem sido um fenômeno mundial por vários fatores, onde a preocupação com a saúde do trabalhador, seja

em rede pública ou privada, percebe-se que a sociedade contemporânea, exige cada vez mais qualidade em serviço, sendo inclusive um dos requisitos indispensáveis para a sobrevivência econômica, sem esquecer da responsabilidade ética e social tão defendida pelos estudiosos do assunto.

Entretanto, cada hospital possui uma clientela diferente e variadas formas de atendimento, sendo que em um mesmo hospital varia também em relação ao risco de adquirir infecção hospitalar, dependendo dos diversos serviços e procedimentos que são realizados. Dessa forma, faz-se necessário um profissional qualificado, a fim de antecipar e reconhecer as reais necessidades do ambiente para evitar a exposição aos riscos ocupacionais.

De outra forma, pode-se dizer que a exposição aos riscos biológicos é uma das grandes responsáveis pela contaminação dos profissionais de saúde dentro do hospital, abalando a condição de higiene e segurança do trabalho, por isso este serviço de apoio precisa de grande atenção, pois os riscos biológicos são considerados os maiores veículos condutores de microrganismos, os quais são diretamente responsáveis pelo acidente ocupacional e infecção hospitalar.

Sendo esse tema de suma importância para a saúde dos profissionais que atuam em hospitais, o estudo teve como objetivo principal caracterizar o perfil dos acidentes relacionados a riscos biológicos entre os profissionais no Hospital Municipal Santa Rosa, localizado no município de São Francisco do Brejão-MA, a fim de identificar as condições de riscos biológicos nos diversos ambientes de trabalho do referido hospital.

Para que o mesmo se tornasse de cunho científico, foi realizada uma pesquisa bibliográfica e pesquisa de campo no universo de 28 colaboradores entre médicos, enfermeiros auxiliares de enfermagem e serviços gerais.

Para melhor compreensão desse estudo, procurou-se relatar vários itens baseados em diversos autores, pelos quais foi feita a revisão de literatura, onde foram discutidos durante toda a dissertação tópicos sobre a Administração Hospital, seus aspectos essenciais da medicina do trabalho, bem como a história da Medicina Ocupacional no Brasil, a legislação no Brasil sobre acidente do trabalho; trabalho e saúde; o campo da Saúde do Trabalhador; os riscos ocupacionais e suas várias concepções; enfatizou-se também sobre os riscos biológicos no ambiente hospitalar, Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA, a utilização de EPI; abordando-se sobre as considerações gerais sobre gestão em saúde e sobre a

organização da estrutura do hospital; discorreu-se sobre a metodologia, os resultados e discussões, e por último a conclusão.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

- Caracterizar o perfil dos acidentes relacionados a riscos biológicos entre profissionais no Hospital Municipal Santa Rosa no município de São Francisco do Brejão-MA

2.2 Específicos

- Identificar as condições de riscos biológicos nos diversos ambientes de trabalho dos profissionais de saúde do Hospital Municipal Santa Rosa;
- Caracterizar processos de trabalho e situações em que ocorrem ao acidentes;
- Identificar as características epidemiológicas dos acidentes;
- Delinear estratégias para implantação de um Sistema de Vigilância de acidentes para os hospitais do Hospital Municipal Santa Rosa

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 Aspectos essenciais da medicina do trabalho

3.1.1 História

O pai da medicina, denominado Hipócrates, supostamente nascido em 460 a.C., em seu livro *locus*, assinalava a importância do ambiente, da alimentação e da ocupação dos homens para a gênese das doenças

O trabalho era considerado como uma atividade vil, destinado às camadas mais baixas da sociedade, carentes de proteção. Os escravos poderiam ser mortos ou mutilados por seus amos, de sorte que, nessa época, quase não se pode falar de qualquer tipo de proteção devida em razão de infortúnio resultante de trabalho. (COSTA, 2002).

Hipócrates foi o iniciador da observação clínica e, segundo Mendes (2005), já se descrevia quadro clínico de “intoxicação saturnina” encontrada no trabalhador mineiro, omitindo qualquer menção ao ambiente de trabalho e à atividade em si mesma.

Plínio, estudioso romano, ainda antes da era cristã, de acordo com Costa (2002), descreveu casos de envenenamento mercurial em escravos que trabalhavam em minas contaminadas por vapores de mercúrio.

Bernardino Ramazzini, professor de medicina na Universidade de Móderia, no período de 1682 a 1700, é considerado o Pai da Medicina Ocupacional, em virtude de seu livro “*De Morbis Artificum Diatriba*”, primeira publicação da literatura médica (1760) que aborda, frontalmente, as doenças ocupacionais e destaca os danos à saúde causados por diferentes agentes agressivos que relacionou a 52 profissões.

Em 1760, com o advento da Revolução Industrial na Europa, a mobilidade de trabalhadores de atividades artesanais para o atendimento às necessidades da incipiente industrialização, somada à mobilidade de pessoas para os grandes centros, onde as oportunidades de trabalho passaram a existir, ocasionou o

aparecimento, não somente de acidentes ligados às novas atividades laborais, como também de patologias a elas associadas. Os cuidados médicos, inicialmente, voltaram-se não à prevenção, mas ao tratamento de acidentes e agravos à saúde. Tardamente, as atenções recaíram sobre a proteção às máquinas perigosas, uso de equipamentos de proteção e medidas sanitárias de caráter preventivo (COSTA, 2002).

Nesse contexto, a Revolução Industrial trouxe muitas transformações para a sociedade, principalmente, para a classe trabalhadora. Essas transformações repercutiram de forma negativa no que diz respeito ao bem-estar físico e psicológico do trabalhador, sendo obrigado a executar longas jornadas de trabalho em ambientes sem segurança, tendo que manusear máquinas tecnologicamente avançadas, com as quais não estavam habituados, gerando assim graves acidentes de trabalho, como: mutilação, intoxicação, desgaste físico, que ocorriam, principalmente, com as mulheres que ocupavam o mercado de trabalho em grande número, por serem consideradas mão-de-obra barata. “Sob a nova sociedade capitalista, os antigos direitos humanos à via e à subsistência tinham de ser repensados” (MIRANDA, 1998, p.3).

A evolução da tecnologia, os modernos conceitos sociológicos de valoração dos trabalhadores, a evolução do amparo legal aos mesmos e, primordialmente, o avanço científico da moderna Medicina Ocupacional conduziram à situação atual em que a segurança e a saúde do trabalhador ocupam posição privilegiada entre os múltiplos fatores intervenientes na relação trabalho/produção.

3.1.2 História da Medicina Ocupacional no Brasil

Desde o descobrimento do Brasil até 1750, as atividades produtivas no Brasil limitavam-se à criação de gado e culturas, principalmente, de cana-de-açúcar. Ocorria, também, garimpo de ouro e pedras preciosas. A mão-de-obra era escrava, não ocorrendo qualquer preocupação em relação à saúde ocupacional. A partir desta data, registra-se a criação de pequenos centros ligados ao refino de açúcar, à tecelagem, à produção de roupas, ferramentas, papel e vidraria.

Em 1807, ocorreu a vinda da Família Real para o Brasil, originando um

surto de progresso, com a criação de escolas superiores, bibliotecas, construções para os nobres e funcionários de maior graduação, etc. (COSTA, 2002). Obviamente, houve reflexos positivos sobre as atividades produtivas que buscaram novos parâmetros, procurando substituir aquelas existentes em Portugal.

Com a Independência do Brasil, D. Pedro I outorgou a Carta Constitucional de 1824, que, em seu art. 179, abole as Corporações de Ofício, com o propósito de colocar sob o manto protetor da Coroa o controle das atividades laborais. A ordem social continuava escravagista, não sendo admitidas modificações no sentido de reduzir, progressivamente, a escravatura (MONTEIRO et al., 2000).

No Segundo Reinado, D. Pedro II, em 1850, promulgou o Código Comercial que, pela primeira vez na história do Brasil, refere-se aos acidentes do trabalho: Os acidentes imprevistos e inculcados, que impedirem aos prepostos o exercício de suas funções, não interromperão o vencimento de seus salários, contanto que a inabilitação não exceda a três meses contínuos. Não se reportava à mão-de-obra escrava, que não auferia qualquer salário.

Ainda em 1850, foi promulgada a lei que proibia o tráfico de escravos para o Brasil, seguida, em 1871, da Lei do Ventre Livre, que considerava livres os filhos de escravas, nascidos a partir de sua promulgação. O cenário apontava para a abolição da escravatura, o que levou os produtores rurais a buscarem na Europa a mão-de-obra que pudesse substituir a escrava.

Acentuou-se a imigração, principalmente de italianos e alemães, dirigida ao sul do país. De acordo com Costa (2002), no reinado de D. Pedro II, surgiram as primeiras manifestações sindicais, sob a forma de diferentes Caixas associativas de trabalhadores urbanos.

Em 1888, foi abolida a escravidão no Brasil, abalando os alicerces econômicos que repousavam sobre atividades produtivas basicamente rurais. Em 1889, encerra-se o Segundo Reinado, sendo estabelecida a Proclamação da República.

Afirma Monteiro et al., (2000) que, na ocasião, o país já possuía incipiente capacitação industrial, com pequenas indústrias que atendiam, parcialmente, às necessidades nacionais. A predominância era de indústrias têxteis, aproximadamente 60% do total, alimentícias (15%) e químicas (10%).

Existiam estudos médicos, publicados no Rio de Janeiro, relatando os efeitos danosos à saúde, observados em fábricas de tabaco e de sabão, e na

mineração de ouro (mina de Morro Velho/MG). São considerados os primeiros artigos médicos ocupacionais publicados no Brasil (COSTA, 2002).

Em 1891, com o advento da República, foi criada a Inspeção do Trabalho, com o propósito de verificar as condições de trabalho atribuído a crianças nos estabelecimentos fabris.

No século XX, de acordo com Costa (2002), foi desenvolvida no Brasil a medicina sanitária que, por seu caráter coletivo, contribuiu para estabelecer nova visão das doenças ligadas ao trabalho, procurando estabelecer nexos causais e medidas preventivas mais efetivas.

Em janeiro de 1919, foi sancionado pelo Presidente Delfim Moreira o Decreto Legislativo que estabelece indenizações para os acidentes do trabalho, incluindo como evento acidentário as doenças causadas pelo trabalho, cabendo ao acidentado o ônus da prova (SALIBA et al., 2009).

Em 1920, foi criado o Departamento Nacional de Saúde Pública que passou a gerir as atividades de saúde ocupacional, disciplinando o trabalho de jovens e gestantes e a higiene laboral (COSTA, 2002).

Em 1930, Getúlio Vargas cria o Ministério do Trabalho e o Ministério da Educação e Saúde, demonstrando a importância que dedicava aos trabalhadores e às atenções sanitárias populacionais.

Em 1932, foram sancionados decretos que regulamentavam a duração de horas para o trabalho nas indústrias e as atividades laborais proibidas para mulheres e menores de idade. Em 1934, foi criada a inspeção Médica do Trabalho para que se efetivasse o cumprimento da legislação de segurança e saúde do trabalho. Seria a atividade pioneira dos médicos do trabalho no país. Em 1939, durante o Estado Novo, portaria do Ministério do Trabalho determinou indústrias de atividades julgadas insalubres e criou o adicional de insalubridade, já estabelecido sobre o salário mínimo local (COSTA, 2002).

Em 1943, a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), após longo período de preparação, foi sancionada por Getúlio Vargas.

Em 1944, o Ministério do Trabalho criou o cargo de Médico do Trabalho, dando reconhecimento oficial à especialidade, numa iniciativa precursora da situação atualmente estabelecida pela NR 4, subitem 4.4.1, inserida na CLT Capítulo V, Título II, Normas Regulamentadoras da Segurança e Medicina do trabalho (COSTA, 2002).

No Brasil, os acidentes do trabalho envolvem um prévio conhecimento de sua origem e evolução no tempo, a fim de chegar à realidade das regras infortunistas que estão embutidas na Lei nº 8.213/91 e legislação subsequente que a alterou. E tem como grande marco da legislação acidentária em nosso país o Decreto-Lei nº 7.036, de 10 de novembro de 1944, regulamentado pelo Decreto nº 18.809, de 05 de maio de 1945.

Os acidentes de trabalho causam cerca de três mil mortes por ano no país. Dados da Previdência Social mostram que no setor privado, 653.090 (seiscentos e cinquenta e três mil e noventa) acidentes foram registrados em 2007, numero maior que o do ano anterior, de 512.232 (quinhentos e doze mil, duzentos e trinta e dois) casos (CAMPOS, 2009).

Para lembrar que esse tipo de problema continua ocorrendo em todo o mundo, a Organização Internacional do Trabalho (OIT) instituiu o dia 28 de abril como o Dia Mundial de Segurança e Saúde no Trabalho.

A estimativa é que o Brasil perca anualmente R\$ 42 bilhões em decorrência de acidentes e doenças do trabalho, incluindo nessa conta os gastos da Previdência, Saúde e os custos para o setor privado. "São recursos que poderiam ser utilizados para promover o bem-estar, a distribuição de renda e a produtividade", disse Marinho, que lembrou que o Governo já vem adotando medidas para melhorar a prevenção. Em abril do ano passado, por exemplo, foi implantado o Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário (NTEP), que permite aos médicos peritos do INSS identificar doenças ocupacionais a partir da correlação entre a doença e a atividade profissional (MARINHO, 2008, p. 95).

De acordo com Campos (2009), o crescimento do número de acidentes do trabalho foi verificado em todos os setores econômicos e, em 2007, sofreu influência dos acidentes sem Comunicação de Acidentes do Trabalho (CAT), registrados por meio do Nexo Técnico Epidemiológico.

3.1.3 Legislação no Brasil sobre acidente do trabalho

A primeira lei a tratar do acidente do trabalho foi da Alemanha, de seis de julho de 1884, concedida por Bismarck. Constituía-se de normas de segurança do trabalho e continha as seguintes proteções: assistência médica, assistência

farmacêutica, auxílio-funeral e pagamento pecuniário no valor de 100% (cem por cento) do salário enquanto o trabalhador permanecesse incapacitado para o trabalho. No início, o seguro era realizado entre o empregado incapacitado e o empregador. Em seguida, o Tesouro alemão passou a garantir o pagamento, estruturando-se, assim, o conhecido sistema tríplice de custeio (DELGADO, 1988).

Em 1897, surgiu na Inglaterra um plano, que protegia somente os dependentes no caso de invalidez do trabalho. Esse seguro era pago num lapso de 36 (trinta e seis) meses (FERNANDES, 2008).

A França promulgou norma em 1898 criando a assistência à velhice e aos acidentes de trabalho. Na Inglaterra, em 1897, foi instituído o *Workmen's Compensation Act*, criando o seguro obrigatório contra acidentes de trabalho, sendo o empregador considerado responsável pelo sinistro, independentemente de culpa. Em 1907, foi promulgada lei de reparação de acidentes de trabalho e, em 1911, outra lei tratou da cobertura à invalidez, à doença, à aposentadoria voluntária e à previsão de desemprego (BARROSO, 2010).

Segundo Martins (2006, p. 395), “na Espanha, em 30 de janeiro de 1900, foi editada a primeira lei sobre acidentes do trabalho”³. Nela, o acidente do trabalho era definido como: “toda lesão corporal que o operário sofra na ocasião ou em consequência do trabalho que executa por conta alheia”. Nesse conceito, agregam-se elementos importantes, como: o nexos causal e a relação de dependência entre o trabalhador e empregador.

Em 1924, surgiu o Plano Beveridge, criando o sistema de seguridade social, pelo qual todo cidadão tem direito à proteção social, mesmo o despossuído de condição financeira para contribuir. Implantado inicialmente na Inglaterra, em 1946, foi incorporado à carta de Direitos do Homem; em 1948, como Direito Humano.

A partir de então, as organizações sociais como a Organização Internacional do Trabalho (OIT) mantêm-se mobilizadas para que o sistema seja implantado em todos os países.

O Código Comercial Brasileiro de 1850 e o Código Civil de 1916 foram os primeiros diplomas legais a dar uma orientação geral sobre acidente do trabalho.

Art. 79 - Os acidentes imprevistos e inculpados, que impedirem aos prepostos o exercício de suas funções, não interromperão o vencimento do seu salário, contanto que a inabilitação não exceda a 3 (três) meses contínuos. 1..

Art. 560 - Não deixará de vencer a soldada ajustada qualquer individuo da tripulação que adoecer durante a viagem em serviço do navio, e o curativo será por conta deste; se, porém, a doença for adquirida fora do serviço do navio, cessará o vencimento da soldada enquanto ela durar e a despesa do curativo será por conta das soldadas vencidas; e se estas não chegarem, por seus bens ou pelas soldadas que possam vir a vencer (CCB, 1850 apud OLIVEIRA, 2009, p. 43).

O primeiro regramento versando acidentes do trabalho foi o Decreto Legislativo nº. 3.724, de 15 de janeiro de 1919. Esse Decreto excluía o Instituto das Concausas ou causas paralelas (coadjuvantes), que informa a ocorrência do acidente do trabalho e adota a teoria do risco profissional. Essa se relaciona com a responsabilidade do empregador pelos eventos acidentários ocorridos diretamente em razão do trabalho. Eis que, auferindo lucros em razão da atividade industrial ou comercial, deveria o empregador, igualmente, arcar com eventuais prejuízos resultantes de tais atividades, como: um corolário lógico da responsabilidade empresarial (SALIBA, 2009).

O referido Decreto, ainda, estabelecia que a incapacidade temporária tivesse o limite de um ano, após isso se convertia em incapacidade permanente, total ou parcial. A forma de ressarcimento do acidentado era em dinheiro, de uma só vez, como indenização sob encargo do empregador, calculando-se a verba respectiva de acordo com uma tabela expedida por órgão do Governo.

O instrumento legal que se seguiu foi o Decreto Legislativo nº. 24.637, de 10 de setembro de 1934 que, da mesma forma, adotava a teoria do risco profissional, ampliando o conceito de acidente do trabalho, retirando a causalidade exclusiva e direta, já que admitia considerar-se infortúnio do trabalho toda lesão corporal ou perturbação funcional ou doença produzida pelo trabalho ou em consequência dele, determinando a morte ou a limitação permanente ou temporária, total ou parcial, da capacidade laborativa (OLIVEIRA, 2009).

A exemplo dos instrumentos legais anteriores, o Decreto-Lei nº 7.036/1944 adotava a teoria do risco profissional. Essa nova legislação previu o Instituto das Concausas, retirando a causa única e exclusiva do Decreto-Legislativo nº. 24.637/1 934, porquanto previa no artigo 3º precisamente o seguinte: Considera-se caracterizado o acidente, ainda quando não seja ele a causa única e exclusiva da morte ou da perda ou redução da capacidade do empregado, bastando que entre o

evento e a morte ou incapacidade haja uma relação de causa e efeito” (Decreto-Lei no 7.036/44, art. 30 apud OLIVEIRA, 2009, p. 35).

Esse Decreto, ainda, ampliou o conceito de acidente do trabalho equiparando a lesão típica à doença do trabalho, fazendo distinção importante entre as doenças profissionais (tecnopatias) e as doenças resultantes das condições de trabalho (mesopatias). O acidente *in itinere* ainda mantinha restrições, pois dependia do percurso a ser executado pelo trabalhador. A incapacidade temporária tinha o lapso temporal de um ano, após o que se tornaria permanente, total ou parcial.

O Decreto-Lei n°. 7.036/44 em seus artigos 16 e 17 previa, ainda, as seguintes indenizações: por morte em razão de acidente ou doença do trabalho (quatro anos de diárias), incapacidade total e permanente (quatro anos de diárias), incapacidade parcial e permanente (de 03 a 80 centésimos da quantia correspondente a quatro anos de diárias), incapacidade temporária (até o limite de um ano), correspondendo a 70 centésimos da remuneração diária, subsídio da grande invalidez no valor de R\$ 3.200,00 (três mil e duzentos reais) (OLIVEIRA, 2009).

Posteriormente, editou-se o Decreto-Lei n°. 293, em 28 de fevereiro de 1967, que estabeleceu ainda a forma de seguro privado, mas admitiu a continuação de operar na área o Instituto Nacional da Previdência Social-INPS, mediante concorrência.

No caso de morte ou incapacidade permanente e total, havia o pagamento de uma renda mensal em benefício do acidentado ou de seus dependentes. Se a incapacidade permanente fosse superior a 25% (vinte e cinco por cento), a renda mensal era optativa. Se o limite fosse inferior, a indenização seria a forma exclusiva de se reparar o infortúnio. Esse Decreto, cuja vida foi extremamente curta, não chegou a ter qualquer repercussão, porque fora substituído pouco tempo depois pela Lei n°. 5.316, de 14 de setembro de 1967 (SALIBA, 2009).

Com o surgimento da Lei n°. 5.316/67 teve-se a estatização do seguro de acidentes do trabalho, idéia que estava em pauta desde o Decreto n°. 7 036/44, pois o seu artigo 112 já anunciava que em 31 de dezembro de 1953 o seguro de acidentes do trabalho deveria estar incorporado nas carteiras de acidentes do trabalho das instituições previdenciárias que estavam sendo criadas (Instituto dos Marítimos, dos Industriários, dos Comerciantes, dos Empregados em Transportes e Cargas, entre outros), saindo as seguradoras particulares da respectiva cobertura

(FERNANDES, 2008).

Estatizado o seguro acidentário do trabalho, o ressarcimento passou a denominar-se “prestações previdenciárias” e não mais “indenização por acidente do trabalho”. A nova lei previu as concausas, o acidente *in itinere*, a equiparação do acidente típico à doença do trabalho, estabelecendo os seguintes pagamentos:

- a) Auxílio-doença - prestação previdenciária correspondente ao valor mensal igual ao salário-de-contribuição do dia do acidente, [.]
- b) Aposentadoria por invalidez - prestação previdenciária mensal igual ao salário-de-contribuição do dia do acidente; [...]
- c) Pensão por morte acidentária - valor mensal aos dependentes, calculado na mesma forma da aposentadoria por invalidez; [...]
- d) Auxílio-acidente mensal e reajustável - quando não tivesse direito a benefício por incapacidade ou após sua cessação, se a incapacidade parcial e permanente fosse superior a 25% (vinte e cinco por cento), com reajuste segundo a legislação previdenciária; [...]
- e) Pecúlio - pago de uma só vez se a incapacidade parcial e permanente fosse inferior a 25% (vinte e cinco por cento), calculado 72 (setenta e duas) vezes o maior salário mínimo mensal vigente no país, na data do pagamento do pecúlio; [...]
- f) Pecúlio de 25% (vinte e cinco por cento) para o caso de morte ou invalidez total - quando a aposentadoria fosse igual ou superior a 90% (noventa por cento) [...] (MARTINS, 2006, p. 416-422).

Observa-se na interpretação da Lei que os presidiários e trabalhadores avulsos também passariam a ter os mesmos direitos beneficiários dos outros cidadãos. O único recurso judicial era o agravo de petição, os prazos processuais eram mais reduzidos e os trabalhadores rurais deveriam, para o fim de proteção acidentária, providenciar seguro grupal por meio de associações, cooperativas ou sindicatos rurais.

É evidente que a estatização do seguro acidentário principiou a marcha-à-ré nas garantias do trabalhador acidentado, porquanto o ressarcimento ao invés de melhorar, piorou sensivelmente, uma vez que o Poder Público administra de forma altamente deficiente os recursos fornecidos pela sociedade, havendo ralos incontáveis e muitas vezes fraudulentos do montante arrecadado. “A retribuição ao acidentado é sempre feita de forma restrita, rigorosamente injusta e desequilibrada, o que torna inócuo o ressarcimento devido ao acidentado” (COSTA, 2003, p 130).

A Lei subsequente foi a n°. 6.195, de 19 de dezembro de 1974, que integrou o trabalhador rural na Previdência Social, atribuindo ao FUNRURAL a concessão das prestações por acidentes do trabalho, concedendo, ainda, ao acidentado ruralista:

- a) Auxílio-doença no percentual de 75% (setenta e cinco por cento) do maior salário mínimo em vigor no país;
- b) Aposentadoria ou pensão, na mesma forma de calcular da letra anterior;
- c) Assistência médica (MARTINS, 2006, p. 177).

Como se vê, o ruralista praticamente não tinha nenhum ressarcimento na órbita acidentária do trabalho, pois o que lhe era concedido pouco ou nada representava.

A Lei nº. 6.367, de 19 de outubro de 1976 revogou o Decreto-Lei nº. 7.036, de 10 de novembro de 1944. Nesta nova lei, continuou a adotar a teoria do risco profissional que eram concedidas 'prestações previdenciárias, eis que o seguro acidentário já se encontrava nas mãos do Poder Público, através do Instituto Nacional da Previdência Social (antigo INPS) (MARTINS, 2006).

O novo texto legal até que se constituiu alguma melhora na retribuição ao acidentado, se comparado com a Lei nº. 5.316/67, porquanto previu as concausas, o acidente *in itinere*, estendendo benefícios ao trabalhador temporário, avulso e presidiário que exerça atividade remunerada, com exclusão do autônomo e do doméstico, concedendo aos acidentados:

- a) Auxílio-doença acidentário;
- b) Auxílio-suplementar de 20% (liquidado *in pecúnia*");
- c) Auxílio-acidente de 40%, vitalício, liquidado "*in pecúnia*", sendo que metade do valor ficaria incorporado na pensão por morte em favor dos beneficiários;
- d) Pecúlio de 25% para a grande invalidez acidentária (pagamento em dinheiro);
- e) Pecúlio por morte acidentária, correspondendo a 30 vezes o valor de referência, em favor dos beneficiários;
- f) Assistência médica;
- g) Reabilitação profissional (MARTINS, 2006, p. 416).

Já a Lei nº 6.367/76 não previu a atuação do Ministério Público nas ações de acidentes do trabalho, mas isso persistiu a presença ministerial nos feitos infortunisticos, a nosso ver de forma ilegal, diante da ausência de permissivo na respectiva Lei.

A Lei nº. 8.213/91, de 24 de junho de 1991 (Planos e Benefícios da Previdência Social), versava sobre o seguro acidentário permanecendo estatizado sob controle da Previdência Social. As regras acidentárias constavam em pouco mais de meia dúzia de artigos, misturados com as normas da Previdência Social comum, o que dificultava sobremaneira o entendimento prático por parte de quem se

inicia nessa matéria especializada.

Esse novo estatuto já encontrou criada a Seguridade Social, através da Constituição Federal de 1988, de forma que a Previdência Social deveria ser financiada pela sociedade como um todo. A partir de então, passou-se a entender a superação do conceito que outrora vigorava, quanto à teoria do risco profissional, em matéria de acidentes do trabalho. Evolui-se para o entendimento de que o empregado não gera riquezas exclusivamente para o empregador, mas sim para o país como um todo e, por consequência, o que há é a socialização do risco, ou seja, o acidente do trabalho prende-se à solidariedade social.

4 TRABALHO E SAÚDE

A ligação entre trabalho, saúde e doença, percebida desde os tempos que antecedem a revolução industrial e enfatizada a partir desse, nem sempre foi um foco de atenção, pois no regime escravo denominado também de servil não existia a preocupação em preservar a saúde dos que eram submetidos ao trabalho e tinham como apoio o castigo ou instrumentos de tortura. O trabalhador, o escravo, o servo eram peças de engrenagens “naturais”, ligados à terra, assemelhados a animais e ferramentas. Sem história, sem progresso, sem perspectivas, sem esperança terrestre, até que consumidos seus corpos, pudessem voltar livres pelos ares ou pelos céus da metafísica (NOSELA apud, GÓMEZ; COSTA, 1997).

Com a Revolução Industrial, o trabalhador disponível para vender sua força de trabalho se torna submisso às máquinas, tentando superá-las, devido aos seus ritmos, do aceleração da produção que atendiam à necessidade de acumulação rápida de capital e de máximo aproveitamento dos equipamentos, antes de se tornarem esquecidos.

Explica Gómez; Costa, (1997) que as jornadas extenuantes, em ambientes extremamente desfavoráveis à saúde, às quais se submetiam também mulheres e crianças, eram frequentemente incompatíveis com a vida. A aglomeração humana em espaços inadequados propiciava a acelerada proliferação de doenças infecto-contagiosas, ao mesmo tempo em que a periculosidade das máquinas era responsável por mutilações e mortes.

As propostas controvertidas de intervir nas empresas expressaram-se numa sucessão de normatizações e legislações, que tem no Factory Act, de 1833, seu ponto mais relevante, passando a tomar corpo, na Inglaterra, a medicina de fábrica (GOMEZ; COSTA, 1997).

A solicitação de um médico dentro das fábricas significava o ponto de partida para diagnosticar as causas de males à saúde em prol da recuperação do trabalhador, visando ao seu retorno à linha de produção, em um momento em que a força de trabalho era fundamental à industrialização emergente. Dessa forma, na visão de Gomez; Costa, (1997), nascia o que seria uma das características da Medicina do Trabalho, mantida, até hoje, onde predomina na forma tradicional: sob uma visão eminentemente biológica e individual, no espaço restrito da fábrica, numa

relação de um mesmo sentido e unicausal, buscam-se as causas das doenças e acidentes.

Com o passar dos tempos, no ambiente do trabalho, sustentaram-se as concepções do Estado sobre as causalidades das doenças, das quais decorreram tanto de abordagens cumulativa de conhecimentos, como do caráter de práticas sociais. Dessa forma, fazendo com que a teoria da unicausalidade orientasse o médico, para cada doença, um agente etiológico. Transplantada para o âmbito do trabalho, vai refletir-se na propensão a isolar riscos específicos e, dessa forma, atuar sobre suas consequências, medicalizando em função de sintomas e sinais ou, quando muito, associando-os a uma doença legalmente reconhecida (GOMEZ; COSTA, 1997).

A passagem por processos produtivos diversos pode mascarar nexos causais e diluir a possibilidade de estabelecê-los, excetuando-se os mais evidentes e considerada a hipótese remota de exames admissionais que levem em conta a história laboral pregressa, numa perspectiva ainda mais remota de alimentar um processo de vigilância em saúde do trabalhador. A constatação de doenças na seleção da força de trabalho funciona, na prática, como um recurso para impedir o recrutamento de indivíduos cuja saúde já esteja comprometida.

A Saúde Ocupacional evolui em uma proposta interdisciplinar, com base na Higiene Industrial, relacionando ambiente de trabalho-corpo do trabalhador. Incorpora a teoria da multicausalidade, na qual um conjunto de fatores de risco é considerado na produção da doença, avaliada através da clínica médica e de indicadores ambientais e biológicos de exposição e efeito. Os fundamentos teóricos de Leavell; Clark (1976), a partir do modelo da História Natural da Doença, entendem-na, em indivíduos ou grupos, como derivada da interação constante entre o agente, o hospedeiro e o ambiente, significando um aprimoramento da multicausalidade simples.

4.1 O campo da Saúde do Trabalhador

Apesar dos avanços significativos no campo conceitual que apontam um novo enfoque e novas práticas para lidar com a relação trabalho-saúde,

consubstanciados sob a denominação de Saúde do Trabalhador, depara-se, no cotidiano, com a hegemonia da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional. Tal fato coloca em questão a já identificada distância entre a produção do conhecimento e sua aplicação, sobretudo num campo potencialmente ameaçador, onde a busca de soluções quase sempre se confronta com interesses econômicos arraigados e imediatistas, que não contemplam os investimentos indispensáveis à garantia da dignidade e da vida no trabalho (GOMEZ; COSTA, 1997).

No Brasil, esta situação se agrava pela incapacidade do setor saúde do Estado em reabsorver seu papel de intervir no espaço do trabalho. Esta tarefa, prevista na Reforma Carlos Chagas, de 1920 - interrompida com a criação, em 1930, do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, que passou a assumi-la - foi resgatada na Carta Constitucional de 1988 e regulamentada pela Lei 8080. No entanto, as marcas de um passado recente não são facilmente removíveis.

Da mesma forma, os Serviços Especializados em Segurança e Medicina do Trabalho - SESMT -, instituídos em 1978, com algumas raridades, fogem do papel de identificar, avaliar e controlar as causas de acidentes e doenças. Seus profissionais - assalariados pela empresa e sem respaldo legal para contrariarem-lhe os interesses - fechando somente para a adoção de medidas paliativas diante dos riscos mais patentes, de acordo com cada ambiente de trabalho.

Com essa realidade, somente o esforço isolado de profissionais que se articulam em programas de saúde do trabalhador, centros de referência e atividades de vigilância realmente efetivas abre um rastro de luz nesse universo sombrio. Gomez; Costa, (1997) ressalta que sua atuação é marcada, repetidamente, pela descontinuidade, quer por pressões externas dos que se sentem ameaçados em seu poder de tratar vidas humanas desgastadas pelo trabalho como rejeitos do processo produtivo, quer pela sucessão de novas administrações que não priorizam esses investimentos.

Por outro lado, a essa forma inconsequente de lidar com a saúde e a vida une-se a resistência dos indivíduos em aceitar a condição de doentes. O medo de perder o emprego - garantia imediata de sobrevivência - aliado aos mais variados constrangimentos que marcam a trajetória do trabalhador doente, "afastado" do trabalho, mascara, em muitos casos, a percepção dos indícios de comprometimento da saúde ou desloca-os para outras esferas da vida, inibindo ou protelando, frequentemente, ações mais incisivas de reivindicação às instâncias responsáveis

pela garantia da saúde no trabalho.

4.2 Riscos ocupacionais e suas várias Concepções

São considerados os riscos ocupacionais, aqueles que expõem em risco a saúde dos trabalhadores no local de trabalho, considerando a saúde de forma integral: física, psíquica e social. Para Oliveira (1994, p. 27):

[...] reconhece-se, atualmente, que a avaliação de riscos é a base para uma gestão ativa da Segurança e a Saúde no trabalho e da Biossegurança, portanto todo gestor de saúde deve ter a obrigação de: Planificar a ação preventiva a partir de uma avaliação inicial de riscos e avaliar os riscos na hora de eleger os equipamentos de trabalho, substâncias ou preparados químicos e do condicionamento dos lugares de trabalho. Esta autora afirma que o processo de avaliação de riscos se compõe das seguintes etapas: análise de risco e valorização do risco. A análise do risco permite identificar o perigo, estima-se o risco, valorizando juntamente a probabilidade e as conseqüências de que se materialize o perigo.

4.2.1 Riscos físicos

Barbosa (1999) discorrendo a respeito de riscos advindos do trabalho e que atingem os profissionais que atuam em unidades hospitalares aborda os riscos físicos tais como aqueles provenientes da eletricidade, dos pisos escorregadios, ruídos, umidade, calor, má iluminação, radiações, ventilação inadequada.

Embora os níveis de iluminação sejam relacionados, diretamente, a problemas de saúde, sua análise é feita por sua ligação com as atividades de trabalho.

4.2.2 Riscos químicos

Produtos químicos estão presentes em larga escala nos hospitais com

diversas finalidades, tais como: agentes de limpeza, desinfecção e esterilização (quaternários de amônio, glutaraldeído, óxido de etileno, etc.). Os produtos químicos estão presentes em soluções medicamentosas, como: drogas quimioterápicas, psicotrópicos, gases medicinais e também em produtos de manutenção de equipamentos e instalações (óleo diesel, graxas, óleos lubrificantes, colas solventes, mercúrio, etc.) (BENOUSSAN; ALBIERI, 2007).

4.2.3 Riscos mecânicos

Conforme a NR-5 (Norma regulamentadora nº 5 de 1999, apud Brasil, 2007), risco mecânico é toda situação de risco que pode gerar acidentes imediatos, tais como:

- Máquinas sem proteção: os riscos provocados pelas partes articuladas das máquinas nos pontos de operação ou de transmissão de força devem ser eliminados pela proteção das máquinas, e a ausência destas proteções gera acidentes graves;
- Matéria-prima: sem a devida especificação, com defeitos ou em má qualidade, pode provocar acidentes graves, doenças profissionais, queda de qualidade de produção;
- Arranjo físico deficiente: máquinas muito próximas, passagens obstruídas ou estreitas, etc., causam acidentes e desgastes físicos;
- Ferramentas inadequadas, defeituosas ou desgastadas podem provocar acidentes, principalmente, com repercussão nos membros superiores;
- Equipamentos de proteção individual inadequado, por exemplo: o uso de luvas para o trabalho com furadeiras, o uso de máscaras com filtro químico para gases ácidos, no trabalho com solventes. Este tipo de risco pode gerar acidentes, doenças profissionais (BIFUSP, 1999, p.150).

4.2.4 Riscos ergonômicos

São fatores fisiológicos e psicológicos inerentes à execução das atividades profissionais. Estes fatores podem produzir alterações no organismo e no estado emocional dos trabalhadores, comprometendo a sua saúde, segurança e até a produtividade. Os principais fatores são: trabalho físico excessivamente pesado, a postura incorreta no trabalho e a posição incômoda, o ritmo excessivo, a monofonia, trabalho de turnos que alteram o ritmo do relógio biológico, jornadas prolongadas,

ansiedade, responsabilidade, desconforto. Tudo isso ocasiona danos à saúde que podem se manifestar por: hipertensão arterial, úlceras digestivas, doenças nervosas, além de alteração no sono, problemas de coluna, taquicardia, tensão, ansiedade e medo.

Para evitar que estes agentes afetem as atividades do trabalhador, faz-se necessário o ajustamento mútuo do homem ao trabalho, que se obtém através da modernização e higienização dos ambientes de trabalho, da modificação de processo, projeto de máquinas e de ferramentas perfeitamente adaptadas e da adoção de ritmos e posições adequadas ao trabalho e racionalização de trabalho (UNESP, 2007).

4.2.5 Riscos biológicos

Segundo a NR-5 (Norma regulamentadora nº 5 de 1999, *apud* Brasil, 2007), os riscos biológicos consistem na exposição a microorganismos causadores de doenças que o trabalhador pode entrar em contato quando estiver no exercício das diversas áreas das atividades profissionais. Dentre estes microorganismos, destacam-se:

- Bactérias
- Fungos
- Helmintos
- Protozoários
- Vírus

De acordo com Marziale (2007), todas as atividades em que exista a possibilidade de exposição da pele, olhos, membranas, mucosas ou contato parenteral com fluidos corpóreos potencialmente contaminados. Assim, o risco biológico pode ser classificado partindo de quatro critérios:

- Capacidade patogênica do agente;
- Modo de transmissão e condições relativas ao hospedeiro e agente;
- Disponibilidade de medidas de prevenção eficazes;
- Disponibilidade de tratamento eficaz.

A esse respeito, Marziale (2007, p. 574) esclarece:

É importante ressaltar que os acidentes de trabalho decorrentes da exposição a materiais biológicos, tão corriqueiros no dia-a-dia das unidades hospitalares, constituem-se preocupação de todos os profissionais expostos aos fatores de riscos decorrentes do contato direto ou indireto com sangue e outros fluidos corporais, especialmente no que se refere à Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e à hepatite B ou C, doenças cujos agravos trazem conseqüências bastante nocivas à saúde dos trabalhadores.

Os *Centers for Disease Control and Prevention-C*, confirmaram 56 (cinquenta e seis) casos de trabalhadores da assistência médica nos EUA (Estados Unidos da America) que apresentaram soroconversão para o vírus da AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) depois de se terem expostos acidentalmente a ele no trabalho. No Brasil há um caso de AIDS ocupacional notificado (BRASIL, 2007).

O Ministério do Trabalho e Emprego também pontua que é importante atentar para a falta de clareza na notificação da exposição ocupacional às doenças infectocontagiosas, pois isso se torna um grande obstáculo para entender as situações de risco e fatores relacionados com a exposição ocupacional à sangue e a fluídos corporais (BRASIL, 1999). Ressalta ainda a importância de notificar acidente de trabalho, ornando claro que:

Notificar um acidente do trabalho consiste em registrá-lo no protocolo de Comunicação de Acidente de Trabalho - CAT. O empregador deverá comunicar à Previdência Social a ocorrência. O próprio acidentado, no caso de falta de comunicação por parte da empresa, poderá emitir o CAT, ou seus dependentes à entidade sindical competente, através do médico que o assistiu ou qualquer autoridade pública, não havendo neste caso limite de prazo para notificação (BRASIL, 1999, p. 26).

Segundo Marziale (2007), os múltiplos fatores podem estar relacionados à ocorrência dos acidentes. Os principais fatores estão relacionados à falta de adequações da organização do trabalho, das práticas de trabalho adotadas, dos materiais disponíveis e aos fatores pessoais. Por causa disso, observou-se o registro de um pequeno número de acidentes, o que nos obriga a supor que a falta de registro das inoculações acidentais, quando comparado ao grande volume do manuseio de agulhas e sondas intravenosas feitas pelos profissionais de enfermagem na realização de suas atividades.

Mesmo que as pesquisas que enfocam a questão das inoculações acidentais entre os trabalhadores de saúde tenham aumentado relevantemente nos

últimos dez anos ainda há muito que fazer para prevenir e minimizar tais acidentes no Brasil (MARZIALE, 2007).

Para efeito desta NR, consideram-se riscos ambientais os agentes físicos, químicos e biológicos existentes nos ambientes de trabalho que, em função de sua natureza, concentração ou intensidade e tempo de exposição, são capazes de causar danos à saúde do trabalhador (VILELA, 2008, p. 09).

Dar importância aos riscos ocupacionais é uma etapa essencial que terá utilidade de base para decidir sobre as ações de prevenção, eliminação ou controle de riscos. Contudo, conhecer a importância do risco resulta em identificar, no local de trabalho, um quadro com potencial de dano à saúde do trabalhador.

5 RISCOS BIOLÓGICOS

Às causas de acidentes de trabalho, relacionadas aos riscos ocupacionais, bem como: ergonômicos, físicos, químicos e biológicos, percebe-se a insatisfação em relação às atividades exercidas e ao ambiente de trabalho, o que pode gerar transtornos ao bem estar e à saúde psíquica dos trabalhadores, conseqüentemente, ao estresse, além de influenciar o rendimento no trabalho.

Por sua vez, os riscos biológicos, no campo das Normas Regulamentadoras de Segurança e Saúde no Trabalho - NR, estão inseridos no conjunto que abrange os riscos ambientais, junto aos riscos físicos e químicos, como é observado pela Norma Regulamentadora nº. 9 - Programa de Prevenção de Riscos Ambientais – PPRA:

5.1 Riscos Biológicos no Ambiente Hospitalar

Em um ambiente hospitalar, tanto o estresse como outros fatores relacionados ao ambiente podem favorecer riscos à saúde do trabalhador, que possui sua saúde exposta aos riscos principalmente quando manipulam materiais perfurocortantes que possuem alto grau de perigo. Segundo Brasil (2007), perfurocortante é todo instrumento que perfura e corta ao mesmo tempo. Conforme disposto na Resolução nº 5/93 do CONAMA (Conselho Nacional do Meio Ambiente), são seringas, agulhas, escalpes, ampolas, vidros de um modo em geral ou qualquer material pontiagudo ou que contenha fios de corte capazes de causar perfurações ou cortes.

Ferimentos causados por materiais perfurocortantes são de extrema periculosidade por serem considerados potencialmente capazes de transmitir mais de vinte tipos de patógenos, dentre eles, os vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), da Hepatite B e da Hepatite C, que são os agentes infecciosos, geralmente, mais envolvidos.

Qualquer indivíduo está exposto às mais diversas condições que podem causar circunstâncias ou danos indesejáveis dentro do ambiente de trabalho, ou fora

dele, que poderão afetar sua qualidade de vida, em situações como: doenças, acidentes, perda de patrimônio, entre outros. Esta possibilidade de ocorrer dano é o que denominamos de risco, é a combinação da probabilidade de ocorrência e a efetividade de um evento indesejado (PRADO, 1999).

O valor do risco obtido e, comparando-o com o valor do risco tolerável, emite-se um juízo sobre a possibilidade de tolerar o risco. A partir da avaliação de riscos, deduz-se dos estudos de Barbosa (1999), a necessidade de adotar medidas preventivas, devendo-se: eliminar ou minimizar o risco através de medidas preventivas na origem organizacional, de proteção coletiva e individual ou de formação e informação aos trabalhadores e controlar constantemente as condições, a organização e os procedimentos de trabalho e o estado de saúde dos trabalhadores.

A consequência da exposição ocupacional aos patógenos transmitidos pelo sangue através de um acidente com materiais perfurocortantes não está apenas relacionados à infecção. A cada ano, milhares de trabalhadores de saúde são afetados por um trauma psicológico, que perduram dias e até meses, quando há espera dos resultados dos exames sorológicos. Dentre outras consequências estão as alterações das práticas sexuais, os efeitos colaterais das drogas profiláticas e a perda de emprego (MARZIALE, 2007).

Aproximadamente 384.000 injúrias percutâneas ocorrem anualmente nos hospitais americanos, sendo que 236.00 são resultantes de acidentes com material perfurocortante (BENOUSSAN; ALBIERI, 1997).

O grande potencial de risco que o ambiente hospitalar oferece, por agentes químicos, físicos, biológicos, psicossociais e ergonômicos, tem ganhado um importante papel em pesquisas científicas no intuito de minimizar os riscos de exposições aos diversos patógenos presentes no ambiente hospitalar principalmente os vírus do HIV e hepatites. A preocupação com riscos biológicos surgiu no início dos anos 40, onde se constatou agravos na saúde dos trabalhadores que manipulavam microorganismos (BRASIL, 2007).

Foi na década de 70 que instituições hospitalares começaram a se preocupar com a saúde dos trabalhadores de saúde através de pesquisas realizadas pela Universidade de São Paulo (USP). Nestas pesquisas, foi analisada a saúde ocupacional de trabalhadores de saúde.

É importante que a motivação a esses trabalhadores seja uma constante,

pois a produtividade devolvida por eles aumentará a qualidade de seus serviços. O estresse também contribui para o aumento de riscos de acidentes principalmente em unidades hospitalares onde a casos que requerem rapidez e procedimentos adequados, o estresse se manifesta em trabalhadores quando os seus esforços são excessivos (ROBAZZI; MARZIALE, 2000).

Compreender problemas de saúde simultaneamente a partir de perspectivas ocupacionais e sociais é fundamental para que propostas de desenvolvimento econômico e tecnológico possam resultar em balanços mais positivos entre os benefícios e os prejuízos dele decorrentes, seja para a saúde dos trabalhadores ou da população em geral.

Essa visão ajuda a pensar de forma integrada nos conceitos de riscos e de desenvolvimento tecnológico-econômico a partir da dialética entre produção e destruição: ao mesmo tempo em que novos processos de produção e tecnologias geram riquezas e conforto, novos riscos ocupacionais e ambientais podem ser incorporados aos territórios e afetar certos grupos populacionais em distintas escalas espaciais e temporárias (PORTO, 2005).

Grande parte dos esforços deve estar dirigida para a conscientização sobre o uso do equipamento de proteção individual (EPI). Fornecer ainda informação individualizada com relação a risco e prevenção de doenças adquiridas no ambiente hospitalar, riscos e benefícios de esquemas de profilaxia, pós-exposição e consequências de doenças e precauções mediante a exposições do profissional, seus familiares e membros da comunidade. Buscando, assim, uma atenção especial dos gestores e o desenvolvimento de qualidades das atividades dos profissionais de saúde buscando a eficácia do tratamento ao menor custo possível e qualidade no atendimento prestado ao cliente.

5.2 Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA

As condições ambientais de um ambiente hospitalar como um todo, são de fundamental importância para a prevenção de doenças profissional bem como também de acidentes, uma vez que o seu controle compreende medidas de proteção coletiva e também garante a qualidade do espaço físico que envolve o

trabalhador no desenvolvimento de suas atividades (TORRES; LISBOA, 2001).

Existem as Normas Regulamentadoras, aprovadas pelo Ministério do Trabalho, relacionadas com a segurança e higiene no ambiente hospitalar (ATLAS, 2004, p. 59-105):

NR-1 As Normas Regulamentadoras - NR, relativas à segurança e medicina do trabalho, são de observância obrigatória pelas empresas privadas e públicas e pelos órgãos públicos da administração direta e indireta, bem como pelos órgãos dos Poderes Legislativo e Judiciário, que possuam empregados regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho - CLT.

Norma Regulamentadora NR-5 (Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA) – tem como objetivo a prevenção de acidentes decorrentes do trabalho. Atua no sentido de tornar permanente o trabalho com a preservação da vida e a promoção da saúde do trabalhador.

Esta NR determina que empresas sejam elas, de âmbito privado, públicas, sociedades de economia mista, instituições beneficentes, cooperativas, clubes, que possuam empregados celetistas e de acordo com o nível de periculosidade da empresa e que possuam um número mínimo de 20 empregados são obrigadas a manter a CIPA (ATLAS, 2004).

Portanto, conforme o é relatado Atlas (2004), este dimensionamento depende da Classificação Nacional de Atividades Econômicas - CNAE, que remete a outra listagem de número de empregados. Seu objetivo é a prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho, tornando compatível o trabalho com a preservação da saúde do trabalhador.

A CIPA é constituída de um representante da empresa - presidente (designado) e representantes dos empregados, eleitos em escrutínio secreto, com mandato de um ano e direito a uma reeleição e mais um ano de estabilidade.

Deste modo, a CIPA tem como atribuições: (ATLAS, 2004, p. 530):

- identificar os riscos do processo de trabalho, e elaborar o mapa de riscos, com a participação do maior número de trabalhadores, com assessoria do Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT), onde houver;
- participar da implementação e do controle da qualidade das medidas de prevenção necessárias, bem como da avaliação das prioridades de ação nos locais de trabalho;
- realizar, periodicamente, verificações nos ambientes e condições de trabalho visando a identificação de situações que venham a trazer riscos para a segurança e saúde dos trabalhadores;
- realizar, a cada reunião, avaliação do cumprimento das metas fixadas

em seu plano de trabalho e discutir as situações de risco que foram identificadas;

- divulgar aos trabalhadores informações relativas à segurança e saúde no trabalho;
- requerer ao SESMT, quando houver, ou ao empregador, a paralisação de máquina ou setor onde considere haver risco grave e iminente à segurança e saúde dos trabalhadores;
- colaborar no desenvolvimento e implementação do PCMSO e PPRA e de outros programas relacionados à segurança e saúde no trabalho;
- participar, em conjunto com o SESMT, onde houver, ou com o empregador da análise das causas das doenças e acidentes de trabalho e propor medidas de solução dos problemas identificados;
- requisitar à empresa as cópias das CAT emitidas;
- promover, anualmente, em conjunto com o SESMT, onde houver, a Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho – SIPAT;
- participar, anualmente, em conjunto com a empresa, de Campanhas de Prevenção da AIDS.

Ressalta Saliba et al., (2010) que uma das atribuições da CIPA é a elaboração do mapa de riscos, consistindo em planta baixa de um estabelecimento, no seu todo ou setorialmente, indicando em cada compartimento os equipamentos, máquinas e mobiliário, apontando os riscos ocupacionais identificados e o número de trabalhadores sujeitos a cada risco: riscos físicos: todos aqueles originados por agentes físicos: temperaturas extremas, pressões anormais, vibrações, ruídos, radiações ionizantes ou não, infra-som e ultra-som. Sendo a cor que representa este risco a cor verde;

- Riscos químicos: Substâncias químicas que, em contato com o organismo ou por ele absorvidas, pela sua natureza, atividade, concentração ou quantidade, tornam-se nocivas ao trabalhador. Incluem-se neste grupo as poeiras, fumos, névoas, neblinas, gases ou vapores. Sendo a cor que representa este risco a cor vermelha;
- Riscos biológicos: Bactérias, bacilos, fungos, protozoários, vírus e outros. Sendo a cor que representa este risco a cor marrom;
- Riscos ergonômicos: todos aqueles ligados à má adaptação entre as condições de trabalho e as características psicofisiológicas dos trabalhadores, causando desconforto, insegurança e desempenho pouco eficaz das atividades laborais. Sendo a cor que representa este risco a cor amarela;
- Risco de acidente: São riscos mecânicos: quedas, esmagamentos, manuseio de máquina perigosa, etc. Sendo a cor que representa este risco a cor azul (SALIBA et al., 2010, p. 147).

5.3 Utilização de Equipamento de Proteção Individual - EPI

De acordo com Azevedo (1993), a importância dos equipamentos de proteção individual está regulamentada pelo Ministério do Trabalho e Emprego, em sua Norma Regulamentadora nº 6 (NR nº 6), a qual define que equipamento de proteção individual é todo dispositivo de uso individual, destinado a proteger a saúde e a integridade física do trabalhador.

Os agentes/riscos são assumidos como peculiaridades "naturalizadas" de objetos e meios de trabalho, descontextualizados das razões que se situam em sua origem, repetindo-se, na prática, as limitações da Medicina do Trabalho. As medidas que deveriam assegurar a saúde do trabalhador, em seu sentido mais amplo, acabam por restringir-se a intervenções pontuais sobre os riscos mais evidentes.

Enfatiza-se a utilização de equipamentos de proteção individual, em detrimento dos que poderiam significar a proteção coletiva; normatizam-se formas de trabalhar consideradas seguras, o que, em determinadas circunstâncias, conforma apenas um quadro de prevenção simbólica. Assumida essa perspectiva, são imputados aos trabalhadores os ônus por acidentes e doenças, concebidos como decorrentes da ignorância e da negligência, caracterizando uma dupla penalização (MACHADO; MINAYO-GOMEZ, 1995).

Um grande desafio encontrado ainda hoje é a enorme resistência para a utilização do Equipamento de Proteção Individual - EPI, pois muitos dos profissionais ainda relutam quando se questiona sobre possíveis acidentes de trabalho que podem ocorrer durante a jornada trabalhada se os mesmos não estiverem usando o EPI adequado. Com muita propriedade Marziale, (2007, p. 575), acrescenta:

As medidas de proteção individual, quando utilizadas de forma correta, minimizam o risco de acidentes e transmissão de muitos microorganismos. Dessa forma, é importante que o profissional habitue-se a utilizar os EPI's e conscientize-se dos danos que possa vir a sofrer. No entanto, quando se trata de acidentes com perfuro cortantes o profissional necessita não apenas da luva, pois também faz-se necessário bastante atenção quanto ao uso e também no descarte.

Qualquer acidente de trabalho que aconteça é de inteira responsabilidade de quem responde pelo Hospital. Por isso, deve-se verificar qual o grau de risco de cada setor e dispor todos os EPI's necessários, além de fiscalizar rotineiramente se

os mesmos estão sendo utilizados com rigidez e também é indispensável a realização de oficinas e palestras para a conscientização da indispensabilidade de utilização dos equipamentos.

A contaminação para o profissional no ambiente hospitalar ocorre quando há negligência no atendimento através da ausência de precauções padrão, EPI's e EPC's, bem como, através da prática da lavagem de mãos e da limpeza, desinfecção e esterilização de artigos realizados de forma inadequada (NESI, 2000).

A Norma Regulamentadora que ampara o uso de EPI é a NR-6, onde são considerados EPI todo equipamento de uso individual utilizado pelo trabalhador, com a finalidade de protegê-lo dos riscos suscetíveis de ameaçar a segurança e a saúde do trabalhador (ATLAS, 2004). Os EPI's só poderão ser utilizados se estiverem à indicação do Certificado de Aprovação – CA, expedido pelo órgão nacional competente em matéria de segurança e saúde no trabalho do Ministério do Trabalho e Emprego.

As empresas são obrigadas a fornecer aos seus empregados equipamentos de proteção individual, destinados a proteger a saúde e a integridade física do trabalhador. Todo equipamento deve ter o CA - Certificado de Aprovação do Ministério do Trabalho e Emprego e a empresa que importa EPIs também deverá ser registrada junto ao Departamento de Segurança e Saúde do Trabalho, existindo para esse fim todo um processo administrativo. (ATLAS, 2004, p. 81).

Quadro 1: Equipamentos de Proteção Individual (E.P.I's) mais utilizados

TIPO DE PROTEÇÃO	FINALIDADE	EQUIPAMENTO INDICADO
PROTEÇÃO PARA A FACE	contra riscos de impacto de partículas, respingos de produtos químicos, ação de radiação calorífica ou luminosa (infra-vermelho, ultra-violeta e calor).	- óculos de segurança (para maçariqueiros, rebarbadores, esmerilhadores, soldadores, torneiros). - Máscaras e escudos (para soldadores).
PROTEÇÃO PARA O CRÂNIO	contra riscos de queda de objetos batidas, batidas por choque elétrico, cabelos arrancados, etc.	- capacete de segurança
PROTEÇÃO AUDITIVA	contra níveis de ruído que ultrapassem os limites de tolerância.	- protetores de inserção (moldáveis ou não) - protetores externos (tipo concha)
PROTEÇÃO	contra gases ou outras substâncias nocivas ao	- respiradores com filtros mecânicos, químicos ou

RESPIRATÓRIA	organismo que tenham por veículo de contaminação as vias respiratórias.	com a combinação dos dois tipos, etc.
PROTEÇÃO DO TRONCO	contra os mais variados tipos de agentes agressores.	- aventais de napa ou couro, de PVC, de lona e de plástico, conforme o tipo de agente.
PROTEÇÃO DOS MEMBROS SUPERIORES	contra materiais cortantes, abrasivos, escoriantes, perfurantes, térmicos, elétricos, químicos, biológicos e radiantes que podem provocar lesões nas mãos ou provocar doenças por intermédio delas.	- luvas de malhas de aço, de borracha, de neoprene e vinil, de couro, de raspa, de lona e algodão, Kevlar, etc.
PROTEÇÃO DOS MEMBROS INFERIORES	contra impactos, eletricidade, metais em fusão, umidade, produtos químicos, objetos cortantes ou pontiagudos, agentes biológicos, etc.	- sapatos de segurança - perneiras - polainas - botas (com biqueiras de aço, isolantes, etc., fabricados em couro, lona, borracha, etc.

Fonte: UFT (2010)

A antecipação deverá envolver a análise de projetos de novas instalações, métodos ou processos de trabalho, ou de modificação dos já existentes, visando identificar os riscos potenciais e introduzir medidas de proteção para sua redução ou eliminação.

6 CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE GESTÃO EM SAÚDE

Os estabelecimentos, serviços prestados em saúde e sistemas de saúde consistem em complexas estruturas organizacionais. Segundo Ministério do Trabalho e Emprego, estas são organizações com objetivos múltiplos e por vezes ambíguos, no qual desenvolvem processos de trabalho diversos e sofisticados, adotando vários mecanismos de alocação de recursos, que nem sempre são baseados nesta mesma lógica. (BRASIL, 2008).

Deste modo, estas organizações comportam a atuação de outros atores, senso que muitos desses com interesses diferentes entre si, que estão submetidos a uma variação de tipo de influência do meio no qual estão inseridos, entre elas, a saber: política, economia e cultura; e nesse sentido não se pode deixar de lado a saúde ocupacional, que é um elemento fundamental para os demais processos.

Portanto, gerir uma organização de saúde – desde um serviço até um sistema – não é tarefa simples. O desempenho da organização não depende exclusivamente da ação dos seus dirigentes, mas é resultado da conjunção de uma série extensa de fatores. No entanto, ainda que os dirigentes tenham um controle apenas relativo do funcionamento das organizações de saúde, seu papel não deve ser menosprezado. De fato, os gestores intervêm o tempo todo na condução das organizações, e essas intervenções, via de regra, têm conseqüências, sejam elas positivas ou negativas (BRASIL, 2008, p. 2).

Contudo, para que os resultados sejam satisfatórios e contribuam para o bom desempenho do órgão de saúde, faz-se necessário que os gestores tenham o conhecimento de todas as áreas ocupacionais e tomem as decisões corretas. Em função da complexidade das organizações, tomar decisões sem uma análise detalhada ou baseada apenas no senso comum gera riscos que os administradores da saúde não podem correr.

A administração do gestor em saúde não é apenas um procedimento técnico; ela tem implicações sociais e políticas. A mesma deve agir em consonância com a tecnologia disponível, também com os costumes e tradições do meio ambiente, não esquecendo os aspectos relacionados com a força de trabalho.

A administração em saúde só será eficaz na medida em que seus responsáveis forem treinados para estes aspectos. Caberia, se houvesse tempo, uma consideração sobre a situação em que se encontra o país na formação dos Gestores Hospitalares (FRANCISCO, 1998, p. 54).

Para Azevedo (1993, p. 89), “aspectos éticos estão envolvidos também na própria política de adoção e uso da tecnologia médica que, em muitos casos, representa grandes investimentos que acabam beneficiando a uma clientela cada dia menor”.

Francisco (1998) diz que hoje o hospital não pode mais estar divorciado dos cuidados primários de saúde e este, por sua vez, não pode estar isolado, mas deve integrar um sistema de saúde mais amplo, no qual o hospital sirva de retaguarda ou de unidade complementar e não rival ou competitiva. A comunidade deve participar ativamente na busca das soluções para seus problemas e deve ter sua consciência despertada para a responsabilidade, que é sua, de preservar e manter a saúde.

Esta integração hospital- trabalhadores e comunidade sempre terá resultado positivo em ações voltadas à nutrição, à produção de alimentos, à habitação, ao tratamento de água, ao desenvolvimento comunitário, à proteção do meio-ambiente e a medidas preventivas. Tem por objetivo tornar possível a proteção, a promoção e a manutenção da saúde, bem como a prevenção da doença, ampliando a tradicional função do hospital. (AZEVEDO, 1993, p. 105).

Isto mostra, mais uma vez, que a problemática da saúde não está isolada dos fatores de ordem econômica, política e social. A saúde do trabalhador é um dos pré-requisitos mais importantes para o desenvolvimento social e econômico, além de ser o primeiro objetivo deste mesmo desenvolvimento.

Por outro lado, a Medicina do Trabalho deve exigir que conduza a organização para os resultados previstos, tome decisões assumindo os riscos e conduza as pessoas para os trabalhadores de forma eficiente e eficaz da própria função, devendo acreditar no seu desenvolvimento e buscá-lo, de maneira que seja adquirido e não congênito (FRANCISCO, 1998).

É preciso ter o conhecimento a respeito das posições, a fim de poder oferecer o necessário apoio às causalidades ocupacionais e garantir efetivo atendimento aos beneficiários dos serviços de saúde dos trabalhadores.

6.1 Organização da estrutura do Hospital

O Hospital, para que funcione de maneira correta, deverá dispor de mecanismos essenciais como equipamentos e medicamentos. Isso é dever do Administrador Hospitalar que deve ter muita cautela, que por muitas vezes poderá ser assediado por pessoas desonestas com ofertas tentadoras e, se não tiver transparência em seu trabalho, deixando claro sua compatibilidade entre sua renda profissional e seus gastos, poderá gerar inúmeras dúvidas quanto sua moral e caráter, o que causará possíveis complicações perante a Lei, o Estado e/ou Município.

7 METODOLOGIA

7.1 Tipo de estudo

A escolha da investigação epidemiológica se deu pelo fato de que este tipo de estudo tem como objetivo informar sobre a distribuição de um evento na população em termos quantitativos (PEREIRA, 1995). Além disso, esse método permite agregar informações que viabilizem o controle dos danos ocorridos.

O estudo exploratório permitiu a oportunidade de aprofundar a referida pesquisa, buscando novos conhecimentos sobre o tema. Segundo GIL (1999), esse tipo de estudo tem o objetivo de proporcionar uma visão geral do tipo aproximativa, acerca de determinado fato.

Quanto à abordagem descritiva, ela permite descrever características de determinada população ou fenômeno e o estabelecimento de relações entre variáveis (GIL, 1999).

7.2 Local da Pesquisa (características gerais do município de São Francisco do Brejão)

São Francisco do Brejão, seu povoamento iniciou em 1969. O município conta com abastecimento de água potável, energia elétrica, telefonia fixa, estrada pavimentada. Bem servido de estradas vicinais, em excelente estado de conservação, permitindo o transporte escolar e o escoamento da produção em qualquer época do ano, o que assegura o desenvolvimento do município numa escala crescente. Entre postos de saúde e hospitais, o município de existem 06, sendo o maior, o Hospital Municipal Santa Rosa, objeto deste estudo.

O município possui um dos menores índices de mortalidade infantil e os melhores índices de desenvolvimento humano do Estado. Em 2001, o índice de Desenvolvimento Humano Municipal de São Francisco do Brejão era de 0,628. Segundo classificação do PNUD, o município está entre as regiões consideradas de médio desenvolvimento humano (IDH entre 0,5 e 0,8).

Em relação aos municípios do Estado, São Francisco do Brejão apresenta uma situação boa: ocupa a 42ª posição, sendo que 33 municípios (13,6%) estão em situação melhor e 184 municípios (89,3%) estão em situação pior ou igual. Isso se deve a estrutura fundiária do município, que apresenta uma distribuição das suas terras, na maioria, em pequenas propriedades, proporcionando assim, uma melhor distribuição de renda.

No desenvolvimento humano dispõe de escolas de boa qualidade, com 69% dos professores se graduando, hospital de alta qualidade, atendimento médico familiar, medicina preventiva, salário público em dia e economia em fase de desenvolvimento em função do potencial pecuário.

Fundado em 1993 com o nome de Casa de Saúde São Francisco. Em 2001 foi municipalizado com o nome de Hospital Municipal Santa Rosa, situado no município de São Francisco do Brejão-MA. Atualmente, possui 28 funcionários entre eles 5 médicos, 2 enfermeiros-padrão, 2 bioquímicos, 2 técnicos em laboratório, 8 técnicos de enfermagem, 8 auxiliares de enfermagem, 2 cozinheiras, 6 serviços gerais, 4 motoristas de ambulância, 2 vigias, uma nutricionista; uma administradora hospitalar e 3 recepcionistas.

Possui 20 leitos - entre enfermaria masculina e feminina-, pediatria, centro cirúrgico, sala de obstetrícia e laboratório.

7.3 População estudada

Esta investigação foi caracterizada por um estudo exploratório, descritivo dos funcionários, pesquisa essa realizada com o conjunto de profissionais da área da saúde expostos a risco de acidentes biológicos. As unidades envolvidas no estudo foram: Centro Cirúrgico, Clínicas Médicas e Cirúrgicas, Neonatologia, Tocoginecologia, Pediatria, Centro Obstétrico e os serviços de Processamento de Roupas e Laboratório de Análise Clínica.

7.4 Instrumentos de coleta de dados

No estudo, utilizou-se um formulário. Define-se formulário, de acordo com Ruiz (1985), como uma espécie de questionário que o próprio pesquisador preenche, de acordo com as respostas do informante. O formulário do estudo constou de perguntas abertas e fechadas, sendo dividido em duas partes descritas a seguir: Identificação Pessoal e Identificação Profissional.

Os itens do formulário foram os seguintes:

1. Identificação Pessoal: abordou a variável demográfica: idade, sexo, estado civil, grau de instrução;

2. Identificação Profissional: abordou os seguintes dados: categoria profissional, tempo de exercício na profissão, tempo de serviço na instituição, setor atual de trabalho, tempo de serviço no setor atual de trabalho, jornada de trabalho, turno de trabalho, esquema de turno, outro emprego, local de trabalho do outro emprego, função e jornada de trabalho do outro emprego.

8.5 Análise dos Dados

De acordo com a pesquisa realizada no Hospital Municipal de Santa Rosa, no município de São Francisco do Brejão-MA, 93% da população entrevistada é do sexo feminino e 7% é do sexo masculino.

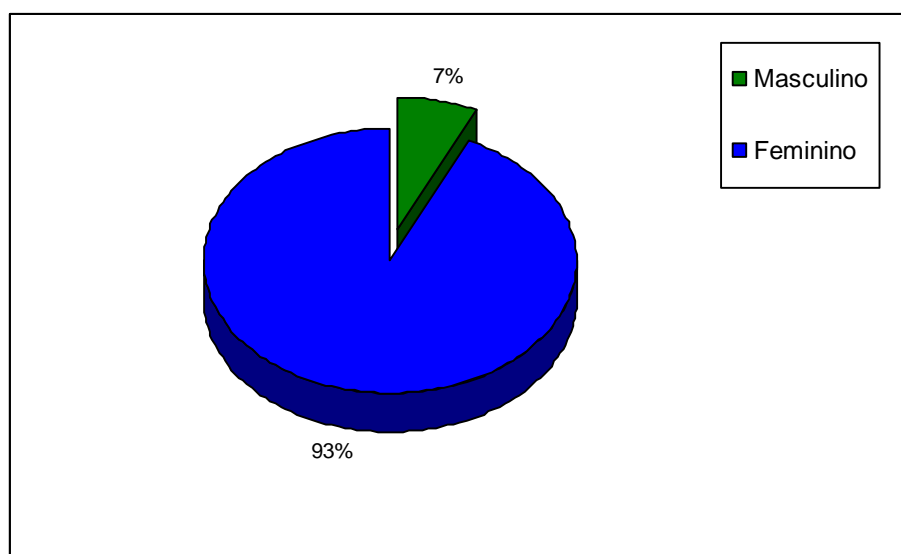


Gráfico 1: Distribuição percentual dos 28 participantes da pesquisa de campo de acordo com o sexo. São Francisco do Brejão-MA/2010

Considera-se acidente de trabalho quando existe uma colisão repentina e involuntária entre pessoa e objeto, a qual ocasiona danos corporais (lesões, morte) e/ou danos materiais. Por ser repentino, o acidente se diferencia da doença ocupacional adquirida em longo prazo. Na prevenção de acidentes, os esforços devem ser concentrados inicialmente na eliminação dos perigos e/ou eliminação dos riscos, não permitindo interação direta entre pessoas e perigos e, posteriormente, orientações e fornecimento de equipamentos de proteção individual. Com a combinação dessas medidas, é possível obter melhores resultados na prevenção de acidentes do trabalho e de doenças ocupacionais. (NISHIDE; BENATTI; ALEXANDRE, 2004).

Com relação ao estado civil dos profissionais entrevistados no Hospital Municipal, observa-se que há uma equiparação entre a porcentagem de solteiros e casados de 43%. Em seguida, com 14%, vêm os divorciados. Viúvos e outras formas de união não foram observados no local da pesquisa.

De acordo com Nishide; Benatti; Alexandre, (2004) historicamente, os trabalhadores da área da saúde não eram considerados como categoria profissional de alto risco para acidentes do trabalho. A preocupação com os riscos biológicos surgiu, somente, a partir da epidemia da HIV/AIDS nos anos 80, onde foram estabelecidas normas para as questões de segurança no ambiente do trabalho.

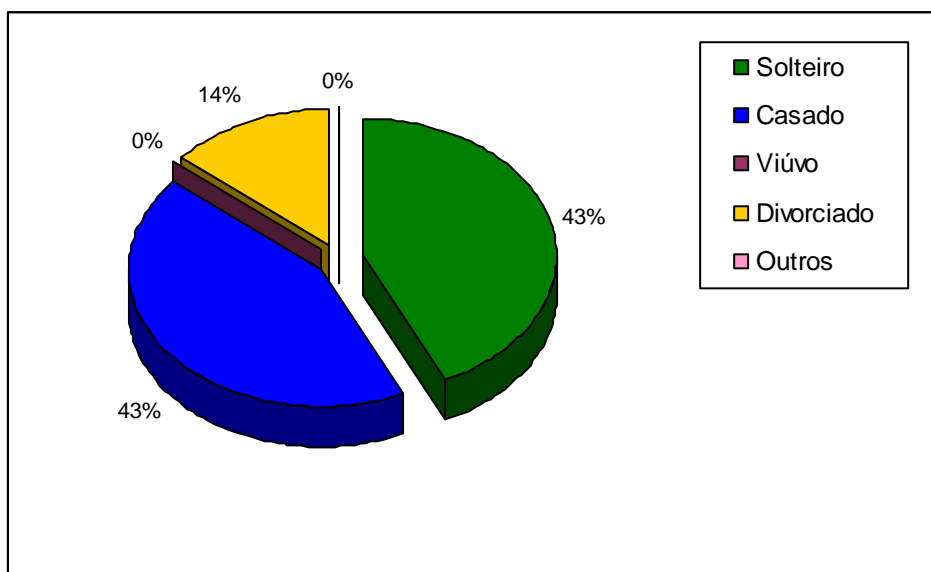


Gráfico 2: Distribuição percentual dos 28 participantes da pesquisa de campo de acordo com o estado civil. São Francisco do Brejão-MA/2010

Quanto ao grau de escolaridade dos entrevistados do Hospital Municipal

observa-se que 64% têm ensino médio completo, 29% possui curso superior completo e 7% têm ensino médio incompleto. Outros graus de escolaridade não foram encontrados entre os pesquisados.

A análise dos resultados sugere que todas as categorias de profissionais de enfermagem estão sujeitas a acidentes com material perfurocortante, o que faz necessária a realização de estudos aprofundados que detectem as causas mais comuns e as conseqüências para os profissionais, para possibilitar a elaboração de programas de educação, treinamento dos profissionais, supervisão contínua e sistemática e modificações nas rotinas de trabalho, tornando um hábito a prática das precauções de segurança (MARZIALE; RODRIGUES, 2002).

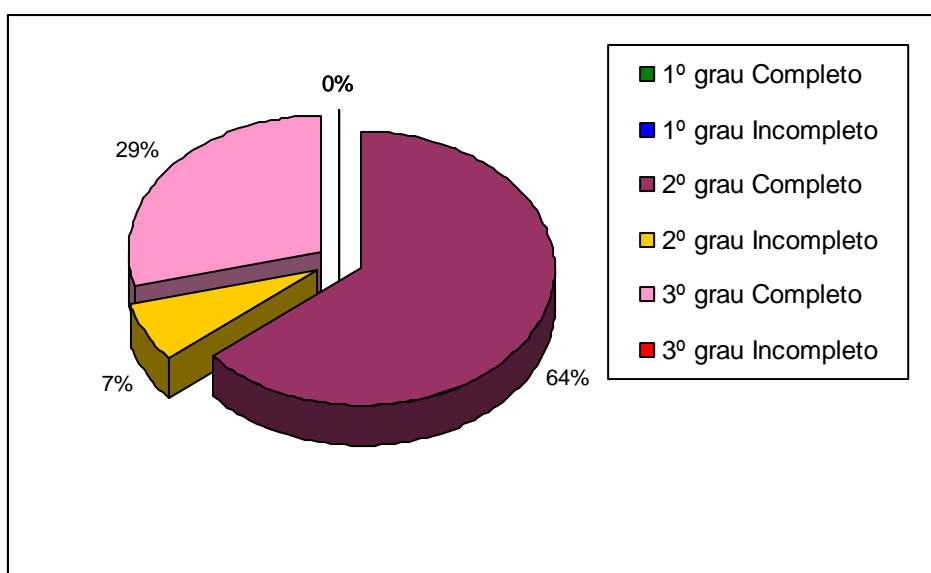


Gráfico 3: Distribuição percentual dos 28 participantes da pesquisa de campo de acordo com a escolaridade. São Francisco do Brejão-MA/2010

Analisando o gráfico 04, pode-se observar que a maioria da população entrevistada, 37% era constituída de auxiliares de limpeza. Em seguida, apresentam-se os técnicos de enfermagem e os de laboratório, com 21%; depois, médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem, representando 7% dos entrevistados.

Quanto aos riscos biológicos, eles se referem ao contato do trabalhador com microorganismos (principalmente vírus e bactérias) ou material infectocontagante, os quais podem causar doenças como: tuberculose, hepatite, rubéola, herpes, escabiose e AIDS (MARZIALE; RODRIGUES, 2002).

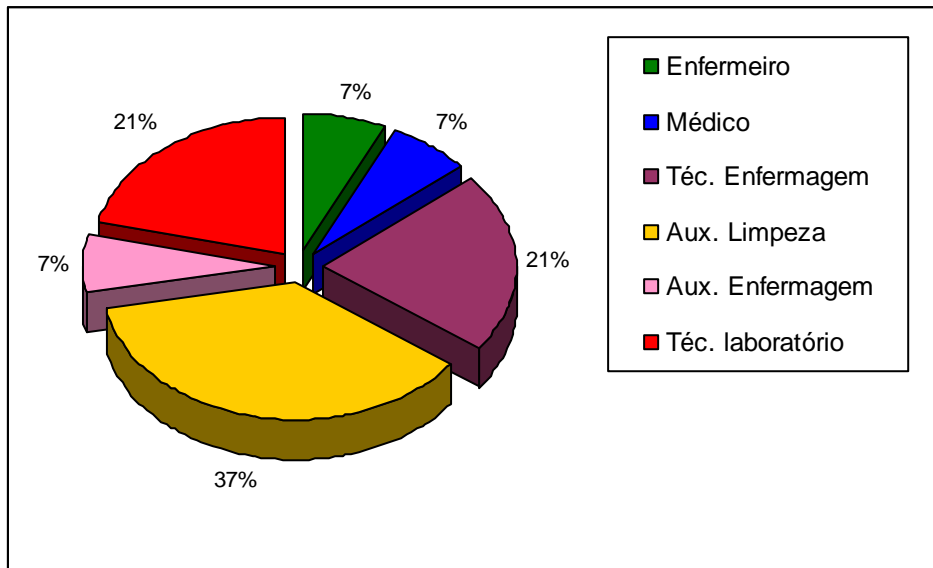


Gráfico 4: Distribuição percentual dos 28 participantes da pesquisa de campo de acordo com a categoria profissional. São Francisco do Brejão-MA/2010

Quanto ao tempo de serviço no Hospital Municipal, a grande maioria, 72%, trabalha na instituição há vários anos; em seguida, verificam-se os casos de entrevistados que entraram no trabalho recentemente e, somente uma pequena parcela deles, ou seja, 07%, já trabalham há alguns meses.

Conforme o contato com microorganismos patológicos oriundo de acidentes ocasionados pela manipulação de material perfurocortante, ocorre, com grande frequência, na execução do trabalho de enfermagem. A exposição ocupacional por material biológico é entendida como a possibilidade de contato com sangue e fluidos orgânicos no ambiente de trabalho, e as formas de exposição incluem inoculação percutânea, por intermédio de agulhas ou objetos cortantes, e o contato direto com pele e/ou mucosas.

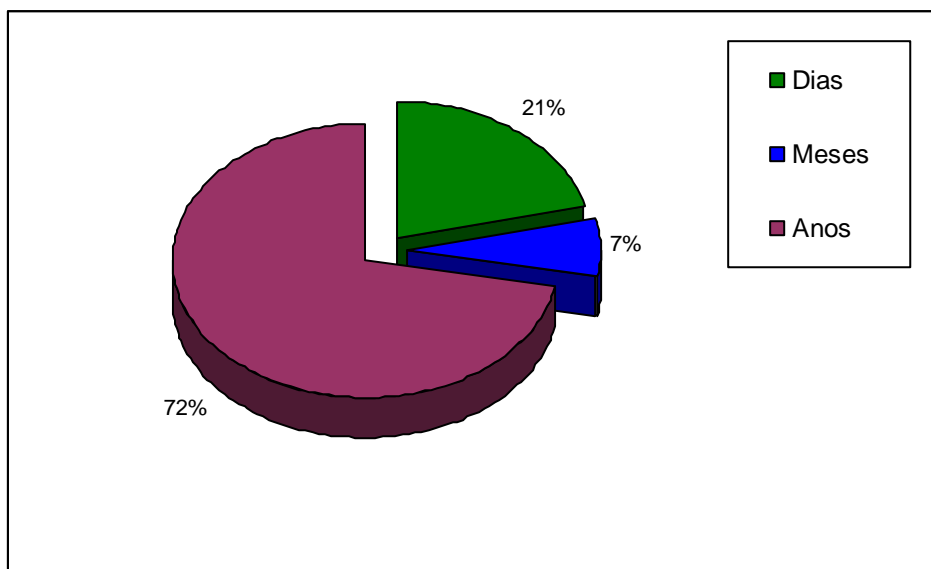


Gráfico 5: Distribuição percentual dos 28 participantes da pesquisa de campo de acordo com o tempo de serviço. São Francisco do Brejão-MA/2010

Em relação à área de atuação no Hospital Municipal, 50% trabalham na clínica médica, seguido de 22% que trabalham no laboratório. Com percentual de 14% estão os profissionais que dão expediente na tocoginecologia e na lavanderia. Nos demais setores e especialidades do hospital não há profissionais atuando.

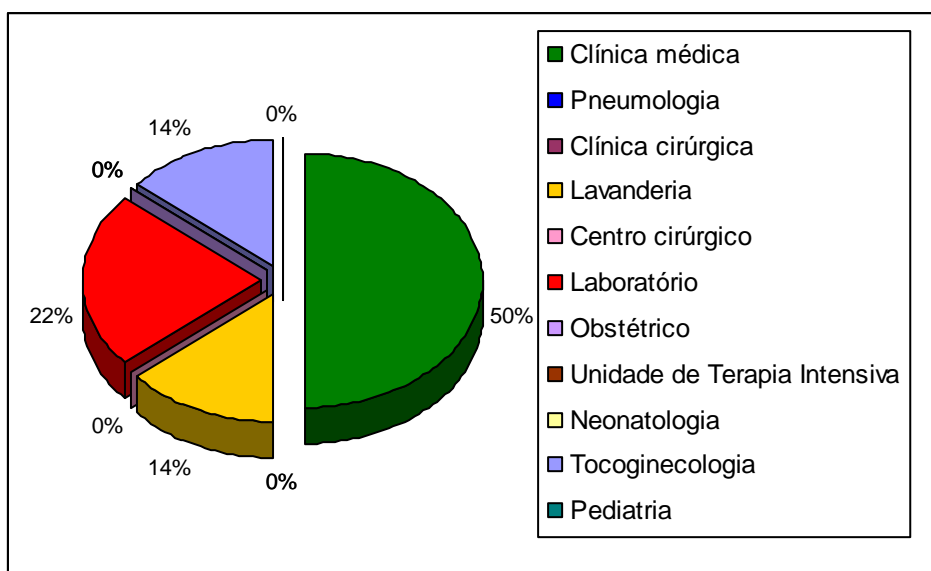


Gráfico 6: Distribuição percentual dos 28 participantes da pesquisa de campo de acordo com a atuação no Hospital. São Francisco do Brejão-MA/2010

Quanto à jornada de trabalho, a maioria dos profissionais, 43%, trabalha 12 horas por dia. Com 8 horas de trabalho por dia, encontram-se 14% deles. Já 7% desses profissionais têm uma jornada de trabalho de 6 horas ao dia. E por último,

observa-se o caso dos entrevistados que tem uma carga horária de trabalho diferente dos já citados.

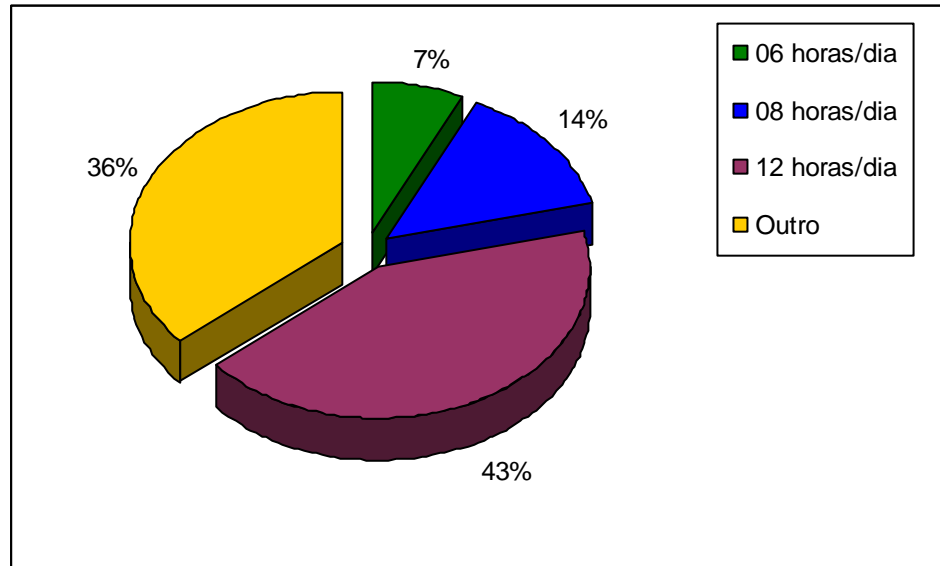


Gráfico 7: Distribuição percentual dos 28 participantes da pesquisa de campo de acordo com a jornada de trabalho. São Francisco do Brejão-MA/2010

Quanto ao tempo de serviço no setor atual de trabalho, 64% trabalham há vários anos no mesmo setor. Depois, apresentam-se os casos de profissionais que mudaram de setor e estão apenas há alguns dias no setor atual de serviço. Logo depois, tem-se a parcela de 14% de profissionais que já trabalham há alguns meses.

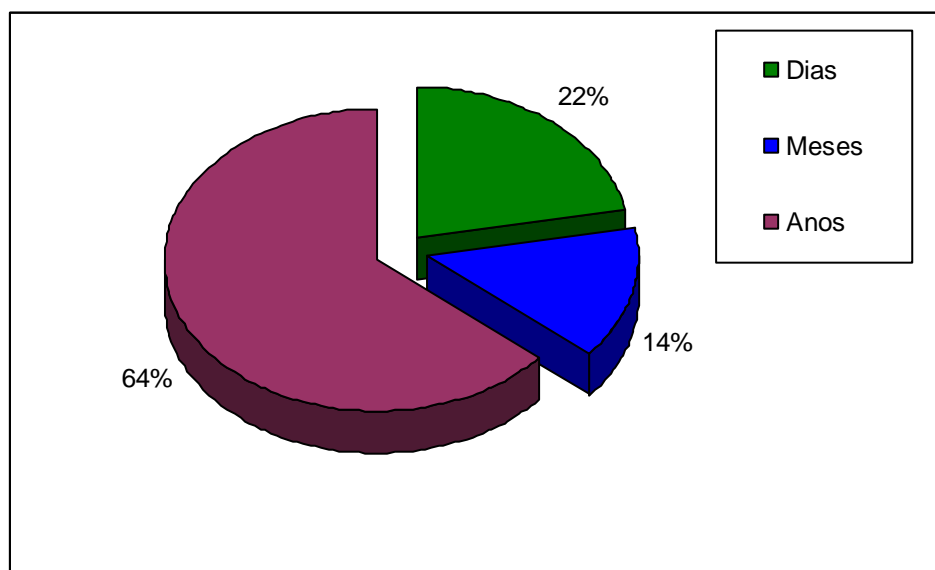


Gráfico 8: Distribuição percentual dos 28 participantes da pesquisa de campo de acordo com o tempo de serviço. São Francisco do Brejão-MA/2010

Quanto à jornada de trabalho, a maioria dos profissionais, 43%, trabalha 12 horas por dia. Com 8 horas de trabalho por dia, encontram-se 14% deles. Já 7% desses profissionais têm uma jornada de trabalho de 6 horas ao dia. E por último, observa-se o caso dos entrevistados que tem uma carga horária de trabalho diferente dos já citados.

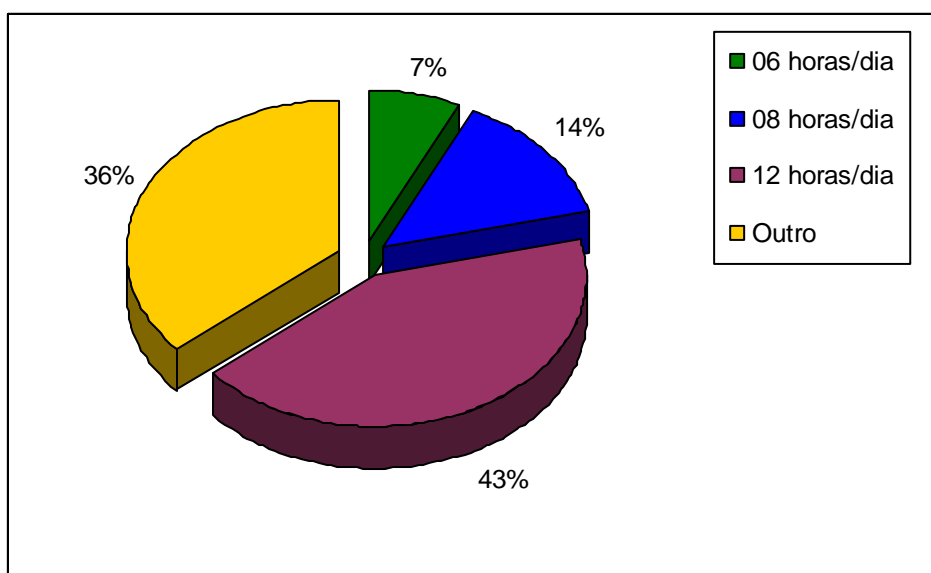


Gráfico 9: Distribuição percentual dos 28 participantes da pesquisa de campo de acordo com a jornada de trabalho na escala atual. São Francisco do Brejão-MA/2010

Quando perguntado sobre qual turno eles trabalhavam, 50% disseram que dão plantão, 29% têm mais de um tipo de turno e 21% dos profissionais trabalham somente no período da manhã. No turno da noite, não houve nenhum entrevistado que trabalhasse somente nesse turno.

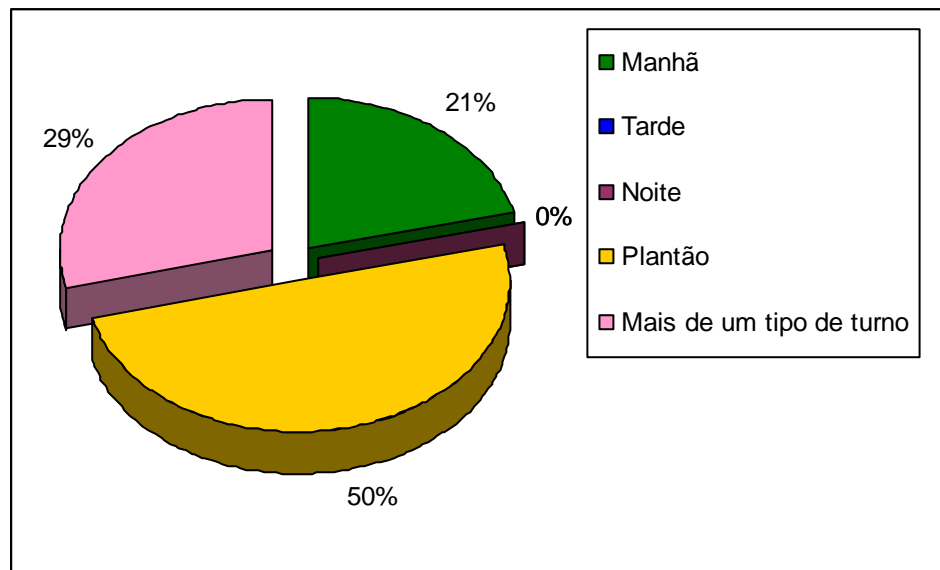


Gráfico 10: Distribuição percentual dos 28 participantes da pesquisa de campo de acordo com o turno de trabalho na escala atual. São Francisco do Brejão-MA/2010

Quanto ao esquema de turno nos últimos seis meses, a maioria respondeu que tem já fixado seu horário de trabalho no Hospital Municipal, ou seja, 79% dos profissionais. Já 21% dos entrevistados alteram seu esquema de turno por motivos diversos.

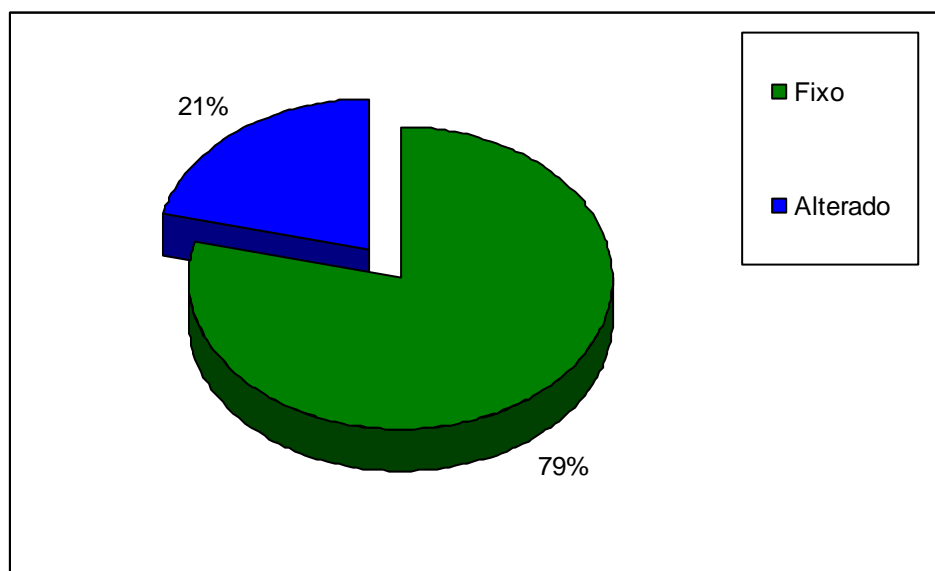


Gráfico 11: Distribuição percentual dos 28 participantes da pesquisa de campo de acordo se tem horário fixo no emprego atualmente. São Francisco do Brejão-MA/2010

Perguntado se possuíam outro emprego atualmente, 72% responderam que não possuem e que só trabalham no Hospital Municipal e 28% dos profissionais têm outro emprego além do hospital.

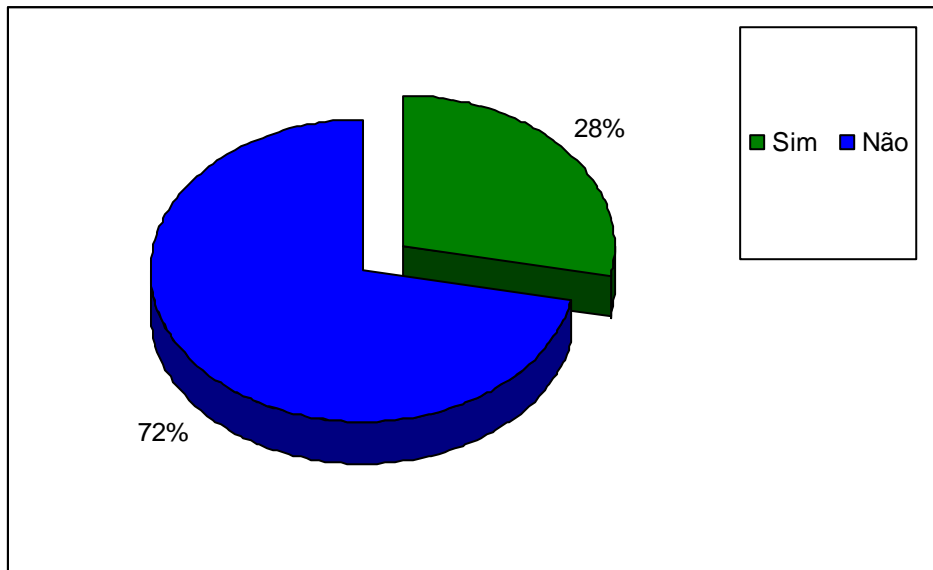


Gráfico 12: Distribuição percentual dos 28 participantes da pesquisa de campo quanto se possui emprego atual. São Francisco do Brejão-MA/2010

Sobre a jornada de emprego: 7% é de 06 horas /dia; 21% 08 horas/dia; 7% 12 horas/dia e a maioria 65% disse ter outro.

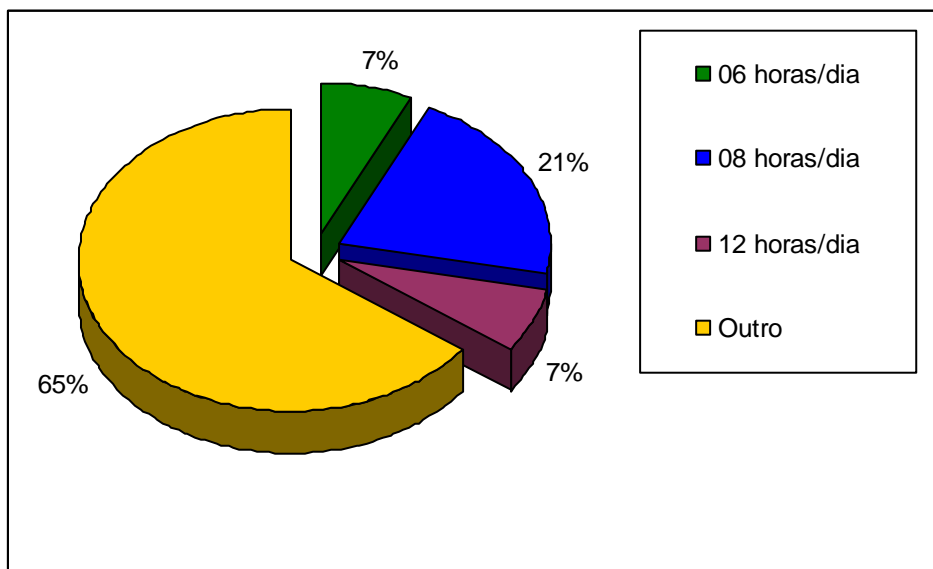


Gráfico 13: Distribuição percentual dos 28 participantes da pesquisa de campo quanto à jornada de emprego. São Francisco do Brejão-MA/2010

Quanto aos acidentes ocorridos no Hospital Municipal, a maioria dos profissionais entrevistados, ou seja, 79% disseram nunca ter sofrido nenhum tipo de acidente, ao contrário dos 21% que disseram já ter sofrido.

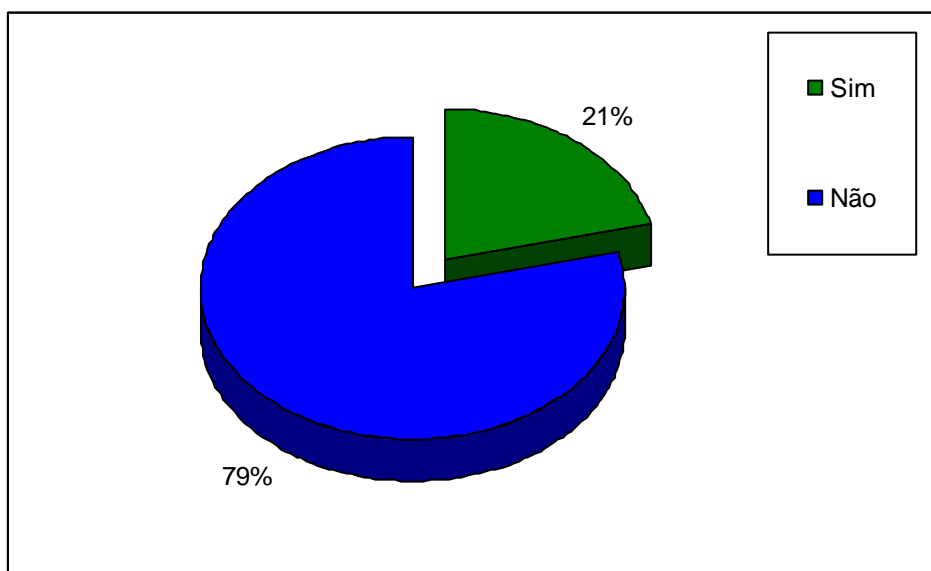


Gráfico 13: Distribuição percentual dos 28 participantes da pesquisa de campo sobre se já sofreram algum acidente no hospital. São Francisco do Brejão-MA/2010

Em relação ao uso de EPI no ato do acidente, 86% disseram estar usando luvas e 14% estavam usando máscaras. Quanto aos outros equipamentos de segurança, não houve entrevistado que os citasse.

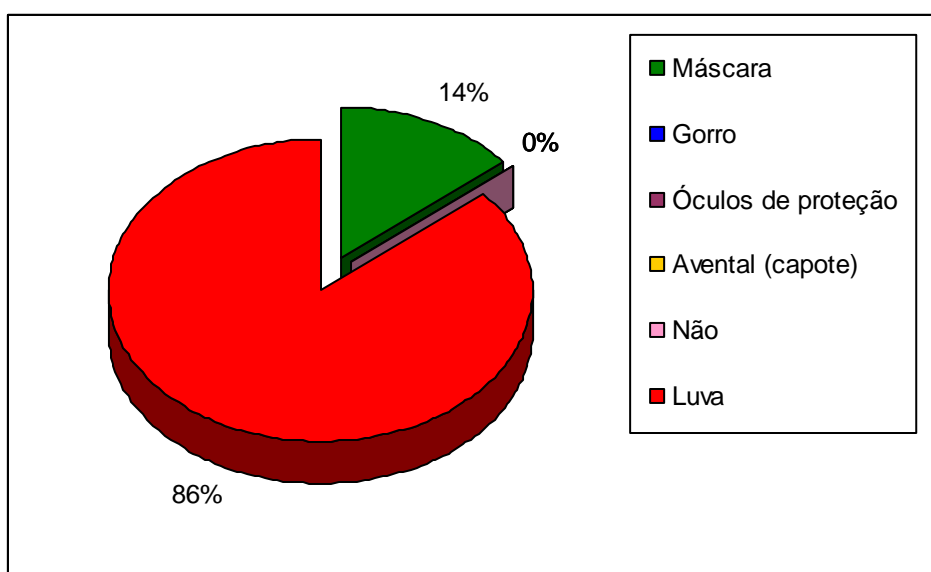


Gráfico 14: Distribuição percentual dos 28 participantes da pesquisa de campo quanto ao uso de EPI no ato do acidente. São Francisco do Brejão-MA/2010

8.4 Considerações Éticas

Antes de responder o questionário, os participantes assinaram um documento de “consentimento livre e esclarecido”, quanto aos aspectos éticos profissionais observados e respeitados de acordo com a Lei 196/96, pesquisa com seres humanos do Ministério da Saúde. Neste documento foram esclarecidos sobre o teor da pesquisa, da garantia do sigilo e liberdade da recusa. Também foram esclarecidos que não teriam nenhum ônus ou bônus na participação. Tiveram ainda a garantia de que não seriam identificados em nenhuma publicação posteriormente.

8- CONCLUSÃO

Diante do exposto, conclui-se:

- a) a maioria dos profissionais é do sexo feminino é quanto ao estado civil, há um percentual semelhante entre os solteiros e casados;
- b) quanto à escolaridade mais da metade tem ensino médio completo;
- c) a maioria dos profissionais é constituída por auxiliar de limpeza, seguido de técnicos de enfermagem e técnicos de laboratório;
- d) a maioria trabalha no Hospital a vários anos na Clínica Médica e no mesmo setor;
- e) A jornada de trabalho de quase metade dos profissionais é de 12 horas por dia e em regime de Platão;
- f) Quanto ao horário de trabalho, a maioria dos profissionais tem horário de trabalho fixo e não tem outro emprego, além do Hospital;
- g) A jornada de trabalho em outro emprego, foi apontado pela a maioria dos entrevistados como sendo outros;
- h) Quanto à ocorrência de acidente de trabalho no hospital, a maioria dos profissionais, informa que nunca sofreu nenhum tipo de acidente;
- i) Entre os profissionais que sofreram acidente de trabalho no Hospital, a maioria usava luvas.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A preocupação com a exposição dos profissionais que atuam em hospital, aos riscos biológicos destina-se especialmente com a saúde ocupacional, levando assim, a outros paradigmas como os aspectos essenciais que envolvem a medicina do trabalho, a educação continuada para com esses profissionais, o nível de informação antes, durante e depois de um acidente de trabalho bem como suas consequências a nível econômico, profissional e psicossocial.

Dessa maneira, a preocupação com os riscos ocupacionais, tende a antecipar os riscos, transformando o comportamento e atuação profissional em ações preventivas e promocionais, diminuindo significativamente o índice de acidente de trabalho. No entanto, para que o esse processamento seja eficiente, vai depender da área física, dos equipamentos adequados, da habilitação e treinamento dos profissionais, a fim de que essas pessoas possam desempenhar suas atividades, atendendo dessa forma, as necessidades da CCIH e da CIPA

Entende-se que dentro de um hospital, os riscos biológicos são os mais comuns no meio ambiente, sendo a prevenção quanto a esses riscos um meio eficaz de evitar infecção hospitalar, evitando também que colaboradores se contaminem quando da sua inadequada manipulação.

Durante a pesquisa de campo realizada no Hospital Municipal Santa Rosa em São Francisco do Brejão-Ma, foi possível descobrir com os colaboradores que há muito ainda o que se fazer, pois existem profissionais que já sofreram acidente de trabalho, o que faz perceber a necessidade de antecipação de riscos, como o objetivo da pesquisa foi apenas identificar se havia ou não acidente de trabalho, não foi mostrado como o mesmo aconteceu.

Por outro lado, a verificação de que existem mais mulheres trabalhando do que homens no referido hospital, indica que essas estarão mais expostas aos riscos biológicos e que precisam, portanto, se protegerem mais. Também a pesquisa indicou como sujeitos ativos o maior número de auxiliar de limpeza que também consequentemente podem estar correndo mais riscos de contaminação.

É bom lembrar que se não houver uma educação continuada quanto aos riscos ocupacionais, principalmente com os profissionais que já atuam há muito tempo no hospital, esses ficarão mais vulneráveis a infecções, devido ao grau de

confiança em técnicas realizadas diariamente, sendo esses os mais susceptíveis ao não preenchimento das notificações de acidente de trabalho.

Foi detectado, que no ato do acidente 14% dos profissionais não faziam uso de nenhum EPI, o que faz repensar na responsabilidade profissional e até mesmo nas exigências hospitalares.

Dessa maneira, a discussão dos resultados obtidos nesse estudo, deixou claro que há de verdade a necessidade de uma nova reestruturação nesse setor, tanto na infra-estrutura quanto na área de recursos humanos, pois os padrões e características apontados por vários autores, faz-se crer que é possível ser utilizados adequadamente todos os equipamentos para antecipar os riscos biológicos no hospital.

Enfim, no sentido real, o hospital ora estudado apresenta um razoável padrão de controle de infecção hospitalar (IH), já que todos colaboradores entrevistados responderam que recebem Equipamento de Proteção Individual-EPI.

Diante do que verificado, pode-se dizer que a pesquisa foi de grande relevância, pois foi possível observar as falhas no Hospital no que diz respeito à saúde ocupacional e o nível de preocupação, quanto ao tema pelos profissionais envolvidos na pesquisa, bem como conhecer mais de perto a realidade do hospital analisado.

REFERÊNCIAS

ATLAS. **Manual de Segurança e Medicina do Trabalho**. Manuais de legislação. 54. ed. São Paulo: Atlas, 2004.

AZEVEDO C.S. **Gerência hospitalar: a visão dos diretores de hospitais públicos do município do Rio de Janeiro**. Dissertação (Mestrado). Instituto de Medicina Social, Universidade Federal do Rio Janeiro, Rio de Janeiro. 1993.

BARBOSA, A. **Riscos ocupacionais em hospitais: um desafio aos profissionais da área de saúde ocupacional**. 1999. 126f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

BARROSO, Geny Helena Fernandes. **Aposentadoria especial e a conversão do tempo de serviço especial em comum**. In: Âmbito Jurídico. Rio Grande, 78, 01/07/2010. Disponível em: <http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=8000>. Acesso em 11 ago. 2010.

BENOUSSAN, E.; ALBIERI, S. **Manual de higiene, segurança e medicina do trabalho**. São Paulo: Atheneu, 1997.

BIFUSP. **Mapa de risco**. Disponível em: <<http://www.if.usp.br/bifusp/bifold/bif9928.html>> Acesso em: 11 ago. 2010.

BRASIL. IMBRAVISA. **Guia de procedimentos em acidentes envolvendo profissionais de saúde**. 2007. Disponível em: <<http://www.imbravisa.com.br>>. Acesso: 25 ago. 2010.

_____. **Manual de condutas em exposição ocupacional a material biológico**. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Gestão Participativa. **Levantamento sobre a percepção dos prefeitos quanto ao processo de gestão do Sistema Único de Saúde: versão preliminar**. Brasília, DF, 2008.

CAMPOS, Wilson. **Estatísticas de acidente do trabalho no Brasil**. 2009. Disponível: < <http://diesat.blogspot.com/2009/01/estatsticas-de-acidente-de-trabalho-no.html>> Acesso em: 11 ago. de 2010.

CHERUBIN, Niversindo Antonio. **Administrador hospitalar: um compromisso com a ciência e a arte**. São Paulo: Loyola, 1998.

COSTA, Hertz Jacinto. **Acidente do trabalho**. Ceará: Síntese, 2003.

COSTA, Lenine Fenelon. **Aspectos essenciais da medicina do trabalho**. Rio de Janeiro, 2002.

DELGADO, José Augusto. **A Constituição Federal e o acidente de trabalho: interpretação do art. 7º, inciso XXVIII, da C. F. de 1988**. Disponível em: < http://bdjur.stj.gov.br/xmlui/bitstream/handle/2011/18077/Constitui%C3%A7%C3%A3o_Federal_Acidente.pdf?sequence=3> Acesso em: 11 ago. 2010.

DEMING, W. Edwards. **Qualidade: a revolução da administração**. Tradução de Clave Comunicação e Recursos Humanos. Rio de Janeiro: Marques Saraiva, 1990.

FERNANDES, Dinorá Carla de Oliveira Rocha. **Opção de compra de ações: mecanismo de remuneração estratégica e suas repercussões nos benefícios previdenciários**. Nova Lima / FDMC, 2008.

FRANCISCO, M. T. R. **Bibliografia: administração em saúde**. 1. ed. Rio de Janeiro: Gráfica UERJ, 1998.

UFT. Fundação Universidade Federal do Tocantins. **Manual sobre programa de prevenção de risco ambiental**. Disponível: < www.site.uft.edu.br/component/option,com_docman/Itemid>. Acesso em: 05 set. 2010.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 1999.

GOMEZ, Carlos Minayo; COSTA, Sonia Maria da Fonseca Thedim. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. **Cad. Saúde Pública**. vol.13

suppl. 2º Rio de Janeiro 1997. Disponível em:
<http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102-311X1997000600003&script=sci_arttext> Acesso em: 16 ago. 2010.

LEAVELL, H.; CLARK, E. G. **Medicina preventiva**. São Paulo: McGraw-Hill, 1976.

MACHADO, J. M. H; MINAYO GOMEZ, C. **Acidentes de Trabalho: Concepções e Dados**. In: Os Muitos Brasis: Saúde e População na Década de Oitenta. (M. C. S. Minayo, org.), pp. 117-142. São Paulo-Rio de Janeiro: Editora Hucitec-Abrasco. 1995.

MARINHO, Temporão. **Saúde e Segurança**: ministros querem reduzir acidentes de trabalho. 2008. Disponível em: <<http://www.nexocs.com.br/?q=node/65>> Acesso em: 11 ago. 2010.

MARTINS, Sérgio Pinto. **Direito da seguridade social**. 23. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

MARZIALE, M. H. P. **Rede de prevenção de acidentes de trabalho com material biológico em hospitais do Brasil**. Ribeirão Preto: Repat, 2007.

MARZIALE, Maria Helena Palucci. RODRIGUES, Christiane Mariani. A produção científica os acidentes de trabalho com material perfurocortante entre trabalhadores de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. vol.10. no.4 Ribeirão Preto July/aug. 2002

MENDES, René. **Patologia do Trabalho**. 2. ed. Atual. ampl. São Paulo: Atheneu, 2005.

MIRANDA, Carlos Alberto. **Introdução à saúde no trabalho**. São Paulo: Atheneu, 1998.

MONTEIRO, Antonio Lopes, et al., **Acidentes do Trabalho e Doenças Ocupacionais**. São Paulo: Saraiva, 2000.

NESI, M. **Prevenção do contágio nos atendimentos médicos**. São Paulo: Atheneu, 2000.

ODA, Leila; ÁVILA, Suzana et al. **Biossegurança em laboratórios de saúde**

pública. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. Disponível em: <
http://www.fiocruz.br/biosseguranca/Bis/lab_virtual/riscos_biologicos.html> Acesso
em 16 set. 2010.

OLIVEIRA, José de. **Acidente de trabalho.** 2. ed. São Paulo: Saraiva, 1994.

OLIVEIRA, Sebastião Geraldo de. **Indenizações por acidente do trabalho ou
doença ocupacional.** 5. ed. rev. ampl. e atual. São Paulo: LTr, 2009.

EREIRA, M. G. **Epidemiologia:** teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan,
1995.

PORTO, Marcelo Firpo. Saúde do trabalhador e o desafio: contribuições do enfoque
ecossocial, da ecologia política e do movimento pela justiça ambiental. **Ciências
coletivas.** 2005.

PRADO, M. A. et al. A equipe de saúde frente aos acidentes com material biológico.
Nursing, São Paulo, v.2, n.19, p.22-24, dez. 1999.

ROBAZZI, M. L. C. C.; MARZIALE, M.H.P. Alguns problemas ocupacionais
decorrentes do trabalho de enfermagem no Brasil. **Rev. Bras. Enfermagem**,
Brasília, v.52, n.3, p.331-338, jul./set. 2000.

RUIZ, J. A. **Metodologia científica:** guia para eficiência nos estudos. São Paulo,
Atlas, 1985. p.48-84.

SALIBA, Messias et al.,. **Legislação de segurança, acidente do trabalho e saúde
do trabalhador.** São Paulo: LTr. Disponível em: <
[http://www1.pucminas.br/imagedb/documento/DOC_DSC_NOME_ARQUI200811041
43646.pdf](http://www1.pucminas.br/imagedb/documento/DOC_DSC_NOME_ARQUI20081104143646.pdf)> Acesso em:16 set. 2010.

TORRES, Silvana; LISBOA, Teresinha Covas. **Limpeza e higiene, lavanderia
hospitalar.** 2. ed. rev. e ampl. São Paulo: CLR Balieiro, 2001.

UNESP. **Manual de biossegurança.** São Paulo: UNESP, 2007.

VILELA, Ruth Beatriz Vasconcelos. **Riscos biológicos guia técnico**: os riscos biológicos no âmbito da Norma Regulamentadora Nº. 32. 2008. Disponível em: <http://www.mte.gov.br/seg_sau/guia_tecnico_cs3.pdf> Acesso em: 16 ago. 2010.

APÊNDICE

Apêndice A: Questionário

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS**1. Identificação Pessoal:**

- 1 Sexo: (..) Masculino (..) Feminino
- 2 Estado Civil:
- (..) Solteiro () Casado
- (..) Viúvo (..) Divorciado
- () Outros

2. Grau de Instrução:

- 1º grau
- () Completo (..) Incompleto
- 2º grau
- (..) Completo (..) Incompleto
- 3º grau
- (..) Completo (..) Incompleto

2. Identificação Profissional**2.1 Categoria profissional:**

- () enfermeiro () médico
- () Téc. Enfermagem () Aux. Limpeza () aux. Enfermagem
- () Téc. laboratório

2.3 Tempo de Serviço Nesta Instituição:

- () dias () meses () anos nesse hospital

3 Setor Atual de Trabalho

- () Clínica médica () Pneumologia
- () Clínica cirúrgica 10 () Lavanderia () C. cirúrgico
- () Laboratório () Obstétrico
- () Unidade de Terapia Intensiva () Neonatologia
- () Tocoginecologia () Pediatria

4. Qual o Tempo de Serviço no Setor Atual de Trabalho?

- () dias (..) meses
- (..) anos

5 Qual a sua Jornada de Trabalho?

- (..) 06 horas/dia (..) 08 horas/dia

(..) 12 horas/dia

(..) Outro- Especificar: _____

6. Qual seu Turno de Trabalho na Escala Atual?

(..) Manhã

(..) Tarde

(..) Noite

(..) Plantão

(..) Mais de um tipo de turno

7. Qual foi seu esquema de Turno (últimos seis meses)?

() Fixo

(..) Alterado

8. Você Possui Outro Emprego Atualmente?

(..) Sim

(..) Não

8.2 Jornada de Trabalho:

(..) 06 horas/dia

(..) 08 horas/dia

(..) 12 horas/dia

(..) Outro- Especificar:

9. Já teve algum acidente nesse hospital?

() Sim

(..) Não

10 Uso de EPI no ato do acidente?

(..) Máscara

(..) Gorro

(..) Óculos de proteção

(..) Avental (capote)

(..)Não