

ELIANA PINHO DE AZAMBUJA

**O PROCESSO DE TRABALHO E O PROCESSO
EDUCATIVO:
CONSTRUINDO A PREVENÇÃO DA SITUAÇÃO DE
RISCO E DE ACIDENTE DE TRABALHO**

**FLORIANÓPOLIS
1999**

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E DO DESPORTO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
REDE DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM DA REGIÃO SUL
REPENSUL – POLO II – FURG E UFPEL**

**O PROCESSO DE TRABALHO E O PROCESSO EDUCATIVO:
CONSTRUINDO A PREVENÇÃO DA SITUAÇÃO DE RISCO E DE ACIDENTE
DE TRABALHO**

ELIANA PINHO DE AZAMBUJA

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

ORIENTADORA: PROF^a DR^a MARTA REGINA CEZAR VAZ

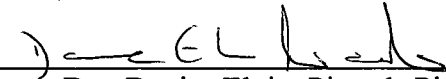
FLORIANÓPOLIS, 1999.

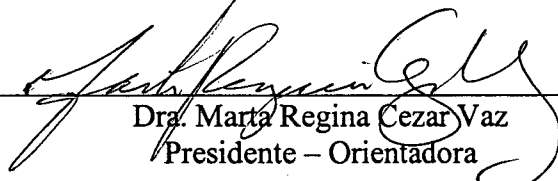
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

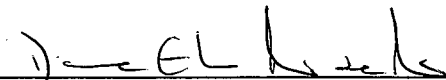
**O PROCESSO DE TRABALHO E O PROCESSO EDUCATIVO:
CONSTRUINDO A PREVENÇÃO DA SITUAÇÃO DE RISCO E DE
ACIDENTES DE TRABALHO**

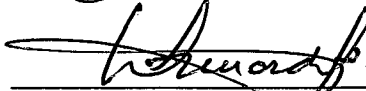
ELIANA PINHO AZAMBUJA

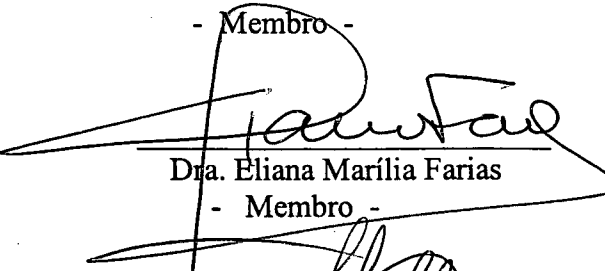
Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela banca Examinadora para a obtenção do título de **Mestre em Assistência de Enfermagem** e aprovada em sua forma final em 2 de dezembro de 1999, atendendo às normas de legislação vigente do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado em Assistência de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

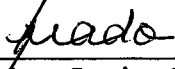

Dra. Denise Elvira Pires de Pires
- Coordenadora do Curso -



Dra. Marta Regina Cezar Vaz
Presidente – Orientadora

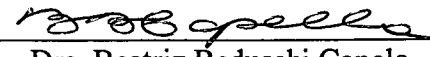

Dra. Denise E. Pires de Pires
- Membro -


Dr. Wilson Danilo Lunardi Filho
- Membro -


Dra. Eliana Marília Farias
- Membro -


Dra. Marta Lenise do Prado
Membro -


Dda. Hedi Crescência H. da Siqueira
- Membro -


Dra. Beatriz Beduschi Capela
- Suplente -

Ao meu pai, pelo estímulo ao estudo e pelos ensinamentos de vida e amor. Esta construção é, também, sua.

À minha mãe, presença fiel, amorosa e constante em todos os momentos... presença que preencheu minhas tantas ausências e permitiu esta conquista.

Aos meus irmãos Tânia, Telma e Silzo, e minhas sobrinhas Thaís, Sibelle e Thâni, por fazerem parte deste "nosso mundo" tão especial e por terem apoiado, cada um de seu jeito, minhas caminhadas.

Ao Carlos, Mariana e Gabriela, que respeitaram e incentivaram minhas idéias, minhas vontades, que me permitiram sonhar e ajudaram a realizar este sonho. AMO VOCÊS, DEMAIS!

AGRADECIMENTOS

Somos um pouco de cada um que passa em nossas vidas ou que convive conosco. Por isso, jamais chegaremos a determinado lugar sozinhos, mas sim, junto de pequenas presenças e ensinamentos que as pessoas deixaram ou deixam de si, com muito amor.

À Dr^a Marta Regina Cezar Vaz, orientadora deste trabalho, pela capacidade de compilar idéias, de ampliar horizontes. Nossos momentos de convivência foram sempre permeados por seu inesgotável conhecimento e por uma troca de experiências de vida, que me proporcionou crescimento. Obrigada, Marta, por apontar caminhos para a realização deste sonho.

À direção do Hospital Universitário na pessoa da Enf^a Elaine, no início da caminhada, e da Enf^a Zulema e Prof^a Zezé, no continuar da mesma, pelo apoio, pela confiança, pela “liberação” das atividades nos momentos certos e oportunos. Por acreditarem na vitória e, mais ainda, por participarem dela.

Aos trabalhadores que participaram deste estudo, que dividiram suas experiências, permitindo conhecer a organização tecnológica do trabalho no qual estão inseridos, na tentativa de melhorá-la, o meu agradecimento especial e de todos os trabalhadores que se beneficiarão com este estudo. Para ser cidadão no e do trabalho, é preciso ir além do cumprimento das ações cotidianas. É necessário que se transforme o cotidiano, que se realize um trabalho com prazer, com amor e com profissionalismo. Vocês já estão fazendo isto, certamente.

À banca examinadora: Dr^a Denise, Dr. Wilson, Dr^a Eliana, Dr^a Marta, Doutoranda Hedi, pela leitura, pelas contribuições. Seus conhecimentos enriqueceram esta construção.

Aos colegas da turma de mestrado: Nalú, Helena, Geane, Adriane, Bete, Marise, Rose, Sílvia, Jussara, Narciso, Elodi, Norlai, Ana Cláudia, Hedi, Sonia, Elaine, Celeste, Mari, pela convivência, pelas alegrias partilhadas, pelo crescimento mútuo, por termos sido “companheiros” durante grande parte desta caminhada.

À amiga Nalú, que me incentivou sempre, que participou de cada etapa desta produção, que soube dar sem nada exigir, que demonstrou ser uma verdadeira AMIGA!

“A amizade verdadeira desce abaixo das raízes ou se eleva acima das estrelas.”

À Gisa, Vera, Andréa, Miriam, Rose, Leticia, amigas que, além do apoio e incentivo, ACREDITARAM! Caminharam comigo, alegraram-se com cada momento especial vivido e participaram de todas as conquistas.

Às amigas Luciane, Gládis, Bianca, Sílvia, Rosângela, Kelen, Alice, Patrícia, Gisele, que estiveram sempre ao meu lado em pensamento e oração.

À Helena, pela paciência e dedicação com que me auxiliou no final desta caminhada; pelo incentivo constante e carinhoso.

Aos colegas do Hospital Universitário que acreditaram, que apoiaram e que participaram deste estudo.

A todos que, de uma forma ou de outra, estiveram presentes, deram apoio, vibraram, tornaram possível a realização deste sonho.

SUMÁRIO

CAPÍTULO I – INTRODUZINDO O TEMA	01
Apresentando o tema	01
Justificando o tema	03
Delineando os objetivos	13
CAPÍTULO II – PROCESSANDO O CAMINHO	17
1. SUBSIDIANDO TEORICAMENTE O ESTUDO	22
Produzindo e reproduzindo conhecimentos	22
Trabalho e Educação – elementos articulados na formação do ser humano	39
Interação dinâmica entre o processo de trabalho e o processo saúde doença	42
Apresentando os pressupostos	48
2. DESCREVENDO A CAMINHADA	50
Caracterizando o estudo	50
Contextualizando o local	53
Apresentando os sujeitos	54
Coletando e agrupando dados	58
Analisando os dados	60
CAPÍTULO III - COMPREENDENDO O PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE	62

1. AS SITUAÇÕES DE RISCO PRODUZIDAS NO E PELO TRABALHO	63
2. O PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE ATRAVÉS DA VIVÊNCIA DOS TRABALHADORES COM ACIDENTES DE TRABALHO	81
Concepções acerca de acidentes	85
Explorando a associação de motivos condicionantes do acidente de trabalho, na perspectiva da reflexão coletiva	97
Sentimentos que envolvem os acidentes	130
Repercussões do acidente	137
Quimioprofilaxia : um bloqueador do potencial de risco para outro acidente – a soroconversão	142
Acidente de trabalho como uma questão ética	147
Elaborando a necessidade de uma sistematização tecnológica	148
3. O PROCESSO DE FORMAÇÃO DO SER HUMANO NO E PELO TRABALHO	153
CAPÍTULO IV - TECENDO CONSIDERAÇÕES	177
CAPÍTULO V – APRESENTANDO A BIBLIOGRAFIA REFERIDA E CONSULTADA	189
CAPÍTULO VI - ANEXOS	197

RESUMO

O presente estudo foi elaborado, tendo como foco central, a compreensão da organização tecnológica do trabalho, através da vivência do trabalhador em uma situação de risco com desfecho no acidente de trabalho envolvendo sangue e/ou fluidos corporais. Buscou-se aliar as reflexões oriundas do processo de reflexão-ação desenvolvido com um grupo de trabalhadores de um Hospital Universitário situado no extremo sul do país, durante a disciplina de Prática Assistencial do curso de mestrado em Assistência de Enfermagem, sobre situação de risco e acidente de trabalho, com os significados e concepções sobre estes mesmos temas, apresentados pelos trabalhadores que experienciaram acidente de trabalho, visando compreender a organização tecnológica do processo de trabalho de referida instituição. Para isto, foram traçados os objetivos que se seguem: compreender o processo de trabalho em saúde, através do sujeito trabalhador, focalizando a construção de situações de risco e de acidentes de trabalho envolvendo sangue e/ou fluidos corporais; compreender a dimensão educativa do trabalho, na construção e prevenção das situações de risco e acidente de trabalho, envolvendo sangue e/ou fluidos corporais, na perspectiva da produção da saúde do trabalhador. Este estudo conduziu a identificação de momentos, no processo de trabalho, nos quais se fazem necessárias ações de intervenção, objetivando transformar as ações coletivas de trabalho em ações produtoras da saúde do trabalhador e não de acidentes de trabalho. Esta transformação, pressupõe que a lógica da organização tecnológica do trabalho, esteja igualmente voltada a esta produção, tendo o processo educativo como um componente do processo de trabalho. Segue-se a isto, a necessidade da existência de uma sistematização tecnológica na prevenção e controle das situações de risco e de acidentes de trabalho envolvendo sangue e/ou fluidos corporais, para qual foram delineados caminhos a serem discutidos e implantados em parceria com os trabalhadores. Permitir que os trabalhadores sejam partícipes do processo de trabalho, significa permitir o resgate de sua cidadania no e pelo trabalho, condição esta, indispensável, para a produção da sua saúde e de seus pares no cotidiano de trabalho.

ABSTRACT

The present study was carried out, having as the central focus the comprehension of the technological organisation of the work in health, through the worker's experience in a risky situation followed by work accident involving blood and/or corporeal fluids. We tried to link reflections provided by the process of reflection-action developed with a group of workers from HOSPITAL UNIVERSITÁRIO, in the extreme south of Brazil, during the Assistência de Enfermagem master course's Prática Assistencial subject, about risky situation and work accident, with meanings and conceptions about these same themes, presented by injured workers, aiming at comprehending the technological organisation of the working process. In order to achieve that, the following objectives were set: to comprehend the process of the work in health, through the working individual, focusing the construction of risky situations and work accidents involving blood and/or corporeal fluid; to comprehend the educative dimension of work in the construction and prevention of risky situations and work accidents involving blood and/or corporeal fluids, in the working process itself. This study conducted the identification of the necessity, in the working process, of interventionist actions, with the aim of transforming collective actions into actions which produce the worker's health, as opposed to work accidents. Such transformation presumes the logic of the working technological organisation to be equally focussed on such production, having the educational process as a component of the working process. Next follows the need of the existence of a technological systematisation in the prevention and control of risky situations and work accidents involving blood and corporeal fluids, to which were pointed ways to be discussed and implemented together with workers. Allowing the participation of workers in the working process means to allow the rescue of their citizen condition in and by the work, being such condition indispensable for the production of theirs and their peers health in the everyday working practice.

CAPÍTULO I

INTRODUZINDO O TEMA

Apresentando o tema

O foco deste estudo está na compreensão da organização tecnológica do trabalho em saúde, através da vivência do trabalhador em uma situação de risco com desfecho – acidente de trabalho, envolvendo sangue e/ou fluidos corporais. Neste sentido, olha-se a experiência individual para, através dela, compreender o trabalho e as relações de trabalho que produzem e reproduzem situações de risco que resultam no acidente. Assim sendo, apreende-se para além do sujeito trabalhador, ou seja, por meio de sua vivência individual contextualizada, é possível compreender a organização tecnológica do trabalho coletivo que ela representa. Esta compreensão, proporcionada pelo conjunto de significados que os trabalhadores têm a respeito de situação de risco e acidente, possibilita a transformação do cotidiano, na perspectiva da produção da saúde do trabalhador. O “dar a conhecer”, pelos trabalhadores, o processo de trabalho, a

contextualização das experiências individuais e as transformações necessárias, têm, no processo educativo, o componente da formação do ser humano no e pelo trabalho.

Partir da vivência do trabalhador da saúde, significa compreendê-lo como sujeito individual e coletivo, no e do trabalho, que, por ser um cidadão, tem o direito de participar na construção de sua cidadania no espaço/ambiente do trabalho, ou seja, na construção e determinação de ações que visem prevenir as situações de risco e de acidente de trabalho.

Buscar uma organização tecnológica do trabalho que conduza a esta construção, tem sido uma constante em minha trajetória como trabalhadora da enfermagem. Esta busca, foi amadurecendo e direcionando-se melhor, sem dúvida, ao longo do curso de mestrado e está fundamentada em uma inquietação que me acompanha desde o início do meu exercício profissional: a exposição cotidiana dos trabalhadores a situações de risco, o que, por vezes, gera preocupação, mas nem sempre conduz à operacionalização de ações de proteção.

Como enfermeira assistencial, membro da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) e do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) de um Hospital Universitário, situado no extremo sul do país, acompanhei trabalhadores que vivenciaram acidentes de trabalho envolvendo sangue e/ou fluidos corporais, e pude perceber a inexistência de uma sistematização na prevenção e no controle das situações de risco e de acidentes de trabalho. Esta inexistência gera, não só preocupação e medo nos trabalhadores que desconhecem as condutas após acidentes, bem como um agir desprotegido pela ausência de estímulos externos e internos que provoquem o processo de reflexão-ação, tão necessário para a compreensão e transformação do cotidiano de trabalho.

O agir desprotegido, está embasado, também, no fato de os trabalhadores nem sempre aplicarem os conhecimentos que possuem, nas ações de sua prática

diária. O saber tecnológico que se traduz na incorporação deste conhecimento no fazer do trabalhador, torna-se concreto, ação, quando o processo educativo é compreendido como um componente do processo de trabalho.

Essas percepções, validadas pelas reflexões realizadas com um grupo de trabalhadores da mesma instituição, quando do desenvolvimento da disciplina de Prática Assistencial¹, fizeram buscar subsídios para melhor compreender o processo de trabalho sob a ótica do trabalhador que vivenciou um acidente de trabalho.

Justificando o tema

Extrapolando a situação vivida no limite institucional e a motivação pessoal produzida pela vivência, encontra-se sustentação, para a realização deste estudo, nas políticas que ora direcionam a saúde do trabalhador, e que se mostram, ainda, bastante vinculadas ao estabelecimento do nexos causa-efeito, com a intenção de oferecer ou não os benefícios previstos em lei, pouco investindo na busca destes motivos com o intuito de transformá-los no cotidiano do trabalho.

As maioria das ações voltadas à saúde do trabalhador não dão conta de responder à promoção e à prevenção, consideradas, neste estudo, como componentes da produção de sua saúde no espaço/ambiente do trabalho. Quando o fazem, é geralmente em nível prescritivo, através de normas que, muitas vezes,

¹ Disciplina curricular do curso de mestrado em Assistência de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, onde foi desenvolvido e aplicado um projeto, cujo objetivo primeiro, foi intervir sobre a realidade da prática de enfermagem exercida.

não se adaptam às realidades institucionais, e através de controle, buscando os “responsáveis” pelo acidente.

Institucionalmente, ou seja, nos espaços microssociais, que são as instituições, estas visões repercutem seriamente, e o que se visualiza, na maioria das vezes, são ações de proteção do trabalhador sendo processadas de forma isolada, o que traz repercussões limitadas no conjunto do trabalho.

As ações que se voltam para a produção da saúde do trabalhador envolvem espaços para a reflexão da prática cotidiana, possibilitando a emergência da criatividade no trabalho e a utilização do processo educativo como componente do processo de trabalho em saúde.

Estas idéias e perspectivas vêm sendo enfaticamente cercadas por estudos, leituras e reflexões, na tentativa de sistematizá-las na instituição estudada. Para esta construção, partiu-se dos significados que a vivência de um acidente de trabalho envolvendo sangue e/ou fluidos corporais tem para o trabalhador. Acreditando que os significados, de cada sujeito individual, são parte integrante e refletem uma totalidade, pois o trabalhador mantém relações interpessoais e profissionais, manifestando tais significados, pretende-se buscar a compreensão da organização tecnológica do trabalho institucional neste Hospital Universitário, com vistas a transformar, no interior do próprio processo de trabalho, os aspectos identificados como passíveis de modificações. Para que tais modificações se processem, faz-se indispensável que se compreenda o processo de trabalho como contendo em si, o componente de formação, que é capaz de desacomodar para transformar.

Optou-se pela situação de risco envolvendo sangue e/ou fluidos corporais, por considerar que estas situações contém o potencial máximo de transmissão de doenças infecciosas e contagiosas, as quais podem trazer conseqüências destrutivas na vida do trabalhador.

Cada nova doença infecciosa e contagiosa que surge suscita no ser humano a preocupação com sua transmissibilidade, com o controle das infecções que possam estar associadas a ela e, também, com os surtos, epidemias e endemias, que surgem como um desafio, cada vez maior, à ciência e à luta pela qualidade de vida.²

A incapacidade dos trabalhadores da saúde, diante de cada nova doença que surge, no seu cotidiano de trabalho, desencadeia a necessidade de investigações e de estudos que venham em resposta aos questionamentos que emanam desta incapacidade. Estes trabalhadores, aqui visualizados como os sujeitos que desenvolvem suas ações diretamente vinculadas ao assistir as necessidades que compõem o processo de adoecimento da população, impulsionam os pesquisadores a estudos relacionados aos temas que despontam neste cotidiano, com um verdadeiro espírito de descoberta de novas drogas, de agentes causais, de evolução da doença, objetivando descortinar o saber em busca de soluções para os problemas.

A cada etapa vencida, após cada estudo realizado, de onde emergem as formas mais adequadas de oferecer uma melhor qualidade de vida, parece que novos horizontes desconhecidos se colocam diante dos trabalhadores, fazendo com que recomecem um novo ciclo de luta pela vida.

Atualmente, o ser humano depara-se com a doença provocada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS)³, doença que adquiriu proporção desmedida, para a qual toda a comunidade científica volta seus estudos, em busca da compreensão de cada um

² “A qualidade é identificada como sendo atributos adequados à vida dos seres humanos – trabalhadores e clientes dos serviços de assistência à saúde (Azambuja, Cezar Vaz, Kerber, 1999)”.

³ Pode-se dizer, que o ser humano convive, depara-se com a “situação AIDS”, ou seja, com uma situação provocada pelo HIV. Esta situação é clínica, epidemiológica e social. O HIV, ao ser transmitido de sujeito para sujeito, confere a doença AIDS, um caráter individual, posto que se instala no corpo individual, mas, também, coletivo, visto o HIV ter uma capacidade de mutação no comportamento social, no corpo social. Para o aprofundamento das questões éticas, sociais e educacionais que envolvem a AIDS, sugere-se a leitura de Czeresnia et al (1995).

de seus desafios. É uma doença que atinge milhares de pessoas a cada ano - em torno de 30 milhões em todo mundo -, segundo dados do Ministério da Saúde (1999). Nas últimas duas décadas, talvez nenhuma outra doença contagiosa tenha assumido tamanha repercussão na área da saúde e na sociedade em geral, quanto esta, trazendo à lembrança a repercussão da tuberculose⁴ nas décadas de 30/40.

No estado onde situa-se a instituição estudada, tem-se o registro, até julho de 1999, de 1080 casos de doentes de AIDS, segundo o Boletim Epidemiológico – AIDS (Ano XII nº 3 – junho/99 a agosto/99); e no município onde ocorreu este estudo, o registro de casos corresponde a 440 doentes. Esta informação foi obtida com a Coordenação Municipal de DST/AIDS e com o Serviço de Controle e Prevenção HIV/AIDS⁵, que desenvolve seu trabalho neste Hospital Universitário.

Segundo informações obtidas pelo Boletim Epidemiológico – AIDS (Ano XII, nº1- dezembro/98 a fevereiro/99), tal município ocupa, na distribuição da casos de AIDS segundo o município de residência e período de diagnóstico, o 5º lugar em número de casos (339 até fevereiro/99) no Estado, o 9º lugar na Região Sul e o 68º no Brasil.

Considerando que, segundo a Organização Mundial da Saúde, para cada doente de AIDS o número de portadores varia de 30 a 70, a população portadora do município em questão, varia entre 13.200 a 30.800, numa população de, aproximadamente, 200 mil habitantes.

Partindo destes dados e do fato de ser o Hospital Universitário, o local de

⁴A respeito, sugere-se a leitura do estudo sobre “Ações de saúde na tuberculose em Rio Grande na década de 40 : a história contada”, de autoria de Vaghetti(1999), que mostra a organização tecnológica do trabalho nesta década, a partir da tuberculose. A repercussão social desta doença é mostrada através do relato das visitadoras sanitárias, então trabalhadoras da saúde.

⁵ O Serviço de Controle e Prevenção HIV/AIDS desenvolve suas atividades desde 1991, no Hospital Universitário, abrangendo serviço de prevenção intra e extra hospitalar, ambulatório, internação e Hospital Dia. É constituído de uma equipe multidisciplinar, incluindo médicos, enfermeiro, assistente social, psicólogo, nutricionista e farmacêutico.

estudo e a instituição referência para o atendimento aos portadores do HIV e doentes de AIDS, pode-se entender a magnitude do problema que se deseja prevenir: situações de risco e acidentes de trabalho, envolvendo sangue e/ou fluidos corporais.

A obtenção do número de casos de acidentes de trabalho, envolvendo sangue e/ou fluidos corporais, nesta instituição, foi dificultada devido ao fato de os registros existentes a este respeito, ainda não se constituírem em um banco de dados que possibilite a análise dos mesmos. Até o final do ano de 1998, tinha-se um impresso, que era preenchido, no serviço de controle ambulatorial, quando da necessidade de exame laboratorial para detectar a presença de anticorpos contra o Vírus da Imunodeficiência Adquirida (anti-HIV), no qual constava um item referente à justificativa para coleta, ou seja, era registrado que a coleta justificava-se por ser um acidente de trabalho, sem, entretanto, possuir dados adicionais a respeito. Através deste impresso, foi possível obter o número de casos de acidentes envolvendo sangue e/ou fluidos corporais, que se mostra em 17 casos, no ano⁶ de 1998. Este número não exprime a realidade, visto existir uma subnotificação de casos, que se manifesta através de comunicações posteriores de casos ocorridos no passado, bem como por estes 17 casos não contemplarem os casos aqui estudados, o que será explicado a seguir.

No período compreendido⁷ entre agosto de 1996 e agosto de 1998, seis trabalhadores que vivenciaram acidentes de trabalho, envolvendo sangue e/ou fluidos corporais, foram ao Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) da instituição estudada, em busca de informações sobre as condutas necessárias

⁶ A partir do início do ano de 1999, devido a mudanças estruturais no serviço, os casos de acidentes de trabalho passaram a ser encaminhados diretamente ao Hospital Dia, quando antes eram encaminhados ao ambulatório de HIV/AIDS, onde o registro no referido impresso era feito. Esta mudança implicou em uma ausência temporária dos registros. Esta ausência, não possibilitou estabelecer o número de casos de acidentes de trabalho neste último ano. Está sendo estruturado pelo Hospital Dia, em parceria com a CCIH/SCIH, uma forma de manter registros constantes dos casos de acidentes de trabalho, visando a composição de um banco de dados, que comporte informações necessárias à pesquisa e ao planejamento de ações de intervenção no local de trabalho.

⁷ Período estipulado para o desenvolvimento do presente estudo.

ou para esclarecimento de dúvidas sobre o acidente vivido. Estes 6 casos não estão computados no número acima apresentado, o que mostra não ter havido a integração de ações entre as duas fontes, ou seja, entre o SCIH e o serviço ambulatorial de prevenção e controle, local este, para onde os casos eram encaminhados. Além desta constatação, a subnotificação de casos, como já relatado, não permite a apreensão da totalidade do número de acidentes ocorridos no Hospital Universitário. De acordo com estudos como os de Possas (1989) e de Minayo-Gomez & Thedin-Costa(1997), a subnotificação dos casos de acidentes de trabalho ainda é bastante presente na realidade brasileira, o que confirma a realidade estudada. Acredita-se que a subnotificação ocorra por medo, desconhecimento da possibilidade de tratamento, pelo estigma que envolve a AIDS, pela não compreensão da gravidade do problema.

Quanto aos acidentes de trabalho, envolvendo os trabalhadores em geral e os trabalhadores da saúde em particular, não existem dados no município, que ofereçam parâmetros para uma análise quantitativa. Esta informação, que valida a procura frustrada de tais dados, foi repassada durante a 2ª Conferência Municipal de Saúde, que ocorreu no período de 7 a 9 de outubro de 1999, mais especificamente, durante a pré-conferência sobre a saúde do trabalhador. Apesar da ausência de tais dados, o contingente de portadores e doentes, associado ao número de casos notificados nesta instituição no ano de 1998, justifica a preocupação com o problema relatado. Como a preocupação por si só não modifica a realidade, permanecendo qualquer possibilidade de mudança que dela emane, limitada em nível individual, este nível foi ultrapassado, buscando, na realização deste estudo, a participação dos trabalhadores da saúde num processo de reflexão-ação, visando futuras modificações, que conduzam à qualidade de vida do trabalhador⁸.

⁸ “Qualidade de vida do trabalhador se traduz na busca por adequados atributos no e do trabalho desenvolvido, para a condição humana do trabalhador, ou seja, condições suficientes para poder produzir outras condições

No início da década de 80, a AIDS estava restrita aos então chamados "grupos de risco" - homossexuais e usuário de drogas - que apresentavam um comportamento propício à aquisição da doença, ou seja, relações sexuais desprotegidas (sem uso de preservativo masculino), principalmente relações anais, onde há o rompimento de inúmeros vasos sanguíneos, facilitando a contaminação; e o uso compartilhado de seringas e agulhas pelos usuários de drogas. Com o passar do tempo, os grupos de risco foram substituídos pelo comportamento de risco⁹, visto ser possível adquirir o HIV independente do grupo e sim, por formas de relações humanas. Assim sendo, todos os seres humanos estão propensos a adquirir o vírus da AIDS. Os trabalhadores da saúde, que lidam constantemente com pacientes/clientes, muitos dos quais desconhecendo seus diagnósticos, estão inseridos em situações de risco e, dependendo das relações que estabelecem, enquanto sujeitos desta situação, podem ou não vivenciar acidentes de trabalho.

A AIDS, como qualquer doença transmissível, precisa ser evitada. No conjunto das ações preventivas do trabalho em saúde, destaque especial deve ser dado à produção da saúde¹⁰ dos trabalhadores, no sentido de evitar as situações de risco e a ocorrência de acidentes de trabalho envolvendo sangue e/ou fluidos corporais e de assegurar melhores condições de trabalho. Isto pode reverter-se tanto em satisfação pessoal como em qualificação da assistência prestada ao cliente/paciente.

adequadas aos seus pares – outros seres humanos, enfocados como os pacientes/clientes da prática diária” (Azambuja, Cezar Vaz, Kerber, 1999).

⁹ Pode-se caracterizar, como apresentando comportamento de risco, o ser humano que tem relações sexuais desprotegidas, é usuário de drogas injetáveis, necessita realizar transfusão sanguínea frequentemente, os trabalhadores da saúde que lidam constantemente com sujeitos doentes ou necessitados de algum tipo de intervenção profissional. “Mesmo considerando os comportamentos tradicionalmente reconhecidos, diferenças significativas podem ocorrer nos valores, crenças e práticas que determinam o que é denominado risco” (Vermelho, 1995, p.149).

¹⁰ Produção de saúde traduz-se na produção de atributos adequados à saúde do trabalhador. Ao produzir saúde no seu limite, enquanto sujeito, provoca a sua externalização em ações adequadas para e com os outros sujeitos do trabalho. Ao proteger-se, nas situações de risco envolvendo sangue e/ou fluidos corporais, através de ações de biossegurança, o trabalhador produz saúde para si e para os outros, pela manutenção e construção de condições adequadas.

Percebe-se que já existe uma preocupação maior dos trabalhadores com a disseminação dessa doença, mas ainda não o suficiente para que as medidas de biossegurança sejam efetivamente incorporadas ao fazer dos trabalhadores. Segundo Oda et al (1998), as taxas de infecção ocupacional com o HIV têm sido em torno de 0,2 a 0,5%, o que é bastante diferenciado da transmissão, por exemplo, do vírus da hepatite B, doença também veiculada pelo sangue, que pode chegar até 50%. Os autores referem, ainda, que o vírus da AIDS (HIV) tem poder invasor bem menor do que o vírus da hepatite B, e necessita de concentrações mais elevadas para produzir um processo infeccioso. Entretanto, a AIDS causa mais medo do que a hepatite B. Confirmando esta constatação Yoshida (1998, p.266), ao discorrer sobre prevenção e controle de hepatite B em profissionais da saúde, diz que “as medidas gerais para prevenir a exposição do sangue contaminado a instrumentos cortantes foram desenvolvidas no início da década de 1970 e permanecem como base das recomendações universais que foram *rigorosamente implementadas* quando se reconheceu que a AIDS também era um doença transmitida pelo sangue” (grifos meus).

Acredita-se que a magnitude do problema AIDS está centrada na ausência da cura, até o momento atual. Apesar da existência de outras doenças contagiosas através do sangue e fluídos corporais, foi a AIDS que provocou mudanças ou, pelo menos, está suscitando a necessidade de mudanças na organização do trabalho em relação à saúde do trabalhador. Além da inexistência da cura, outro motivo que lhe confere tamanha repercussão é o preconceito em relação ao sujeito portador desta enfermidade.

A possibilidade de transmissão da AIDS no ambiente hospitalar está na dependência das situações de risco que são aí produzidas e que envolvem uma série de elementos presentes neste ambiente, no próprio ato de acidental-se, no trabalhador que estabelece as relações com as situações de risco e no paciente/cliente, fonte primeira. Todos esses fatores fazem parte da organização

do trabalho, cuja dinâmica das ações, cujo movimento das relações de trabalho deve ser no sentido da produção da saúde do trabalhador.

Nesta perspectiva, é que ocorre a prevenção da situação de risco, que o próprio acidente encerra, ou seja, a prevenção da infecção ocupacional pelo HIV após acidente de trabalho envolvendo sangue e/ou fluidos corporais, que tem, na quimioprofilaxia, um de seus enfoques.

A subnotificação de acidentes mencionada acarreta que muitos trabalhadores não recebam o tratamento adequado, o que é preocupante, visto existir tal possibilidade e, quando administrado o devido tratamento, ser possível diminuir a taxa de soroconversão. O Center for Disease Control (CDC) em Atlanta, nos Estados Unidos, publicou as recomendações em relação a este tratamento medicamentoso, necessário na redução de tais taxas(1982). Baseados nesta publicação, Machado e Sassi (1998) destacam que o uso da Zidovudina (AZT) - uma das medicações profiláticas recomendadas pelo CDC - foi associado com a probabilidade menor de contágio, havendo uma redução de 79% de soroconversão.

A quimioprofilaxia é uma possibilidade real de prevenção após o acidente, a qual trouxe e traz muitos benefícios à classe trabalhadora. Apesar disto, não pode ser encarada como a solução do problema, ou seja, não descarta a necessidade da prevenção da situação de risco. Até mesmo porque estas medicações podem acarretar efeitos colaterais intoleráveis pelos usuários.

A prevenção realizada na anterioridade ao acidente, ou seja, na situação de risco, ainda é a melhor solução para quebrar a cadeia de transmissão da AIDS e de outras afecções veiculadas pelo sangue e/ou fluidos corporais. Para que o estabelecimento de relações produtoras de saúde atinja sua meta, isto é, para que sejam igualmente produzidas no fazer de outros trabalhadores, torna-se necessário que a organização tecnológica do trabalho tenha esta dinâmica, norteando as ações seguras de todos os trabalhadores da saúde, para com todos

os pacientes/clientes. Estas ações seguras traduzem-se, neste estudo, na adesão às medidas de biosegurança, como forma de estabelecer relações de trabalho seguras para com os pacientes/clientes ao invés de relações de risco. O estabelecimento de ações protegidas para com todos os pacientes/clientes, decorre da não possibilidade de obter todos os dados clínicos necessários para o diagnóstico de doenças transmissíveis no momento da admissão.

Se os trabalhadores da saúde observassem as medidas de biossegurança recomendadas para a manipulação de materiais e para a assistência aos pacientes/clientes, provavelmente muitos dos acidentes que ocorrem seriam evitados.

As medidas sugeridas para serem utilizadas como precauções básicas - uso de luvas, avental, máscara/óculos, lavagem das mãos - são medidas simples, que não exigem grandes investimentos, nem grandes modificações estruturais e organizativas, e sim adaptação e envolvimento de todos.

Todas estas medidas existentes são normas e técnicas que visam proteger o trabalhador; mas não são, por si só, a melhor maneira de evitar acidentes ou diminuir a exposição a situações de risco. Portanto, para que isto realmente ocorra, é necessário que, além de um planejamento formal e técnico, tais medidas passem a ocupar, no ambiente de trabalho e no trabalhador, um espaço que conduza, após a compreensão de sua importância, à mudança de muitos dos hábitos presentes no cotidiano do trabalho, tanto individuais quanto coletivas.

Neste sentido, cabe às instituições de trabalho oferecer as condições para o exercício de uma prática segura, que tais condições sejam discutidas, debatidas com os trabalhadores para que haja um envolvimento coletivo na construção de um processo de trabalho que ofereça segurança e resulte em qualidade.

A AIDS está aí, não mais limitada às situações de risco que envolvem comportamento sexual¹¹ e uso de drogas. Pode estar à frente de cada trabalhador da área da saúde, por vezes declarada, por vezes camuflada. Portanto, não se pode negligenciar as medidas de biossegurança por não se acreditar nos prováveis acidentes que tanto envolvem os trabalhadores.

A qualidade da assistência prestada aos pacientes/clientes está diretamente ligada à satisfação pessoal e ao prazer com que são realizadas as ações de cada trabalhador. A satisfação e o prazer mantêm relação direta, mesmo que sem a percepção pessoal, com a segurança no ambiente de trabalho e com o conhecimento que cada trabalhador possui. O trabalhador, ao produzir e reproduzir seus conhecimentos no ambiente de trabalho, ou seja, ao produzir um saber tecnológico, está possibilitando a construção de um processo de trabalho tecnologicamente organizado na busca da produção da qualidade de vida.

Partir das experiências individuais, da participação do trabalhador na produção da qualidade de vida, possibilita buscar resposta a um questionamento sempre presente: Será que os trabalhadores que vivenciaram acidente de trabalho têm concepções e percepções diferenciadas de situação de risco e acidente de trabalho, daqueles que não vivenciaram?

Delineando os objetivos

Partindo da apresentação do tema, da justificativa, que responde ao por que de sua existência, subsidiado pelos conhecimentos adquiridos e produzidos

¹¹ “Comportamentos sexuais são abordados como fatores de risco, isto é, atributos pessoais que podem aumentar/diminuir a probabilidade de uma consequência, no caso, a própria transmissão do HIV.”(Santos,1995, p.77).

durante a disciplina de Prática Assistencial, foram estabelecidos os objetivos deste estudo.

Os objetivos surgiram, também, de uma série de questionamentos que existiam em um tempo anterior ao desenvolvimento da Prática Assistencial, e de outros que foram sendo acrescentados àqueles, no desenrolar da prática. Os questionamentos aqui compilados, emergem de minha própria vivência enquanto trabalhadora no Hospital Universitário, do amadurecimento produzido com as leituras e trocas de vivências processadas na disciplina de Prática Assistencial, do próprio texto quando faço afirmações baseadas em minha forma de apreender o cotidiano de trabalho.

Em se tratando da prevenção das situações de risco e de acidentes de trabalho envolvendo sangue e/ou fluidos corporais, questiona-se se está o trabalhador tão envolvido no assistir o outro, que acaba desconsiderando sua qualidade de vida. O trabalho que tem como finalidade assistir outros indivíduos, não significa uma dicotomia entre a qualidade do trabalho e as condições de trabalho. Pelo contrário, o trabalho deve acontecer de modo que o trabalhador possa realizá-lo com qualidade, prevenindo os riscos e desenvolvendo seu potencial humano.

Que relações estão permeando esta "doação": estruturais, interpessoais, internas do próprio trabalhador? Tal preocupação com o outro leva-o a descuidar-se de si mesmo, a expor-se, desnecessariamente, aos riscos ocupacionais? O que leva o trabalhador a agir desta forma?

Sabe-se que apesar do conhecimento das medidas de biossegurança necessárias para evitar acidentes envolvendo sangue e/ou fluidos corporais, muitos trabalhadores ainda não as incorporaram em seu fazer diário.

Se existe o conhecimento prévio de tais medidas, porque, então, os trabalhadores não as absorvem para si, ou seja, para sua proteção individual e até mesmo para a proteção do grupo (demais trabalhadores) e dos

pacientes/clientes ?

Como os trabalhadores compreendem as medidas de biossegurança no seu trabalho?

Que situações percebem como sendo de risco?

A não utilização das medidas de biossegurança aumenta, em muito, a possibilidade de ocorrência de acidentes envolvendo sangue e/ou fluidos corporais.

Sendo sabedores desta possibilidade, como entendem acidente de trabalho? Como um problema individual ou da estrutura institucional? Ou de ambos?

Partindo de um trabalhador com a herança de um acidente de trabalho, como faz/estabelece as vinculações entre o seu acidente e a instituição? É sua a culpa do acidente ou é da instituição?

Tais questionamentos auxiliaram na caminhada em busca dos objetivos desta pesquisa, os quais são apresentados a seguir:

- compreender o processo de trabalho em saúde, focalizando a construção de situações de risco e de acidentes de trabalho, envolvendo sangue e/ou fluidos corporais;
- compreender a dimensão educativa do trabalho na construção e prevenção das situações de risco e acidentes de trabalho envolvendo sangue e/ou fluidos corporais, na perspectiva da produção da saúde do trabalhador.

Visando contemplar estes objetivos, outros foram traçados, direcionando seu alcance:

- conhecer os significados que a vivência de um acidente de trabalho tem para o trabalhador, no processo de construção de situações de risco;

- contextualizar a experiência individual do trabalhador com o acidente de trabalho, estabelecendo as relações que se processam em torno de tal vivência;
- identificar em que momentos do processo de trabalho os trabalhadores percebem a necessidade de transformação do cotidiano;
- estimular a reflexão nos trabalhadores, nos momentos utilizados para as entrevistas.

No intuito de manter uma seqüência lógica, segue-se a descrição da caminhada, onde foi aberto um espaço para discorrer sobre o estudo realizado na disciplina de Prática Assistencial, etapa primeira desta caminhada, que ainda continua. Logo a seguir, tem-se o referencial teórico, onde estão contidas as premissas norteadoras do estudo. Prossegue o capítulo referente às análises decorrentes do estudo, dividido em três núcleos temáticos¹² centrais.

Finalizando, são apresentadas certas reflexões que culminam em uma proposta de como este estudo pode ser amplamente articulado à práxis cotidiana da instituição estudada.

¹² A terminologia “núcleo temático” foi usada por Cezar Vaz (1996) em sua tese de doutorado, intitulada “Conceitos e Práticas de Saúde – adequação no trabalho de controle da tuberculose”.

CAPÍTULO II

PROCESSANDO O CAMINHO

Para Minayo (1991, p.90), “ (...) o objeto se explica pelo fato de que as idéias que fazemos sobre os fatos são sempre mais imprecisas, mais parciais, mais imperfeitas que ele. Portanto, o processo de pesquisa consiste na definição e redefinição do objeto”.

O objeto desse estudo fez e faz parte de uma realidade empírica, o que incitou a busca por sua compreensão. Tal objeto está na compreensão da organização tecnológica do trabalho em saúde, focalizado através da vivência do trabalhador em uma situação de risco com desfecho no acidente de trabalho envolvendo sangue e/ou fluidos corporais. Através da experiência contextualizada, pode-se compreender a organização tecnológica que ela representa, e onde são produzidas e reproduzidas as situações de risco e acidente de trabalho. Esta compreensão, embasada no processo educativo como formação dos seres humanos no e pelo trabalho, possibilita transformar a prática, com vistas à produção da saúde do trabalhador.

Segundo Minayo (1991, p.90), “(...) nada pode ser intelectualmente um

problema, se não tiver sido, em primeira instância, um problema da vida prática. Isso quer dizer que a escolha de um tema, não emerge espontaneamente, da mesma forma que o conhecimento não é espontâneo. Surge de interesses e circunstâncias socialmente condicionadas, frutos de determinada inserção no real, nele encontrando suas razões e seus objetivos”.

Assim sendo, o objeto desse estudo emergiu da realidade prática vivida, buscando sua fundamentação na construção de conceitos básicos, que possibilitaram estabelecer a relação entre a prática experienciada e a teoria que faz refletir. Esta relação teoria e prática é imprescindível para a transformação do cotidiano de trabalho.

Os temas norteadores deste estudo: situações de risco, acidentes de trabalho, envolvendo sangue e/ou fluidos corporais e o processo educativo, emergiram de uma inquietação nascida de minha atuação, enquanto trabalhadora da instituição estudada, no que concerne a preocupação dos trabalhadores com sua proteção no cotidiano de trabalho, como referido. Emergiram, também, do processo de reflexão-ação sobre os mesmos temas, provocado e construído com um grupo de trabalhadores de enfermagem, na disciplina de Prática Assistencial¹³. Por atuar nesta instituição, uma parcela de conhecimento da realidade a ser estudada já se fazia e se faz presente em mim. “(...) o conhecimento é uma construção que se faz a partir de outros conhecimentos sobre os quais se exercita a apreensão, a crítica e a dúvida” (Minayo, 1991, p.89). Acredita-se que são as diferentes visões de um mesmo fenômeno que possibilitam compreendê-lo a ponto de modificá-lo.

Tendo em mente esta prerrogativa, procurou-se aprofundar a análise das situações de risco e de acidentes de trabalho, partindo da visão dos trabalhadores diretamente envolvidos no processo de trabalho do hospital em questão,

¹³ O conteúdo construído nesta disciplina, aparece nesse novo texto, nos momentos em que se faz necessário para esclarecer e aprofundar o conteúdo do estudo em questão.

utilizando a abordagem dialética da realidade, que permite compreendê-la com suas contradições, dinamismos e relações.

Antes de aludir à caminhada percorrida na elaboração deste estudo, considera-se importante tecer um rápido comentário sobre o processo reflexivo, desenvolvido na disciplina de prática assistencial, precursor do estudo em questão.

Esta disciplina tem um caráter de intervenção em uma dada realidade prática, objetivando modificá-la ou repensá-la. Assim sendo, estimulou o início da intervenção sobre a referida inquietação, a respeito das ações produtoras da saúde do trabalhador ou do acidente de trabalho na prática diária.

Foi estruturado um grupo de reflexão-ação com trabalhadores de enfermagem da unidade referência, no Hospital Universitário, para a assistência aos doentes de AIDS e aos portadores do HIV, com o objetivo de promover discussões, com base nesse processo, a respeito de situações de risco e acidentes de trabalho, envolvendo sangue e/ou fluidos corporais, com vista a uma futura sistematização tecnológica na prevenção e controle de tais acidentes, utilizando o processo educativo como um componente do processo de trabalho. Partiu-se da compreensão que os trabalhadores têm a respeito desses temas, bem como da trajetória percorrida, quando da ocorrência de acidentes de trabalho, para que, de posse dessa compreensão, pudesse ser identificada a necessidade ou não de existir a referida sistematização.

Os trabalhadores participantes do referido grupo, não vivenciaram acidentes de trabalho, envolvendo sangue e/ou fluidos corporais durante sua trajetória profissional. Os significados e concepções apresentados têm origem na sua prática e no acompanhamento de colegas, que foram sujeitos da situação de risco e de acidente de trabalho. O processo de trabalho e o processo educativo, este enquanto componente do processo de trabalho, como formação dos seres humanos no e pelo trabalho, foram os referenciais norteadores das reflexões.

Os trabalhadores consideram, e este foi o enfoque mais significativo, que a prevenção das situações de risco e acidentes de trabalho envolvendo sangue e/ou fluidos corporais, embasada no processo educativo, enquanto componente do processo de trabalho, faz-se necessária para a minimização de casos de acidentes de trabalho. Enfatizam que o processo de reflexão-ação é uma necessidade emergente, visto tornar possível uma visão coletiva do processo de saúde, que venha a inseri-los na busca de uma melhor qualidade de vida, onde cada um e todos são sujeitos das transformações necessárias para ter saúde.

Sobre a sistematização pretendida, os trabalhadores do grupo de reflexão-ação concluem ser indispensável, pois notam lacunas no seu fazer nas situações de risco e de acidentes, até mesmo pela não aplicação do conhecimento existente ou por sua não produção no dia-a-dia do trabalho. Segundo eles, esta sistematização deve ser baseada na prática, com sua participação direta, tanto na etapa de elaboração formal, quanto na sua aplicabilidade.

Essas reflexões conduziram à ações individuais e coletivas de produção de saúde, pois o grupo tornou-se um multiplicador das reflexões elaboradas em conjunto, com a constatação, originária de observações prospectivas da prática cotidiana dos trabalhadores do grupo de reflexão-ação.

De posse dessas informações, emerge a indagação primeira: As concepções, as percepções das situações de risco e de acidentes de trabalho, que possibilitam compreender a organização tecnológica do trabalho, são diferentes quando vivenciadas? Ou seguem uma mesma lógica, que é, em muito, norteadas por esta própria organização?

Esses questionamentos e a possibilidade de compreender tal organização, partindo das relações de trabalho, que são estruturadas em torno da vivência concreta, como se fosse possível “penetrar” no interior das situações vividas, para visualizar o contexto no qual estão inseridas, fizeram partir para entrevistas

individuais com os sujeitos que experienciaram acidente de trabalho, objetivando uma complementação, que oferecesse a compreensão, menos fragmentada possível, da organização tecnológica do trabalho.

Esta possibilidade de complementação, imprescindível para a elaboração da sistematização tão necessária, motivou a concretização desta nova etapa.

Tanto a Prática Assistencial quanto esse estudo, tiveram seu alicerce em uma construção teórica, aqui representada por pressupostos e conceitos.

1. SUBSIDIANDO TEORICAMENTE O ESTUDO

Produzindo e reproduzindo conhecimentos

Para poder percorrer um momento histórico de produção e reprodução do conhecimento, fez-se necessário aliar, à minha compreensão do processo de trabalho em saúde, visões outras capazes de ampliar meus saberes e oferecer subsídios à apreensão das relações que traduzem a organização tecnológica do trabalho.

A busca desta compreensão supõe o entendimento de um conjunto de significados e concepções que conduziram a construção do referencial que fundamentou tal busca.

As inter-relações, que se processam entre estas diferentes concepções, fizeram e fazem parte de uma etapa de amadurecimento e elaboração dos conhecimentos que se complementam.

Estas inter-relações e complementações, serão apresentadas, a seguir, para que se fundamente o entendimento necessário do estudo em questão.

Partindo do **processo de trabalho**, por considerar ser o início da atividade humana, compreende-se o mesmo como sendo "o modo como o homem produz e reproduz sua existência. Ao fazê-lo estabelece relações sociais e objetiva sua subjetividade" (Almeida e Rocha, 1997 , p.23).

Esta concepção do processo de trabalho traz, em si, os aspectos histórico

e social. Histórico porque a produção e reprodução da existência humana pressupõe sua trajetória histórica, pressupõe a construção da história da humanidade. Histórico porque as circunstâncias sob as quais o trabalho se faz, são circunstâncias transmitidas por gerações passadas, que detinham a ideologia dominante. Assim, tais circunstâncias tendem a ser modificadas no momento da vivência, da reprodução da existência, até mesmo por se processarem em momentos históricos diferentes, mas são, em muito, determinantes de certas condições, que se perpetuam no processo de trabalho. Social visto estar o ser humano, no fazer do seu trabalho, estabelecendo relações com os outros seres humanos, relações que o articula, vincula ao conjunto do processo. Social porque " emerge de necessidades determinadas socialmente" (Gonzaga, 1992, p.7), que conduzem o homem na busca por satisfazê-las.

O fato de estar o ser humano objetivando sua subjetividade no exercício do trabalho, deixa claro que este processo tem dois momentos de grande significado: o da objetividade, "dado pela existência real do objeto" (Gonzaga, 1992, p.82) a ser transformado, e o da subjetividade, que é o momento no qual o homem/trabalhador alia ao fazer, à sua força física, o pensamento, a definição de um projeto que se concretizará, no objeto de trabalho a ser transformado, conduzindo ao produto.

Esta subjetividade, ou seja, a possibilidade que o ser humano tem de externalizar sua capacidade criativa, seu interior, sobre o objeto de trabalho, faz com que consiga mais do que lhe dar a forma esperada enquanto produto final. Permite que estabeleça relações durante cada etapa de construção do mesmo, sendo que estas relações o tornam um ser social em constante formação e transformação.

Destas reflexões, destacam-se três elementos constituintes do processo de trabalho: o objeto, os instrumentos e o produto.

O processo de trabalho desenvolve-se visando a transformação de um objeto em produto. As ações, ou conjunto de ações, que se processam durante a busca do produto, representam a capacidade do homem de pensar, agir e se relacionar, de transformar/recriar (subjetividade). Para atingir o produto final, o trabalhador necessita de instrumentos que possibilitem sua livre ação sobre o objeto a ser transformado. Tais instrumentos podem ser as ferramentas prontas para a execução das ações bem como fazer parte da capacidade criativa do homem.

A subjetividade da criação, transformação, pensamento, que é própria de cada trabalhador, mesmo que perpassada pela ideologia transmitida de geração à geração, objetiva-se na ação concreta do fazer sobre o objeto de trabalho. Ao trabalhador, precisa ser dado o espaço para que seja capaz de criar. Por outro lado, ele mesmo deve sentir-se motivado a conquistar tal espaço, a abrir-se à sua capacidade criativa, para poder transformar. Este espaço materializa-se em relações que tendam a impulsioná-lo para uma qualificação maior, para uma melhoria de suas condições de trabalho, para um acreditar em suas potencialidades.

Ao entender o **trabalho** nas palavras marxianas de Enguita (1993, p.105) como sendo "o modo em que o homem transforma a natureza e, portanto, se transforma a si mesmo", percebe-se o embricado de relações¹⁴ que se processam no trabalho. Por manter constantes relações de trocas com a natureza, o ser humano é capaz de manifestar suas necessidades através de um conjunto de ações transformadoras, o que confere a esta natureza, da qual faz parte, um toque de sua individualidade. É capaz, também, de satisfazê-las, imprimindo, em si mesmo, um toque da natureza.

¹⁴ As relações aqui consideradas, são aquelas estabelecidas entre o ser humano, com seu lado racional e emocional, e o espaço/ambiente do trabalho. Estas relações de trabalho, contemplam as relações interpessoais, que envolvem os relacionamentos pessoais, e as relações profissionais, vinculadas ao saber e ao fazer dos trabalhadores.

Ao manifestar suas necessidades, está o ser humano deixando-se conhecer e permitindo, facilitando as relações com os outros seres humanos, o que o torna um ser social. Ao trabalhar, não só está satisfazendo suas necessidades de subsistência, como está criando, transformando, se individualizando no coletivo das relações e se coletivizando através de suas ações e relações. Interagindo com a natureza e com os outros seres humanos através de seu trabalho, transforma para além de si e para dentro de si mesmo.

A capacidade de criar/transformar é inerente ao trabalho. Por este motivo, o desenvolvimento das potências criativas do ser humano pode e deve processar-se no decorrer de seu tempo no trabalho, visto ser a criatividade uma das grandes responsáveis pelo prazer no trabalho. Ela possibilita ao ser humano a participação ativa no processo de transformar a realidade, assegurando-lhe que sua singularidade pode se manifestar, no coletivo do qual faz parte, através de suas ações, de suas reflexões. Sendo um participante do processo de trabalho, e não apenas um executor de tarefas pré-determinadas, estará o trabalhador acrescentando qualidade e prazer ao seu modo de subsistência.

O **ser humano**, como ser único e cuja existência está constituída de diferentes esferas : política, social, educacional, de trabalho, dentre outras, não deixa de ser ele mesmo na vivência cotidiana desta sua existência. Ao assumir diferentes papéis sociais, no vivenciar destas diferentes esferas, ele é total em cada momento. No trabalho, ele é o que é em sua totalidade¹⁵ e não apenas trabalhador. Nenhum destes papéis pode ser visto como isolado, precisam, sim, ser vistos como um todo, pois são determinados pelos grandes totais, dentro dos quais eles existem. Assim, cada um influencia o outro e,

15 "O conceito de totalidade implica uma complexidade em que cada fenômeno só pode vir a ser compreendido como um momento definido em relação a si e em relação aos outros fenômenos. Isto não quer dizer que se deva conhecer todos os fenômenos, igual e indistintamente. Significa que o fenômeno referido só se ilumina quando referido à essência, ou seja, àqueles elementos que definem sua própria natureza no seu processo de produção. A totalidade, então, só é apreensível através das partes e das relações entre elas" (Egry, 1996, p.83).

também, ao todo, sendo que o todo influencia em cada um dos papéis dos quais se compõe este sujeito trabalhador, que constantemente busca a satisfação de suas necessidades:

Sua condição genérica exige uma produção constante de condições adequadas para sua existência humana, levando os seres que contemplam seu lado racional e emocional, a questionar e agir na direção da satisfação qualitativa de necessidades. Esta produção de condições, percorre vários espaços/ambientes (família, escola, trabalho,...) onde os papéis sociais são constituídos para serem suficientemente “fortes” para atenderem àquelas necessidades (Azambuja, Kerber, Cezar Vaz, 1999, p. 3).

Este ser humano/trabalhador é um ser igualmente histórico e social. Histórico porque faz ele mesmo sua história, ao perseguir seus fins individuais e coletivos, mas não o faz arbitrariamente, sob circunstâncias escolhidas por ele mesmo, mas sob circunstâncias dadas e herdadas do passado. Escreve sua história partindo das necessidades e possibilidades de sua sociedade e de seu tempo (Leopardi, 1995). Social enquanto encarnação humana de um conjunto de relações sociais; é o resultado em geral das relações sociais, das relações com outros homens (Enguita, 1993). Estas relações com outros seres humanos, os quais fazem parte da natureza ao seu redor, são geradoras de estímulo, de força, geradoras do movimento que os impulsiona na busca pela qualidade de vida, como condição objetiva para favorecer a materialização das potencialidades dos seres humanos.

Este ser humano encontra-se inserido em um **ambiente** com o qual interage, realizando trocas constantes, transformando-o e, como parte integrante dele, sendo também transformado. O ambiente inclui os vários espaços nos quais está inserido como família, trabalho, comunidade.

O ser humano, tão histórico e social quanto o processo de trabalho, ao construir sua história, insere-se em um ambiente de trabalho, onde manterá relações e, de forma singular, pois conhecedor de seu trabalho pelas

experiências cotidianas, será capaz de transformá-lo. Esta transformação é possível porque, além do conhecimento adquirido pela vivência, o trabalhador está em constante construção de sua história. Ao construí-la, encontra, no processo educativo, enquanto formação dos seres humanos (Enguita,1993), o embasamento que sustenta sua obra. Por ser um profundo conhecedor de sua realidade de trabalho, a dialética de seu saber/fazer é capaz de proporcionar experiências de aprender e compreender com ele.

Todo trabalhador ocupa uma posição dentro do processo de trabalho, que o torna participante, integrante deste processo. Esta posição possui premissas éticas e legais, que designam as ações que devem ser exercidas e asseguram ao trabalhador, certos direitos a serem preservados. Se de um lado, cabe ao trabalhador cumprir as atribuições que lhe são conferidas e que lhe asseguram tal posição, o que não deve significar a anulação de sua individualidade, mas sim sua integração no processo coletivo de trabalho, por outro lado, cabe ao processo de trabalho, preservar a cidadania do trabalhador. Os trabalhadores têm necessidades outras além das materiais, que devem ser consideradas ao se organizar o trabalho.

Destaca-se, neste momento, a necessidade de preservar a sua própria qualidade de vida, de manter-se saudável.

A produção da saúde dos trabalhadores será centrada, neste estudo, na prevenção das situações de risco e dos acidentes de trabalho, envolvendo sangue e/ou fluidos corporais. Tal produção envolve tanto os trabalhadores como o processo de trabalho, sua organização.

Motivando os trabalhadores, trazendo-os à participação ativa no processo de prevenção de situações de risco e de acidentes, abre-se o caminho para a construção de sua cidadania, construção do seu “ser saudável”.

Para entender a construção do “ser saudável”, faz-se necessário compreender o que é saúde. Saúde é algo que o ser humano constrói, produz no cotidiano de sua existência.

Para Cezar Vaz (1996, p.86-87), “Saúde é um universal concreto, é uma estrutura de organizações que consiste no conjunto de relações de produção de componentes, que tem como conteúdo a produção de congruência interna e externa dos corpos. Componentes que vão modificando, transformando as relações entre si, à medida que vão interagindo com o ambiente. Portanto, saúde constitui um sistema enquanto unidade concreta que transforma e faz desenvolver este conjunto, esta rede de relações de produção de componentes que se expressa nas formas biológicas do indivíduo e nas estruturas das ações coletivas. Estas, por se situarem essencialmente na exterioridade do mundo dado, são, ao mesmo tempo, expressão e condição de desenvolvimento das formas biológicas, postas na individualidade do sujeito, desse invariante que é estruturalmente social”.

Enquanto estrutura de organizações, onde as relações de produção de componentes mantém interação constante com o ambiente, é uma estrutura social, pois as relações internas e externas assim a caracterizam. O ser humano modifica o ambiente (social), tentando adequá-lo às suas necessidades, assim como o ambiente (sociedade), modifica o ser humano, ser em constante construção.

Do exposto, depreende-se que “saúde (ou sua não presença pela produção da incongruência) é assim (...) antes de tudo, a expressão das formas de organização social da produção adequadas e congruentes ao sujeito enquanto *Sujeito*” (op. cit., p.88).

Para que haja congruência, é necessário que as necessidades do ser humano, presentes em seu interior, na sua subjetividade, exteriorizem-se para serem satisfeitas. No espaço/ambiente do trabalho, o ser humano, enquanto

sujeito no e do trabalho, deve buscar esta congruência, que neste estudo, expressa-se por uma organização de trabalho que propicia à produção da saúde dos trabalhadores. A incongruência, portanto, estaria, no presente estudo, na ocorrência do acidente.

Desse modo, a “saúde é uma construção que busca a congruência interna e externa do corpo individual e do corpo social” (op. cit., p.92). Assim sendo, como construção que é, tem, nos construtores, a força necessária para impulsionar transformações na prática cotidiana, de modo que a construção – produção da saúde não esteja voltada, exclusivamente, para o paciente/cliente mas, também, para o trabalhador. Isto significa dizer que o trabalhador da saúde está envolvido tanto com a saúde do paciente/cliente, quanto com a sua e de seus pares do trabalho.

Este envolvimento individual¹⁶ é essencial na prevenção das situações de risco e de acidentes com sangue e/ou fluidos corporais, pois, a preocupação com a saúde do trabalhador não deve ser apenas da instituição, enquanto estrutura física, mas do próprio trabalhador que, através do seu agir e das relações que estabelece, é a força de trabalho, que dá movimento ao processo de trabalho, sendo, portanto, parte integrante da instituição.

Como força de trabalho e como parte integrante da instituição, o trabalhador, envolvido no processo de trabalho, necessita assumir um posicionamento crítico diante de seu cotidiano, que lhe possibilite perceber as irregularidades, os erros, os limites de atuação. Esta percepção é possível, a partir do momento em que aliar o processo de reflexão/ação ao conhecimento adquirido, não só no cotidiano de trabalho, como, também, ao conhecimento,

¹⁶ Fazer alusão ao envolvimento individual como essencial no processo de produção da saúde, significa perceber a importância do significado que a situação de risco tem para os seres humanos trabalhadores, da adequação de suas ações à política de prevenção. Porém, esta individualidade considerada é parte inicial do processo coletivo de transformações. As ações transformadoras pretendidas são as de cunho coletivo que nascem, *a priori*, das transformações internas no trabalhador.

que é anterior à ação cotidiana e que se processa durante a sua execução. Agindo desta forma, o trabalhador poderá se sentir motivado, impulsionado a modificar o contexto no qual está inserido e seu próprio comportamento, diante das situações de risco, visando a produção de sua saúde e a preservação da qualidade do processo de trabalho.

Entendendo o **processo saúde-doença** como Gelbcke (1991, p.21) que diz ser o mesmo "... determinado pelas condições de vida e trabalho, o que lhe confere um caráter social e historicamente determinado", percebe-se que, dentro de uma instituição hospitalar, as condições de trabalho são fundamentais na determinação das condições de saúde-doença dos trabalhadores. Assim, quanto maior o empenho das instituições com as condições materiais e o empenho em disponibilizá-las, com as próprias relações entre os trabalhadores, tanto maior será o retorno, em qualificação da assistência, em saúde ocupacional¹⁷, que reverterá em um trabalho mais prazeroso.

Visualizando o trabalho como emergindo de necessidades socialmente determinadas, percebe-se o trabalho em saúde, igualmente, emergindo de tais necessidades.

O processo de **trabalho em saúde** é um processo coletivo em que as ações de cada trabalhador, de áreas técnicas específicas, são ordenadas, parceladas de forma a prestar assistência ao ser humano que, em determinado momento histórico de sua vida, necessita da intervenção de trabalhadores da saúde. As ações realizadas por áreas técnicas específicas caracterizam a divisão

¹⁷ De acordo com Gonçalves(1996, p.24), a saúde ocupacional foi conceituada, em 1950, pelo Comitê Misto da OIT-OMS, reunido em Genebra. "A saúde ocupacional tem como objetivos a promoção e manutenção do mais alto grau de bem estar físico, mental e social dos trabalhadores em todas as ocupações: a prevenção entre os trabalhadores, de desvios de saúde causadas pelas condições de trabalho, a proteção dos trabalhadores em seus empregos, dos riscos resultantes dos fatores adversos à saúde, a colocação e manutenção do trabalhador adaptado às aptidões fisiológicas e psicológicas, em síntese a adaptação do trabalho ao homem e cada homem à sua atividade." Apresentar-se-á, no momento mais oportuno, a definição de saúde ocupacional vigente na legislação brasileira. Esta alusão foi feita, por considerar-se uma visão abrangente da saúde ocupacional, mantendo relação com o que se pretende.

social do trabalho¹⁸ em saúde, divisão esta, necessária pela própria multidisciplinariedade que compõe o processo, mas que não pode se dissociar da inter-relação que deve existir entre as diferentes categorias, para que se possa atuar sobre/com o objeto de trabalho, sem perdê-lo de vista.

O ser humano, enquanto paciente/cliente, e, portanto, objeto do trabalho da saúde, traz consigo toda a sua representatividade histórico-social e, como parte deste contexto, deve ser assistido. Esta visão demonstra o lado coletivo e não só individual, da assistência que deve ser prestada ao indivíduo social.

A **enfermagem**, inserida neste processo de trabalho em saúde, é uma prática social que tem, como finalidade básica, prestar assistência ao ser humano que, em determinado momento de sua história, experimenta, enquanto unidade de vida, a não adequação às dificuldades encontradas no ambiente, auxiliando-o a lutar contra estas dificuldades. A adaptação não está no sentido de acomodação, mas de encontrar a harmonia, a congruência que faz viver bem, apesar das dificuldades.

A enfermagem, como uma parcela do trabalho da saúde, mantém relações diretas e indiretas com os demais profissionais desta área, com o conjunto do trabalho em saúde. Estas relações deixam transparecer a complementaridade que se faz necessária, para que o processo se volte, em conjunto, às ações de promoção, proteção e recuperação da saúde da população.

As ações desenvolvidas pelos trabalhadores da saúde são, em muito, determinadas por questões políticas, sociais, econômicas, pelos instrumentos de que dispõem, para que possam agir sobre/com o paciente/cliente, visando sua recuperação, enfim, pela forma como está organizado tecnologicamente o trabalho institucionalizado.

¹⁸ Sugere-se a leitura dos estudos de Melo (1986), Pires (1989) e Silva (1986) que realizaram importante compreensão da divisão social do trabalho e da enfermagem, que contribuirá para o aprofundamento desta questão.

Para que se entenda tal organização, torna-se necessário definir em que termos será abordada a tecnologia.

Neste estudo, a **tecnologia** será tomada como conjunto de instrumentos materiais e de saberes, frutos de momentos históricos específicos, apropriados para a reprodução das relações sociais por meio do trabalho (Mendes-Gonçalves, 1988).

Esta visão, extrapola a idéia da tecnologia como sendo um arsenal de máquinas com o qual o ser humano arma-se para tentar ser cada vez melhor e que, no afã de dominá-lo, acaba, muitas vezes, encontrando o isolamento social, o afastamento dos outros seres humanos, quebrando a cadeia de relações humanas imprescindível para sua sobrevivência. Esta "tecnologia" é extremamente necessária na busca de inovações, do crescimento científico, principalmente, no trabalho em saúde pelas constantes descobertas realizadas, mas não pode e nem deve dominar o ser humano.

A tecnologia, aqui abordada, passa pela humanização do trabalho e pelo estímulo, motivação para transformar, sendo esta transformação baseada no processo de reflexão/ação sobre a realidade de trabalho, que permite o reconhecimento das situações de risco e a identificação de seus determinantes, a fim de que se possa propor uma intervenção visando à prevenção destas situações e dos acidentes. Esta tecnologia oferece subsídios para identificar e experimentar os processos e equipamentos de produção mais apropriados e que mais se adaptem à proteção da força de trabalho. Partindo da elaboração do diagnóstico situacional, sob a ótica do trabalhador, poder-se-á elaborar uma sistematização para prevenção das situações de risco e de acidente, indispensável à produção de sua saúde e que contemple suas necessidades expressas pelo cotidiano.

Para Rattner (1980, p.161), "as relações entre a tecnologia e a sociedade podem ser representadas por um processo recíproco, em que a primeira

proporciona a força motriz da mudança social, enquanto valores e instituições sociais e estruturas políticas influem no desenvolvimento e na adaptação de novas tecnologias.” Este processo recíproco dá-se de forma semelhante às modificações que as necessidades sociais suscitam nos processos de produção, enquanto que estes, ao se desenvolverem, geram outras necessidades sociais. No trabalho em saúde, a tecnologia impulsiona os trabalhadores na busca por saberes que lhes sustentem o agir, enquanto que as necessidades crescentes, que emergem da clientela e dos trabalhadores, estimulam a produção de novos instrumentos e saberes.

Segundo Mendes-Gonçalves (1994, p.32), a **organização tecnológica do trabalho** é entendida "como o conjunto de saberes e instrumentos que expressa, nos processos de produção de saúde, a rede de relações sociais em que seus agentes articulam sua prática em uma totalidade social".

A ênfase, neste conceito, está no fato de que as ações individuais, resultantes ou produtoras das relações, que se processam em torno do exercício destas ações, fazem parte de um contexto maior do que o universo do trabalho. Fazem parte, articulam-se com a totalidade social, de onde emergem as próprias necessidades que fundamentam o trabalho humano.

Visto existir uma articulação do individual com o social, do trabalho com a sociedade, na qual se origina e da qual é parte integrante, é de vital importância que se apreenda a forma como as ações de trabalho coletivas se processam e se organizam, para que se possa compreender, dentro da totalidade social, como o próprio trabalhador pode ser agente de transformação desta organização, quando a mesma parece não contribuir para a qualidade de vida dos envolvidos com o processo de trabalho. Sendo agente de transformação do cotidiano de trabalho, envolvendo-se com práticas seguras, preocupando-se em produzir condições adequadas às necessidades dos pacientes/clientes e de si

mesmo, o ser humano estará transformando, igualmente, a sociedade na qual está inserido.

Ao partir do pressuposto de que o trabalhador da saúde, no exercício de sua prática, está exposto a uma série de situações de risco, que podem acarretar danos à sua saúde, pelos acidentes de trabalho e/ou doenças ocupacionais, e que as condições oferecidas pelo ambiente de trabalho são parte integrante dos instrumentos de que dispõem o trabalhador para seu fazer, seu agir, torna-se necessário compreender a organização tecnológica do trabalho na instituição estudada que, como qualquer outra instituição, é parte do sistema de saúde no qual está inserido e com o qual mantém relações. Tendo esta compreensão do processo de trabalho, sob a ótica da produção da saúde do trabalhador, pode-se propor estratégias que possibilitem o desempenho seguro nas situações de risco presentes no trabalho.

Risco, no discurso social comum (Almeida Filho,1992), é entendido como a possibilidade de ocorrência de eventos ou fenômenos ligados à saúde; possibilidade/probabilidade de perigo/ameaça à vida, à saúde ou à integridade dos sujeitos. Também pode ser visto como algo que tem uma ocorrência independente dos sujeitos, que existe em si.

Como se aborda o risco, ou melhor, os elementos de risco inseridos em uma **situação de risco**, esta é compreendida como um conjunto destes elementos (que vão desde o simples manuseio de instrumentais até às relações sociais que são desenvolvidas no trabalho, entre os sujeitos e a instituição), presentes no processo de trabalho, que interagem entre si e com o trabalhador, podendo culminar com a ocorrência de acidentes de trabalho. Como esta situação não existe isolada, desvinculada do trabalho, ela está em constante interação com situações outras de risco, fazendo com que estas interações constantes componham o processo de risco, no qual estão os trabalhadores inseridos. Portanto, devem compreender estas situações como tal, para que a

organização do processo de trabalho seja conduzida no sentido da produção da saúde do trabalhador.

Do exposto, depreende-se que a compreensão que será utilizada neste estudo é de que existem, no processo de trabalho, elementos de risco constantemente interagindo entre si e com o trabalhador, produzindo, assim, as situações de risco. Essas, por sua vez, não existem desarticuladas umas das outras. As articulações entre elas, formam o processo do risco. Esse processo é, então, o constante movimento entre as situações de risco, mediadas pelas relações de trabalho.

Almeida Filho (1992, p.131) partindo do pressuposto de que a recorrência dos eventos de risco é em série, justifica a "aplicação do conceito de risco em modelos de prevenção, propondo o conhecimento de seus determinantes para intervir no seu processo, buscando-se a prevenção do risco", fato este que, certamente, evitaria que os acidentes de trabalho se concretizassem nas ações dos trabalhadores.

Sendo o ambiente hospitalar um local que encerra uma grande diversidade de situações de risco, é de extrema importância que todos que nele atuam, sem exceção e independente da categoria profissional, sintam-se impelidos a aderirem às medidas de biossegurança (no Anexo 1, constam as precauções básicas, preconizadas para proteção do trabalhador), que de tanta importância se revestem, na diminuição do número de casos de acidentes de trabalho.

Por **acidente de trabalho** entende-se o acontecimento casual/acidente ocorrido com o trabalhador no desempenho de suas ações de trabalho. Sendo os acidentes com trabalhadores da saúde, uma possibilidade cada vez mais concreta, pelo aumento progressivo de pacientes com doenças infecciosas e contagiosas, direciona-se este estudo àqueles trabalhadores que vivenciaram acidentes de trabalho envolvendo sangue e/ou fluidos corporais, por ser o tipo de acidente, pelo menos na instituição estudada, que gera mais angústia, medo e

ansiedade no trabalhador, provavelmente, pela possibilidade de contrair o HIV no assistir o cliente/paciente.

Grande parte destes acidentes poderiam ser evitados pelo acesso e uso correto das medidas de biossegurança, numa organização de trabalho que incorpore ou adote essas medidas como instrumentos para proteger a saúde do trabalhador.

Em Teixeira e Valle. (1998, p.13) encontra-se uma definição de biossegurança elaborada pela Comissão de Biossegurança da Fundação Osvaldo Cruz, que vem corroborar com a não limitação deste tema: “é o conjunto de ações voltadas para a prevenção, minimização ou eliminação de riscos inerentes às atividades de pesquisa, produção, ensino, desenvolvimento tecnológico e prestação de serviços, riscos que podem comprometer à saúde do homem, dos animais, do meio ambiente ou a qualidade dos trabalhos desenvolvidos”. Esta abrangência elucida a importância da biossegurança no ambiente hospitalar, como um meio de quebrar a cadeia de transmissão de doenças que, por vezes, se instala devido ao desenvolvimento de hábitos inadequados, decorrentes da ausência de reflexão sobre as ações cotidianas e rotineiras, por vezes decorrentes, também, da própria organização tecnológica do trabalho. A biossegurança provoca uma quebra nesta cadeia garantindo que a desqualificação da vida do trabalhador, que é acometido por doença ocupacional e/ou acidente de trabalho, ceda lugar a uma vida com qualidade.

As situações de risco encerram em si grande complexidade, devido aos inúmeros elementos que as compõem: físicos como, por exemplo, relacionados com a estrutura física do hospital; ergonômicos, como equipamentos e materiais que ferem os princípios da ergonomia; biológicos, como exposição a sangue e/ou fluidos corporais e químicos, como a exposição a gases anestésicos. Além destes elementos que estão, em muito, relacionados com os aspectos estruturais ou com fatos que concretamente podem ser percebidos, existem outros

derivados das ou que são as próprias relações de trabalho, muitas vezes desconsideradas nesta complexidade.

No Brasil, a preocupação com a biossegurança dos trabalhadores é recente e tem, em muito, sua aplicação vinculada à implantação de normas, que são adaptadas de outros países mais avançados tecnologicamente (Teixeira e Valle, 1998). Por vezes, esta adaptação não é bem estruturada, ficando certas normas ou equipamentos de biossegurança relegados pelos trabalhadores, devido sua inadequação.

A abordagem de biossegurança, neste estudo, implica ir além das normas; supõe o processo educativo provocando a reflexão-ação sobre o trabalho, que conduz à mudança de hábitos, quando necessário for, não em resposta a uma imposição, mas como resultado de um processo reflexivo que conduziu à ação transformadora do sujeito do trabalho, para o próprio trabalho..

Sendo o processo de trabalho uma situação temporal e espacial, na qual o homem constrói sua história, deve o mesmo estar voltado no sentido da produção da saúde do trabalhador, o que pode reverter em uma maior qualidade de vida. Para que tal construção se processe, é primordial que o processo educativo seja utilizado como um dos instrumentos capazes de viabilizar, no processo de trabalho, o desenvolvimento da qualidade, através do envolvimento de cada trabalhador como sujeito coletivo.

É através do processo educativo e, igualmente, do processo organizativo - forma como está o trabalho organizado -, que a saúde pode ser produzida, tendo como um de seus componentes a construção da prevenção das situações de risco existentes no interior de uma instituição hospitalar. O processo educativo provoca, no trabalhador, a reflexão-ação sobre seu próprio trabalho-individual e sobre o processo de trabalho-coletivo. Tal reflexão amplia a visão do trabalhador para além da satisfação de necessidades individuais, ou seja, para a apreensão do

trabalho como algo coletivo, dinâmico, cujo movimento é possibilitado pela intersecção e complementação constantes entre as diferentes ações de cada um.

Partindo desta reflexão acerca do trabalho individual e coletivo, é possível entender que a prevenção das situações de risco não é apenas individual, vinculada a condutas individuais. A construção da prevenção é tão mais coletiva quanto o próprio processo de trabalho, visto estarem os elementos de risco inseridos neste processo do qual os trabalhadores também fazem parte .

O trabalhador, ao ficar exposto e desprotegido nas situações de risco, pode sofrer um desgaste imposto pelo próprio processo de trabalho, ocasionando uma transformação no seu processo saúde-doença, transformação esta que poderá acarretar-lhe prejuízos, na sua vivência diária, e à instituição, pela diminuição da qualificação de sua equipe, pois, o sujeito que sofre este desgaste não exerce suas ações com a mesma qualidade.

O trabalhador da saúde é força de trabalho. No desenvolvimento de suas ações, pode sofrer as influências negativas do ambiente de trabalho, abordadas, neste estudo, como as situações de risco nas quais estão os trabalhadores atuando. Assim sendo, sobre ele serão focalizadas as ações de produção da saúde do trabalhador, visando sua qualidade de vida.

As situações que oferecem riscos, mantém uma relação direta com o processo saúde-doença do trabalhador, sendo ambos determinados pela forma como está organizado tecnologicamente o trabalho institucional.

Faz-se necessário que sejam identificados, em tal organização, os pontos que distanciam e os pontos que aproximam o trabalhador das situações de risco e acidente. Partindo desta identificação, será possível que as ações individuais e coletivas, tanto do trabalhador quanto da instituição, sejam voltadas à prevenção, permitindo a construção de um processo de trabalho com maior qualidade, por contemplar a preocupação também, com a produção da saúde do trabalhador no espaço/ambiente do trabalho.

Trabalho e Educação: elementos articulados na formação do ser humano

O trabalho não se limita à atividade de produção, que visa a satisfazer as necessidades naturais, mas envolve aspectos culturais e capacidade criativa.

Ao serem percebidas estas relações sociais no trabalho, entende-se ser possível que a educação, enquanto processo de formação do homem, aconteça também para além dos muros escolares, ou seja, no próprio trabalho, pois, é no fazer, na prática, que o ser humano, ao objetivar-se no mundo, forma-se, constrói-se, educa-se (Enguita,1993).

O trabalho como espaço educativo, contém, em sua organização, trabalhadores que, por fazerem parte de um contexto histórico social, detém em si, um conhecimento que não deve ser desprezado. Este conhecimento, este saber próprio do trabalhador, nasce na sua prática, no seu fazer, no seu cotidiano de trabalho. Um conhecimento não só técnico, mas das relações profissionais e interpessoais, que compõem as relações de trabalho.

A construção, formação do ser humano dá-se na práxis, que “resulta da unidade dialética entre teoria e prática, entre pensar e agir. Esta unidade, por sua vez, não é algo mecânico, harmônico, mas traz a marca dos conflitos, avanços e recuos, do processo histórico” (Frigotto,1989, p.19). Por vezes, esta construção envolve a mudança de hábitos, costumes do trabalhador, como anteriormente abordado no que se refere a biossegurança.

Ao buscar esta modificação de hábitos, está o trabalhador não só preocupado com a sua qualidade de vida, mas com a qualidade de vida do conjunto de trabalhadores, pois, ao identificar aspectos a serem transformados, o

faz com o olhar voltado ao ambiente no qual todos atuam e às relações que aí se processam, modificando, não só sua própria conduta, mas, também, o ambiente ao seu redor.

Estas transformações tornam-se possíveis quando o processo educativo é compreendido como um componente do processo de trabalho. A educação é um dos caminhos que possibilita aos homens que as trocas de vivências, conhecimentos e experiências se processem, com vistas a enriquecê-los, prepará-los para a modificação da realidade de trabalho, que nem sempre se apresenta como esperada.

Para Freire (1993), a **educação** verdadeira é práxis, reflexão e ação do homem sobre o mundo para transformá-lo. Salienta que ninguém educa sozinho, que, tampouco, ninguém se educa sozinho e que os homens se educam, entre si, mediados pelo mundo. Todo ser humano é capaz de educar, pois tem uma história construída, que conhece por vivenciá-la, sendo capaz de reproduzi-la, e é capaz de ser educado, pois, as trocas, que se processam em sua vivência cotidiana, são capazes de transformá-lo, educá-lo.

O trabalhador é um agente de transformação na medida em que, ao refletir sobre sua prática, coloca-se com um olhar crítico diante de seu cotidiano, para poder analisar e modificar.

O processo educativo, que se dá na práxis, no trabalho, nas relações, fornece subsídios para a construção do trabalhador como um ser social consciente, crítico, que reivindica, que é sujeito de transformações.

A crítica aqui referida é aquela que, resultado de um processo reflexivo que associa a análise do cotidiano com propostas palpáveis de transformação, representa as necessidades individuais e sociais dos trabalhadores na luta pela construção da própria cidadania. Quando bem conduzida e amadurecida, a crítica, tanto de si mesmo, quanto do processo de trabalho, possibilita ao ser

humano, o exercício de sua cidadania, ao se envolver na busca de condições para o trabalho digno e humano.

Acreditando ser o trabalho uma dimensão da vida humana que envolve a educação, Arroyo apud Enguita (1993, p. ix) refere-se à educação como sendo inseparável do modo de produção, percebe as relações sociais, a práxis, o ambiente e o trabalho como processos educativos.

Partindo do princípio de que a práxis se refere à unidade dialética teórico-prática, acredita-se que a reflexão-ação, sobre o cotidiano de trabalho, é capaz de provocar uma modificação neste próprio trabalho, iniciando por uma reflexão que transforma, a princípio, o ser humano individual para, acreditando na força do desafio, poder modificar a realidade objetiva, ou seja, o coletivo do trabalho.

As modificações individuais conduzem a resultados parciais, quando não acompanhadas de mudanças concomitantes na organização tecnológica do trabalho, na estrutura social das relações de trabalho. O conjunto de ações transformadoras é que conduzirá à prevenção das situações de risco e de acidentes de trabalho e a conseqüente produção da saúde do trabalhador, transformação esta, que deve estar embasada na educação. A educação deve ser uma constante no dia-a-dia do trabalhador.

"A idéia de educação, como um processo de formação humana de caráter muito mais amplo, como processo de integração em uma cultura, que dura toda a vida do homem e abarca todas as suas atividades..." (Enguita, 1993, p.24), traduz todo um significado de educação como não sendo apenas a simples transmissão de conhecimentos de uns para outros, mas como sendo um processo contínuo de trocas, uma relação onde todos os envolvidos aprendem e são capazes de ensinar.

O ambiente de trabalho é o palco ideal para a atuação, na íntegra, do processo educativo. O próprio trabalho, como uma atividade humana é, em si, um processo educativo. Cada atividade, cada técnica, cada relação humana que

se estabelece, cada fazer que compõe o trabalho da saúde, são, também, componentes do processo educativo.

A educação é capaz de despertar a consciência dos trabalhadores a ponto de motivá-los a crescer e a transformar, a trabalharem pelo social, em equipe, a não mais trabalharem buscando, apenas, o cumprimento de suas ações.

Este envolvimento e esta motivação são necessários para que os trabalhadores se sintam impelidos a ir além do simples aprender, para ir em busca da produção e reprodução dos conhecimentos adquiridos, contextualizando-os na sua prática diária, o que tornará possível a construção de um saber tecnológico, voltado à prevenção da situação de risco e de acidentes e a produção da saúde do trabalhador. Este saber construído com e para os trabalhadores é uma diretriz fundamental para o alcance da qualidade de vida e da qualidade da assistência prestada ao paciente/cliente.

Interação dinâmica entre o processo de trabalho e o processo saúde-doença

O processo saúde-doença sofre interferências de diversos condicionantes na sua estruturação, sendo o trabalho um deles, o qual será considerado mais amíúde neste estudo. Não se pretende imprimir importância maior a tal condicionante em detrimento de outros, porém é ele que, neste momento, interfere mais diretamente sobre o processo saúde-doença dos sujeitos trabalhadores envolvidos.

Na sociedade em que se vive, onde a hegemonia do capitalismo impera, o trabalhador é apreendido, predominantemente, como mercadoria de trabalho. No

entanto, é imprescindível que se mude esta visão essencialmente capitalista do trabalhador, pois ele é, para além de seu momento no trabalho. Ele é sujeito no e do trabalho e, como tal, deve ser compreendido. Como sujeito, tem a necessidade de participar do processo de trabalho no qual está inserido, sendo, portanto, parte integrante e não só mercadoria dele. Assim sendo, pode e deve produzir, para além de condições adequadas aos seus pares (pacientes/clientes da prática diária), ou seja, produzir condições adequadas para sua própria saúde.

Recorre-se às palavras de Berlinguer (1983, p.25) que ressalta a necessidade de mudar “a prática de considerar o trabalhador como parte de um conjunto mecânico, como uma variável a ser adaptada aos processos e às relações de produção historicamente determinados”, para que se perceba “a exigência que o homem seja considerado com relação às suas necessidades fisiológicas, culturais e sociais, expressas na sua existência como indivíduo e na sua ação coletiva, como um componente evolutivo de um sistema variável; são indicadas novas necessidades a serem satisfeitas, novos modos de produzir, novas orientações da ciência e da tecnologia, com a finalidade de utilizar o desenvolvimento das forças produtivas (humanas, sociais e naturais), em vez de maximizar o esforço psicofísico dos trabalhadores e os lucros.”

Neste contexto de mudanças, se faz necessário que a saúde do trabalhador tenha momento de destaque, pois sabe-se que “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 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, não contemplam os

investimentos indispensáveis à garantia da dignidade e da vida no trabalho” (Minayo-Gomes e Thedim-Costa, 1997, p. 23).

A hegemonia da Medicina do Trabalho “orienta-se pela teoria da unicausalidade, ou seja, 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 conseqüências, medicalizando em função de sinais e sintomas ou, quanto muito, associando-as a uma doença legalmente reconhecida” (Minayo-Gomes e Thedim-Costa, 1997, p. 23).

Baseados nestas reflexões, conclui-se que mudanças significativas devem ocorrer no estabelecimento das políticas que regem a saúde e o trabalhador, como forma de propiciar a produção de sua saúde no espaço/ambiente do trabalho. Para isto é necessário que a relação entre o processo de trabalho e o processo saúde-doença seja compreendida, para que as modificações possam ocorrer.

Nas últimas duas décadas, estudos como de Laurell e Noriega (1989), Betancourt(1991) têm sido realizados, visando abordar a saúde do trabalhador com diferentes enfoques, não mais limitados a unicausalidade ou mesmo multicausalidade das doenças, mas voltados para a prevenção das mesmas. Ver além da unicausalidade não significa abandonar a busca das causas; significa atuar nas causas para evitar a instalação da doença no corpo individual e no corpo social do trabalho, visando a produção da saúde. Laurell e Noriega (1989) concebem o processo saúde-doença como resultante das relações que os homens estabelecem entre si e com a natureza, mediadas por processos de trabalho que se realizam em sociedades concretas. Conforme a maneira como o ser humano produz e reproduz sua existência e conforme as alterações que são processadas pelas relações que envolvem esta produção e reprodução de si mesmo e da natureza, ou seja, da vida social onde está incluso o trabalho, é que se estabelecem as doenças, que se processam no ambiente/espaço do trabalho.

As condições de vida e trabalho, resultantes da organização social, “são fatores condicionantes do processo saúde-doença.”(Gelbcke, 1991, p.19). As condições de trabalho, não só recursos humanos e materiais, como também as condições sob as quais se estabelecem as relações do e no trabalho, influenciam direta ou indiretamente no processo saúde-doença dos trabalhadores.

Partindo do pressuposto que os trabalhadores da saúde sofrem um desgaste natural, imposto pelo processo de trabalho, pelas relações de trabalho que aí são estabelecidas, o que ocasionará uma transformação no seu processo saúde-doença, depreende-se que, quanto maior for este desgaste, maior será o comprometimento da saúde do trabalhador. Este desgaste, muitas vezes, não é percebido dentro da organização do trabalho, devido ao fato da atenção maior estar voltada à produção.

A organização do trabalho contém, em si, um conjunto de elementos, ou seja, um complexo de causas que, ao interagir com as ações dos trabalhadores, pode ou não conduzir a acidentes de trabalho. Esse complexo de causas, por si só, não se constitui em ameaça à saúde do trabalhador. Porém, dentro deste complexo, existem elementos de risco que podem provocar acidentes. São parte do processo de trabalho e são produzidos no próprio processo de trabalho. Mas para que se componham em acidentes, é necessário que exista uma articulação entre eles e o trabalhador, entre eles e a dinâmica do processo de trabalho. E o que faz com que se estabeleçam estas articulações são as relações de trabalho, que comportam tanto o componente individual - cada trabalhador com suas particularidades, suas concepções, suas vivências - quanto o coletivo do trabalho, que é mais que a soma das individualidades: são as relações entre elas, as relações entre cada parte do todo.

Em Cézar Vaz (1996, p.106) encontra-se um conceito de organização do trabalho, que contempla a existência destas relações e que mostra as articulações que se processam entre as ações dos trabalhadores, para que se componha tal

organização: “A expressão organização do trabalho infere algo, no sentido de uma corrente de conscientização que penetra e subordina o conjunto de ações que constitui o trabalho, em que cada uma dessas ações é concebida como existente somente por meio das outras e para as outras e o todo do trabalho, ou seja, as ações realizadas são, ao mesmo tempo, meios e fins, uma com respeito à outra e todas com respeito à totalidade do trabalho. Nessa direção, a organização do trabalho não possui só o sentido de uma simples força motriz, como uma máquina que dá movimento às ações, mas possui, também, o sentido de uma força formadora ou determinante tal que se comunica aos componentes do processo.”

As ações individuais estão para o conjunto do trabalho, assim como o conjunto se completa de individualidades. As ações individuais podem desencadear alterações na organização do trabalho, como já mencionado, e esta provoca, também, alterações individuais, constituindo um movimento constante no processo de trabalho. Sendo os sujeitos trabalhadores quem imprime concretude à ação, são eles, portanto, que sofrem as conseqüências diretas da ação individual. Como suas ações individuais são meio e não fim na organização do trabalho, o momento historicamente vivido do acidente de trabalho, envolvendo sangue e/ou fluidos corporais, provoca alterações coletivas.

O momento do acidente individual ocorre como parte de um processo de trabalho coletivo que possibilitou tal vivência. E dele se parte para que se possa compreender a organização do trabalho e buscar alterações que os próprios trabalhadores motivam a acontecer.

A produção e reprodução da saúde pelo trabalho, necessita contemplar um conjunto de ações que se desenvolvam como resultado de uma política que, fazendo parte da organização do trabalho em saúde, volte-se para a prevenção de situações de risco e acidentes de trabalho envolvendo sangue e/ou fluidos corporais.

Preocupação especial deve ser dada a este tema, visto a compreensão da saúde do trabalhador desta área, estar tendendo, ainda, a ações fragmentadas e desarticuladas.

Dentro do ambiente hospitalar, onde o processo de trabalho em saúde encontra-se extremamente centrado no modelo clínico biologicista, que tem por finalidade a recuperação do corpo individual, a preocupação maior volta-se sempre para a cura do corpo doente, inclusive quando se trata da saúde do trabalhador, ou seja, predomina a política de assistência à doença ao invés da produção de saúde.

Por ser algo complexo e multifacetário, a saúde do trabalhador envolve vários setores e órgãos governamentais, devido à necessidade do estabelecimento de políticas de saúde preventivas. Pode-se iniciar com investimentos no interior das instituições, no sentido de modificar, no próprio processo de trabalho, a concepção que se tem hoje de prevenção do risco e acidente, de forma a iniciar um processo de alteração coletiva. É fundamental partir de concepções, pois é o início da prevenção. Dependendo da forma como se entende acidente de trabalho e risco ocupacional, trabalha-se a prevenção.

Esta realidade vem sendo modificada por poucos, ainda de forma desordenada, individual, o que não é suficiente. A prevenção tem que fazer parte do conjunto de ações coordenadas para o qual definimos trabalho, estar imbricada nas relações de trabalho, nas políticas institucionalizadas de prevenção de acidentes, na preservação da saúde do trabalhador.

Apresentando os pressupostos

Embasado no referencial teórico, apresenta-se os pressupostos que direcionaram a busca do objeto deste estudo. Estão compilados neste momento, porém não estão dissociados do referencial, visto estarem alicerçados no mesmo.

- . Todo trabalhador é cidadão e, portanto, tem direito e dever de exercer suas ações de trabalho em um espaço/ambiente que lhe proporcione segurança e de ser participe do processo de trabalho;
- . O trabalhador da saúde deve ser visto como um homem histórico e social que, ao construir sua história, desenvolve ações de trabalho;
- . Todo trabalhador da saúde, ao questionar seu saber e seu fazer, possibilita o desenvolvimento da profissão (coletivo) e seu crescimento pessoal individual.
- . Os trabalhadores da saúde sofrem um desgaste natural imposto pelo processo de trabalho, o que ocasionará uma transformação no seu processo saúde/doença. Quanto menor a preocupação da instituição de saúde com as medidas de biossegurança, tanto maior será seu desgaste;
- . Às instituições de saúde compete oferecer as condições necessárias para o desenvolvimento de uma prática segura e de esclarecer aos trabalhadores, como, quando e quais medidas de segurança devem ser adotadas em cada situação de risco do cotidiano;
- . Na área da saúde, todo trabalhador é capaz de modificar sua realidade de trabalho;
- . A ética permeia todas as ações dos trabalhadores da saúde.

Leopardi (1995), apresenta um pressuposto que vem ao encontro do que se considera importante no processo de trabalho, em relação ao trabalhador, tendo a visão direcionada à produção de sua saúde e qualidade de vida:

A valorização do trabalhador se dá, entre tantos aspectos, através de adequadas condições de trabalho: jornadas menos extensas, salário compatível com a responsabilidade que o trabalho exige, material de trabalho em quantidade e qualidade suficientes, condições ambientais adequadas, suporte emocional pelo tipo de trabalho que desenvolve, número de pessoal em quantidade e qualidade suficiente para o desenvolvimento do trabalho. A valorização do trabalhador se dá, também, através da implantação de um processo de formação continuada que o leve a desenvolver pessoal e profissionalmente, gerando um compromisso que atende aos sujeitos envolvidos: o próprio trabalhador e o sujeito com carência de saúde (...).

Com estes pressupostos e com o referencial teórico apresentado, foi dado seguimento ao estudo .

2. DESCRREVENDO A CAMINHADA

Caracterizando o estudo

Segundo Triviños (1992, p.125), a busca das causas e conseqüências de um problema, com as relações que o envolve, possibilita “realizar, através da ação, um processo de transformação da realidade que interessa”. Na busca pela transformação da organização tecnológica do trabalho, no sentido de que produza a saúde do trabalhador ao invés de acidente, buscou-se compreender¹⁹ a organização tecnológica do trabalho, partindo dos significados²⁰ atribuídos pelos trabalhadores ao acidente de trabalho e situações de risco. Estes significados foram elaborados em cima da experiência vivida com o acidente.

Partindo, então, destes significados, a princípio individuais, e de sua manifestação exterior através da vivência no cotidiano de trabalho, pode-se inferir que são parte integrante do conjunto do trabalho, se considerarmos que o indivíduo mantém relações com os demais e, ao relacionar-se, manifesta os

¹⁹ No compreender está incluído o experimentar. Como as experiências de outros trabalhadores estarão sendo utilizadas, estar-se-á compreendendo, na medida em que se for construindo, em conjunto, o conhecimento, a trajetória. O processo de compreender estará se efetuando em cada momento de reflexão-ação construído com cada trabalhador entrevistado.

²⁰ O entendimento de significado, neste estudo, não está fixado apenas no fenômeno em si, permanecendo restrito aos sentimentos, anseios e dúvidas, que fazem parte do cotidiano dos trabalhadores, mas abre-se para o conjunto das relações, que compõem o fenômeno na sua generalidade. Este entendimento, ao olhar para os sentimentos e para o fazer do trabalhador, extrapola o que cada um representa, para olhar a posição do trabalhador dentro desse processo de trabalho. A posição enfocada neste estudo, é a posição do trabalhador acidentado dentro do processo de trabalho na instituição estudada. Os significados ficam atrelados às relações de trabalho que se desenvolvem neste espaço/ambiente do trabalho.

significados que atribui aos acontecimentos, demonstrando o lado social dos fatos.

O conhecimento dos fenômenos e das relações que se processam em seu interior e entre estes e a realidade contextualizada, cenário onde os fenômenos ocorrem, torna possível que uma análise crítica seja elaborada com vistas à transformação que envolve o conjunto do trabalho. Para que tais transformações se processem, é preciso que seja considerado o momento histórico e social em que os fenômenos ocorrem, visando adequá-las ao contexto social e de trabalho.

Por estar o estudo em questão, extremamente centrado nas relações de trabalho, que se estabelecem em torno dos fatos, caracterizou-se como uma pesquisa qualitativa, que permite apreender, em meio a estas relações que se processam no espaço/ambiente do trabalho, o quanto cada trabalhador pode, por suas próprias vivências que traduzem seus significados pessoais, dar a conhecer a organização tecnológica institucional, de forma a possibilitar intervenções que visem a melhoria da qualidade de vida dos trabalhadores.

Chizzotti (1995, p. 79) diz que “a abordagem qualitativa parte do fundamento de que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, uma interdependência viva entre o sujeito e o objeto, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito. O objeto não é um dado inerte e neutro; está possuído de significados e relações que sujeitos concretos usam em suas ações”.

Esta reflexão vem ao encontro do que se buscou, quanto aos significados atribuídos pelos trabalhadores aos acidentes e situações de risco, e perpassa pelas vinculações e articulações existentes entre as ações individuais e o contexto do trabalho, no qual estão inseridas. As relações que fazem parte deste contexto, podem ser e são exploradas, à medida em que se apreende tais significados.

Ter como ponto de partida a experiência individual com acidente, não

significa de forma alguma, privilegiar o aspecto individual em detrimento do aspecto coletivo do processo de trabalho. Este ponto fica bem claro nas discussões que se processam ao longo do texto. Esta escolha de partir de uma experiência concreta e individual com acidentes teve como meta, contextualizá-la, integrá-la ao processo de trabalho, de forma a acrescentar conhecimentos e transformar o cotidiano do trabalho coletivo nos pontos e momentos que possam ser melhor manejados, evitando a recorrência de fatos.

Levando do individual para o coletivo e como forma de refletir um contexto coletivo pelo relato individual, a abordagem dialética será usada, objetivando conhecer a realidade individual frente a acidentes de trabalho e contextualizá-la no fazer diário dos trabalhadores, utilizando o componente formador dos sujeitos, que é capaz de transformar por fazer conhecer e por produzir e reproduzir conhecimentos.

O processo de trabalho em saúde está sendo visualizado dentro de uma abordagem que inclui uma relação dialética entre a teoria e a realidade empírica, ou seja, entre uma estrutura conceitual que representa uma teoria (no caso, a dialética marxista) e de outros fatores reais no processo de trabalho em saúde, aqui focalizados nas situações de risco e acidentes de trabalho envolvendo sangue e/ou fluidos corporais.

Em respeitando os aspectos éticos de uma pesquisa, foi obtida a permissão, por escrito, da direção do Hospital Universitário, para dar início às atividades do estudo em questão.

Contextualizando o local

O processo de trabalho que se desenvolve no interior do hospital estudado, com as relações de trabalho que dele fazem parte, sejam profissionais ou interpessoais, a organização tecnológica da qual se compõem, abrigam este estudo na íntegra.

Este hospital é vinculado a uma Universidade Federal, cuja filosofia de trabalho é a pesquisa, o ensino e a extensão, incluindo, nesta última, a assistência à saúde da população.

Presta assistência à população do próprio município, bem como de municípios vizinhos menores, tanto na área geográfica como no número de habitantes. É hospital referência, no município, para o atendimento a indivíduos portadores do vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e/ou doentes de AIDS.

É composto de diversas unidades de internação: Pediatria, UTI Neonatal, Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Centro Cirúrgico, Internação Obstétrica, Centro Obstétrico, Serviço de Pronto Atendimento, Hospital Dia. E possui os demais serviços: ambulatoriais, de apoio diagnóstico como raio X e laboratório, Farmácia, Nutrição e Dietética, Central de Materiais, Psicologia e Assistência Social, Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, manutenção, higienização, lavanderia, almoxarifado, todos voltados a prestar assistência ao paciente/cliente. Recentemente foram inauguradas três novas áreas, a saber: Hospital Dia do Paciente Diabético e do Paciente Crônico, e o Centro Regional de Estudos, Prevenção e Recuperação de Dependentes Químicos (CENPRE).

É um hospital de médio porte. Comporta 143 leitos, distribuídos nas

diferentes unidades de internação. Conta com uma equipe de, aproximadamente 450 funcionários, constituindo a multidisciplinaridade no atendimento aos pacientes/clientes. Deste total, 180 são da equipe de enfermagem (40 enfermeiros, 1 técnico de enfermagem, 136 auxiliares de enfermagem, 3 atendentes de enfermagem), 34 do serviço de higienização, e 2 do serviço de recreação. Destaca-se estas categorias profissionais, por ser onde estão inseridos os trabalhadores previamente selecionados.

Apresentando os sujeitos

Os sujeitos do estudo são os trabalhadores que, em um determinado momento histórico passado, que vivenciaram situações de risco que tiveram como desfecho, acidente de trabalho envolvendo sangue e/ou fluidos corporais, no exercício de suas ações, que os mantêm com a herança do acidente. Por terem vivido o fato concreto e por fazerem conhecer as relações de trabalho que permearam tal acidente, possibilitam, com seu discurso, a percepção do conjunto de ações coletivas que vêm sendo desenvolvidas pelos trabalhadores do Hospital Universitário os quais propiciam ou não, a ocorrência de acidentes, ou seja, permitem, através de suas vivências e de suas concepções, a produção e reprodução da organização tecnológica do trabalho neste hospital, no que tange a acidentes e situações de risco.

A seleção dos trabalhadores, que participaram do estudo, foi baseada no seguinte critério: ter comunicado seu acidente de trabalho, envolvendo sangue e/ou fluidos corporais ao Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH), no período de agosto de 1996 a agosto de 1998.

Considera-se este critério importante, devido ao fato de ter acompanhado

a trajetória percorrida por estes trabalhadores, o que permitiu uma maior compreensão, ou melhor, uma aproximação que levou à compreensão das situações que permeiam um acidente. Foi possível experienciar, com eles, um pouco dos sentimentos e das ações vivenciados naquele momento.

O período em questão coincide com minha trajetória no mestrado, momento em que se intensificou o interesse e a busca pela compreensão do processo de trabalho como estrutura de relações, organizações, capazes de conduzir à produção da saúde do trabalhador.

O total de trabalhadores que comunicaram seu acidente foram entrevistados, perfazendo um grupo de seis. Fazem parte de diferentes categorias profissionais. Não foram selecionados apenas trabalhadores da enfermagem, por configurar um pequeno contingente e por considerar que as demais categorias mantêm ações articuladas no e com o trabalhador da enfermagem. Seus significados auxiliam na compreensão do processo de trabalho em saúde como sendo multidisciplinar. Portanto, o grupo de sujeitos foi composto de enfermeiros, auxiliar de enfermagem, auxiliar de creche e higienização²¹, técnico em laboratório.

Apesar de parecer, a princípio, um grupo pequeno, diante do número de trabalhadores que compõem a equipe multiprofissional do hospital, corresponde ao critério estabelecido de que houvesse o contato com o SCIH. Mais do que isso, corresponde à “população” que vivenciou o acidente

Outros trabalhadores de outras categorias, como médicos, alunos da graduação dos cursos de enfermagem e medicina, vivenciaram acidentes, porém sem contato com a referida comissão, o que não permitiu uma aproximação dos casos.

²¹ Auxiliares de creche são trabalhadores que desenvolvem ações voltadas à recreação dos pacientes/clientes e executam certos cuidados como auxílio à alimentação, troca de fraldas. Os auxiliares da higienização desenvolvem as ações de limpeza da instituição hospitalar.

Os trabalhadores selecionados foram convidados individualmente a participar deste estudo, e deles foi obtida a permissão para proceder à coleta de dados. A todos foi assegurada a não personalização como forma de garantir o anonimato. Os trabalhadores foram identificados, quando da utilização de seus relatos, como T (Trabalhador) T1, T2, T3, T4, T5, T6, números esses, que seguem a seqüência de realização das entrevistas. A autorização dos trabalhadores para que fossem usados seus relatos, foi dada no início de cada entrevista. Existe uma relação de confiança entre os trabalhadores e a pesquisadora, confiança esta, que pode ter origem na convivência, bem como no interesse pelo tema em questão, visto estar diretamente ligado ao cotidiano destes trabalhadores. Outro aspecto ético, que cabe salientar, é a existência de um compromisso de minha parte para com a instituição, por ser o local onde desenvolvo minhas ações de trabalho e mais, por ser partícipe de sua construção. Existe o compromisso, também, com cada trabalhador que participou deste estudo e com os trabalhadores da saúde em geral.

Considera-se importante tecer algumas considerações sobre cada trabalhador e sua categoria profissional, bem como as articulações com o trabalho de enfermagem.

Sabe-se que existe uma interdependência entre as diferentes categorias que compõem a totalidade do processo de trabalho em saúde. Acredita-se que uma das que mais centraliza esta interdependência é a enfermagem, pois se constitui em atividade fim para a qual a maioria das demais categorias converge suas ações. Não se quer dizer, com isto, que a relação com a enfermagem é que se compõe na situação de risco. A situação é produzida ou não, no espaço/ambiente do trabalho.

T1=Trabalhador da enfermagem, desenvolve suas atividades na unidade de clínica médica; por ocasião do acidente procurou o SCIH para alguns questionamentos que o incomodavam; suas ações são desenvolvidas na

assistência direta ao paciente.

T2=Trabalhador da enfermagem, atua no Serviço de Pronto Atendimento; procurou o SCIH imediatamente após o acidente para saber que conduta deveria adotar; trabalha na assistência direta ao paciente.

T3=Desenvolve ações diretamente ligadas aos pacientes; tem sua formação na área de educação e procura aplicar tais conhecimentos em prol de uma recuperação mais rápida e efetiva dos pacientes; sua relação com o serviço de enfermagem se estabelece exatamente neste ponto de investimento na recuperação e também pelo auxílio prestado em alguns cuidados aos pacientes; ao acidental-se procurou o SCIH pelos mesmos motivos que o T2.

T4=Atua na área de enfermagem, no Serviço de Pronto Atendimento, com ações que envolve a assistência ao paciente; juntamente com o colega que estava no momento do acidente (T2), procurou o SCIH, buscando saber a conduta a ser adotada.

T5=Trabalha como auxiliar do serviço de higienização; após o acidente e depois de ter passado por diversos setores do hospital para onde era encaminhado, veio ao SCIH com o objetivo de sanar dúvidas sobre o acidente. Tornar-se-ia extremamente difícil para a equipe de enfermagem, exercer suas ações sem o apoio deste setor, cujas ações encadeiam-se numa sincronia necessária à qualidade da assistência prestada.

T6=Realiza suas atividades como técnico de laboratório; foi encaminhado ao SCIH por colegas, devido apresentar efeitos colaterais importantes à medicação profilática. Apesar das ações deste trabalhador não estarem diretamente interligadas com a enfermagem, fazem parte das atividades da equipe multidisciplinar.

Apesar de atuarmos, tanto eu como os entrevistados, em uma mesma instituição, foi extremamente difícil o encontro com alguns colegas, mais especificamente com os trabalhadores T4, T5 e T6, estendendo o período de

coleta de dados.

Superando as dificuldades, os encontros aconteceram e, cada trabalhador, com seus significados de situação de risco e acidente de trabalho, tornou possível a realização deste estudo, através de seus relatos, de suas vivências passadas, que foram trazidas ao presente para fazer conhecer a organização tecnológica do trabalho.

Coletando e agrupando os dados

Salienta-se, nesse momento, que os dados deste estudo, foram coletados a partir de entrevistas individuais com os trabalhadores previamente selecionados. Foram acrescidos, a estes dados, os conhecimentos produzidos na disciplina de Prática Assistencial, bem como as experiências próprias, advindas da convivência e participação diária na construção da história do processo de trabalho na instituição estudada.

A exteriorização das vivências, experiências passadas, exige a comunicação, a fala, capazes de revelar um imbricado de condições, estruturações e relações que conduziram a tais vivências.

Para que esta comunicação fosse estabelecida e as falas suscitadas, foi utilizada a entrevista semi-estruturada, que Minayo (1992, p.108) define como sendo aquela “que combina perguntas estruturadas e abertas, onde o entrevistado tem a possibilidade de discorrer o tema proposto, sem resposta ou condições pré-fixadas pelo pesquisador”.

Como as experiências individuais precisam de espaço para serem expressadas, utilizou-se um roteiro de pesquisa (Anexo 2) que serviu de “facilitador de abertura, de ampliação e de aprofundamento da comunicação”

(Minayo 1992, p. 99). Previamente elaborado, seus tópicos apoiaram-se na revisão teórica e na minha experiência profissional.

As entrevistas tiveram uma pergunta desencadeadora do processo reflexivo e que fez conhecido o enfoque do estudo: “O que entende por acidente de trabalho e situação de risco, com vistas ao trabalho que desenvolves no Hospital Universitário?” Foram conduzidas de forma a chegar nas ações e relações de trabalho, que se processam em torno das situações de risco e acidentes de trabalho envolvendo sangue e/ou fluidos corporais, pois são representativas do próprio processo de trabalho e do contexto histórico e social no qual está inserido o trabalhador.

Foi realizado um encontro com cada trabalhador, sem dimensionamento de tempo, pois era preciso dar a cada um o espaço/tempo de acordo com suas necessidades de expressão.

As entrevistas foram realizadas no ambiente e no horário de trabalho, pela dificuldade de encontrar com os trabalhadores fora deste espaço/ambiente. Foram gravadas em fitas magnéticas, com a anuência dos entrevistados, o que, sem dúvida, garantiu a fidedignidade aos relatos e um reviver de cada situação, quando de suas transcrições, enfatizando certos pontos a serem destacados, em subsequente processo de análise.

O ato de transcrever foi procedido logo após cada entrevista, acompanhado de suscinta análise das falas, com o intuito de estabelecer o retorno ou não ao entrevistado, o que não foi necessário com nenhum deles.

Como complemento às gravações, foi utilizado o diário do pesquisador (Anexo 3) que possibilitou o registro das impressões pessoais, em relação às entrevistas, narrativas próprias, reflexões e algumas revisões bibliográficas.

Analisando os dados

A etapa de análise do estudo, teve seu início concomitante à coleta de dados, pois certas análises foram tecidas no decorrer da transcrição das entrevistas.

Os dados foram analisados com base na análise temática que, segundo Minayo (1991, p.209) “ (...) consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado”.

Existem 3 grandes categorias analíticas, compondo a estrutura das análises, quais sejam: o processo de trabalho; a educação enquanto processo de formação do ser humano no e pelo trabalho; a produção da saúde do trabalhador. Para Minayo (1991, p.94), as categorias analíticas “são aquelas que retêm historicamente as relações sociais fundamentais e podem ser consideradas balizas para o conhecimento do objeto nos seus aspectos gerais”. São, portanto, as três grandes categorias que delimitam o objeto de estudo e oferecem a sustentação de sua existência.

As categorias empíricas “ são aquelas construídas com finalidade operacional, visando ao trabalho de campo ou a partir do trabalho de campo. Elas têm a propriedade de conseguir apreender as determinações e as especificidades que se expressam na realidade empírica” (op. cit, p. 94).

Assim sendo, os significados dos trabalhadores no que tange às situações de risco e acidentes de trabalho, expressão da realidade empírica, dados foram agrupados por núcleos temáticos (que nada mais são do que as categorias empíricas, construídas para compor o trabalho de campo), à luz do

referencial teórico e da minha experiência profissional, enquanto participe do processo de trabalho do Hospital Universitário. Esta experiência, certamente, possibilita uma compreensão mais aprofundada das relações de trabalho que se processam em torno das situações de risco e acidente, por fazer parte deste contexto. Não poderia, de forma alguma, eximir-me de elaborar comentários e reflexões a respeito destes diferentes núcleos temáticos.

Tais núcleos, compõem o capítulo a seguir.

CAPÍTULO III

COMPREENDENDO O PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE

Este capítulo concentra as análises das falas dos trabalhadores. Procurou-se centrá-las nas relações de trabalho que estão sendo constantemente estabelecidas entre os trabalhadores e seu cotidiano, buscando compreender a organização tecnológica do processo de trabalho no Hospital Universitário.

1. AS SITUAÇÕES DE RISCO PRODUZIDAS NO E PELO TRABALHO

Considera-se a compreensão do “risco” fundamental, quando se pensa em produção da saúde dos trabalhadores, visto esta compreensão ser determinante de suas ações, isto é, sua compreensão é manifestada através de suas ações.

Estabelecer a compreensão acerca do “risco” é bastante difícil, pois a tendência é entendê-lo como “possibilidade de”, o que o coloca numa esfera mais abstrata²² que o acidente. O acidente é reconhecido como concreto e o “risco” tende a ser um potencial no discurso dos trabalhadores, apesar de, por vezes, apresentarem-no materializado em ações, por ser a forma como conseguem apresentá-lo.

Acredita-se que isto ocorra, também, pelo fato de ser pouco explorado este tema, ou melhor, devido ao fato de ser amplamente mencionado no cotidiano de trabalho, sem a devida reflexão. Frequentemente se fala que todo paciente deve ser considerado como uma fonte de risco, devido ao desconhecimento de seu diagnóstico, o que pode mascarar doenças infecto-contagiosas. Porém, se houvesse a compreensão do significado da situação de risco que envolve cada paciente, os trabalhadores fariam uso das medidas de biossegurança como uma das maneiras de prevenir-se da exposição a tais situações. Mas esta nem sempre é a realidade. É como se estas situações, em

²² Abstrato: que designa uma qualidade separada do objeto a que pertence; o que se considera existente só no domínio das idéias e sem base material (Bueno, 1989).

certos momentos, estivessem desvinculadas do conjunto do processo de trabalho, como se existissem isoladamente, restringindo-se, por vezes, ao paciente, outras vezes ao ambiente físico, e não como pertencentes ao processo de trabalho.

Esta dificuldade é, também, sentida pelos trabalhadores, e manifestada quando da proposta de reflexão sobre esta temática. Apesar desta dificuldade, apresentam suas concepções, que serão analisadas e contextualizadas em meio às relações de trabalho.

“É a gente se expor a doenças infecto-contagiosas, mesmo a acidente de punção. A gente está exposto a risco com qualquer paciente.”(T1)

*“Acho que é a tua exposição enquanto trabalhador, no tempo em que tu estás trabalhando. Tu estás sujeito, não sei se está certo, mas acho que está, tu estás sujeito a um risco de te acidentar no trabalho. Não só de te acidentar, mas tudo que pode advir daí. Então risco ocupacional seriam os riscos que tu corre no decorrer da tua profissão, no desenvolvimento do teu trabalho.”
(T2)*

“Risco, para mim, poderia ser assim, não sei se estou certa, mas poderia ser tipo assim: eu lido com vários pacientes, então eu tenho que me cuidar no geral, porque eu não sei quem é quem, então eu estou cuidando a mim e posso cuidar o paciente também. Não sei se eu estou sendo clara. No caso do uso de luvas, eu não sei quem tem AIDS. Então eu vou fazer um curativo, eu tenho que cuidar, preservar a mim, então eu uso luva. Não sei se é isso.”(T4)

Nos discursos, o “risco” está fortemente vinculado aos acidentes, havendo certa dificuldade em separá-los, na elaboração de seus significados e na organização do trabalho. É percebido como a exposição do trabalhador, no espaço/ambiente do trabalho, a elementos que são ameaçadores à saúde e à

vida: doenças infecto-contagiosas, agulhas etc, elementos que aparecem isolados e em determinados momentos do processo de trabalho.

Nestes depoimentos, a apreensão do “risco” parece estar na dependência do quanto esses elementos contêm potencial para a ocorrência de acidentes. A exposição dos trabalhadores passa a ser ameaçadora, à medida que suas ações se interpõem com eles, ficando claro, nas falas, que a ação individual é necessária para a ocorrência do acidente, no cotidiano de trabalho.

O T5, ao ser questionado sobre o que considera ser “risco”, relata:

"O manuseio, o manuseio do lixo contaminado, o risco de... com agulhas, com lâminas, tudo. Até mesmo o cheiro daquilo ali , toda a parte do lixo contaminado de todas as unidades vai para ali, tudo. E aquilo ali fica armazenado, é sangue, é secreção, tudo fica ali armazenado. Quer dizer que o risco de contaminação, para nós que carregamos, que entramos ali dentro, que fizemos aquele transporte, é muito maior de quem tá dentro da unidade. O risco aumenta, acho que mais de 50% de quem só coloca ali. Quem trabalha dentro ali, o risco é bem maior." (T5)

Para este trabalhador, a princípio, o “risco” existe na ação, no manuseio da fonte de risco, aqui representada pelo lixo contaminado. Objetivando expressar seus significados, ele utiliza uma situação pontual, concreta, denotando que o entendimento de “risco” só se manifesta quando vinculado a uma situação concreta, o que vem validar o comentário inicial de que sua existência, por si só, pertence a uma esfera mais abstrata.

Pelo exposto, nota-se que o “risco” existe, predominantemente, para o acidente, e não como parte do processo de trabalho. Assim sendo, é compreensível a tão necessária ação individual do trabalhador para que o “risco” se transforme de potencial em concreto.

Nos depoimentos, a expressão “risco” é usada, então, para exprimir os elementos de risco, os quais são um dos componentes do processo de risco,

como refletido anteriormente.

Manteve-se, até o momento, a utilização desta mesma expressão, respeitando sua inserção nas concepções dos trabalhadores, e como forma de provocar uma reflexão sobre a lógica do pensamento dominante a respeito de risco, contra a qual se quer lançar novos enfoques (ou, quem sabe, nem tão novos, porém não tão pertencentes a este cotidiano do trabalhador).

A partir de agora, portanto, utilizar-se-á a expressão “situação de risco” que, como apresentado no referencial teórico, contém esses elementos percebidos pelos trabalhadores como sendo o “risco”, os quais estão em constante interação entre si e com os trabalhadores. O elemento de risco existe e é percebido pelos trabalhadores. As situações de risco é que não são tão fortemente verbalizadas. Estas situações envolvem os elementos de risco, as relações de trabalho que podem ser relações de risco²³ ou de produção de saúde, e os trabalhadores. Como o foco central da apreensão dos trabalhadores está no elemento de risco, o conjunto do trabalho, sua organização tecnológica, que se manifestam pelas relações que se processam neste espaço/ambiente, tendem a passar despercebidas. No entanto, são constantemente vividas. Certos trabalhadores manifestam-nas, não tão claramente como os elementos, mas seus discursos deixam perceber as relações de trabalho e a organização do mesmo, como parte da situação de risco.

Ao analisar a fala anterior citada, nota-se que a forma como está organizado o trabalho, que permaneceu e ainda permanece para muitos, encoberta pela ação do trabalhador, manifesta-se no momento em que o trabalhador faz referência ao transporte e descarregamento do lixo, demonstrando uma visão mais ampla do processo de trabalho e de sua

²³ As relações de risco são compreendidas como as relações estabelecidas entre o ser humano e o espaço/ambiente do trabalho que, quando inseridas em uma situação de risco, podem propiciar o acidente de trabalho, se desprovidas de prevenção.

organização, bem como sua influência no acidente.

Nesta mesma fala, o T5 traz uma característica: o fato das situações de risco vividas conterem diferentes gradientes de gravidade, conforme a atividade desenvolvida. A situação de risco é mostrada como podendo ser mensurável, ou melhor, que ao elemento de risco pode ser atribuída maior ou menor gravidade, conforme a situação na qual está inserido.

As diferentes ações de trabalho, que emanam de diferentes necessidades, contêm elementos de risco que são distintos, podendo se dizer que, em determinadas ações, os riscos existentes podem ser mais ou menos prejudiciais ou conter maior ou menor possibilidades de conduzir ao acidente. Exemplificando: o trabalhador que coleta o lixo está exposto a elementos de risco (lâminas, agulhas), dentro da organização do trabalho, que oferecem maiores possibilidades de acidentes do que o trabalhador que distribui roupas para os diferentes setores do hospital e que não tem contato com aqueles. Isto, é claro, dentro de uma ordenação prévia e esperada das ações no trabalho.

Determinados setores do hospital concentram maior volume ou diferentes elementos de risco, cuja influência na produção da saúde do trabalhador tem diferentes resultados. Cada categoria encerra riscos mais específicos, sem descartar, entretanto, a exposição a outros elementos e situações presentes no conjunto do trabalho.

Nas palavras de Almeida Filho (1992, p.127), o elemento de risco, no discurso social comum, está "situado fora do sujeito que fala, carregado por conduta ou localizado em fontes no ambiente." Estar carregado por condutas ressalta o lado individual, que também predomina no discurso dos trabalhadores entrevistados. Todavia, sem desconsiderar o lado individual da interação do trabalhador com o elemento de risco, este é produzido nos coletivos humanos. Assim sendo, as ações de proteção ou de eliminação das situações de risco, também devem ser produzidas no coletivo do trabalho, quando se pensa em

transformação do cotidiano.

A visão do “risco” como vinculado à ação individual, concebe um certo grau de individualismo ao processo de trabalho, contra o qual se quer lutar. Sendo assim, os elementos produzidos no processo de trabalho são coletivos, devendo ser vistos nas diferenças que acompanham as peculiaridades setoriais do hospital.

Ainda parafraseando o referido autor, não se pode "pensar o risco como uma coisa que tem uma ocorrência independente das populações, que existem em si" (op. cit., p.141). Por ter uma existência concreta, não significa que existe independente do coletivo do qual faz parte, pois é neste coletivo que se materializa, se produz. Portanto, é deste coletivo que devem surgir as ações de produção da saúde do trabalhador, que serão produzidas e reproduzidas no cotidiano de trabalho, através de cada ação individual protegida.

A abrangência coletiva das situações de risco traz um horizonte inovador para o processo de trabalho. Associando a visão de trabalho coletivo, com esta visão de risco, como sendo uma situação de risco, o que lhes confere serem conjunto, tem-se o entendimento de que as ações que precedem o acidente, ou seja, que são produzidas nas e pelas situações de risco, devem ser resultado do processo educativo, enquanto instrumento do processo de trabalho, que propicia as condições para que os trabalhadores busquem a promoção de sua saúde neste cotidiano, prevenindo acidentes de trabalho.

O entendimento das situações de risco como tendo origem no e fazendo parte do processo de trabalho de saúde, é crucial para que se pense em prevenção, enquanto componente da produção da saúde do trabalhador. Para isto, urge que a compreensão da situação de risco, extrapole o momento individual da interação do trabalhador com a situação vivida. Apesar deste momento individual estar contido na situação de risco, esta não se limita a sua existência, ou seja, ela está inserida no processo de risco, o que a torna

dinâmica, coletiva.

Por existir o entendimento da necessidade da ação do trabalhador, para que a situação de risco se transforme em fato concreto, isto é, em acidente, cria-se certa dificuldade na percepção do risco, como sendo ele próprio, um **núcleo autônomo de significação** (Ayres, 1995). Isto significa dizer que a situação de risco tem concreticidade, tem seus significados e suas relações, suscitando, pela sua existência, a necessidade de prevenção e controle. Sendo assim, torna-se possível, então, a diminuição ou ausência da ocorrência do acidente ou o não estabelecimento de relações de risco entre o trabalhador e a referida situação, ou seja, o não estabelecimento da incongruência entre o processo de trabalho e o trabalhador.

A situação de risco existe também independente da ação do trabalhador. Por exemplo: o doente de AIDS, que se interna em um hospital, é uma fonte de risco durante sua permanência ali. Por si só é fonte de risco concreta. Quando o trabalhador desenvolve ações com e para ele, a nova situação focal de risco, que surge da interação do trabalhador com o doente, encerra a potencialidade máxima do risco para acidente. O doente de AIDS e a situação que o envolve com o trabalhador são momentos distintos do processo de risco.

A existência da situação de risco é determinada no trabalho, isto é, na organização do trabalho, nas relações que são aí estabelecidas, na estrutura institucional, na execução das ações. As ações individuais resultam, igualmente, de uma estrutura que favorece ou não, as relações de risco entre o trabalhador e os elementos que compõem as situações focais de risco. Estas ações, que também têm características individuais do trabalhador que as executa, têm, em si, uma representatividade da organização do trabalho da qual se originam e na qual se produzem.

O momento da interação dos trabalhadores, de suas relações com estas situações de risco, necessita ser um momento de produção de sua saúde, o que

significa dizer que estas situações cotidianas, que encerram em si potencialidades de acidentes, mas que são concretas, pois existem, necessitam, também, da produção de ações preventivas, visando a qualidade de vida dos trabalhadores, visando a congruência interna e externa dos trabalhadores. A produção destas ações reduzirá as possibilidades de que as potencialidades coletivas, que o momento concreto encerra, sejam concretas no corpo individual do trabalhador, como resultado de ações e relações que se processam no corpo social do trabalho.

Como se busca minimizar a produção das situações de risco no ambiente de trabalho, analisa-se a ação dos trabalhadores diante destas situações, visto serem estas mesmas ações que podem conduzir ou não ao acidente e à prevenção da situação de risco.

Pensar em prevenir os riscos existentes no cotidiano do trabalhador da saúde parece bastante ousado a princípio. Frequentemente, aplicam-se as medidas de prevenção, ou fala-se de prevenção, ligada a fatos que têm uma concreticidade facilmente percebida pelos trabalhadores, ou seja, para acidentes. Como as situações de risco contêm elementos do processo de trabalho que, na visão dos trabalhadores, parecem existir apenas na forma potencial²⁴, torna-se um pouco difícil pensar na sua prevenção. Porém, quando é apreendida a concreticidade de cada situação de risco, percebe-se que sua existência, por vezes, se repete²⁵, possibilitando que se busquem seus determinantes, para que se possa intervir, visto existir a possibilidade de prever as situações de risco.

Se os elementos de risco podem ser definidos por possibilidade de ocorrência de eventos de toda ordem, assume-se, então, “que os riscos são

²⁴ Existir na forma potencial é entendido, aqui, como algo que guarda em si, uma possibilidade de ocorrência.

²⁵ Isto significa dizer, a exemplo de Almeida Filho (1992), que as situações de risco têm uma recorrência em série, ou seja, no processo de trabalho em saúde, as situações de risco tendem a se reproduzir de forma semelhante em momentos distintos. Exemplo: os pacientes, de um modo geral, independente de seu diagnóstico, e as ações dos trabalhadores, esta relação direta no contexto do trabalho, que pode favorecer ou não, a efetividade da situação focal de risco e até mesmo o acidente.

verificáveis e mensuráveis, sendo, portanto, controláveis por meios adequados” (Maciel, s/d, p.9). Na organização do trabalho, muitas das situações de risco podem ser previstas. Há que se considerar, partindo do exposto, que as ações de prevenção podem ser planejadas com base no vivido cotidianamente, nas ações que, sistematicamente, desencadeiam-se no trabalho, associando-se, a elas, o processo de formação dos seres humanos no e pelo trabalho, pois este processo estimula a criatividade e gera os conhecimentos necessários ao agir seguro.

Para que ocorra o acidente, não bastam os elementos, as situações de risco, cuja existência por si só, não o produzem. A ocorrência do acidente, pressupõe, aí sim, a interação do trabalhador com estes elementos. Pressupõe as relações de trabalho. Estas relações, por sua vez, tanto podem ser produtoras do acidente, transformando a potencialidade em concretude, como podem, em contrapartida, produzir a saúde do trabalhador. Uma agulha suja de sangue, por si só, não causa acidente. Ela é, em si, um elemento de risco. Além disso, ao ser manuseada pelo trabalhador, cria-se uma situação de risco, na qual a agulha pode constituir-se em fonte de acidente. Se a ação do trabalhador estiver revestida de reflexão, como parte de um processo que possibilita a sua existência e sua operacionalização com foco na prevenção e na produção da saúde, o acidente tenderá a não ocorrer. Se, ao contrário, as ações de prevenção não existirem, ou forem processadas de forma inadequada, pode não ser diminuída sua possibilidade de ocorrência e até mesmo pode ocorrer.

No momento em que se enfatiza a necessidade da ação do trabalhador para a existência do acidente, não se quer colocar sobre ele a responsabilidade total por suas ações; até porque a pretensão é extrapolar este enfoque de responsabilidade individual. A ação individual é realmente necessária na cadeia de ocorrência do acidente. No entanto, está sendo enfocada como componente do conjunto do trabalho, visto ser o trabalhador co-participante no contexto coletivo do ambiente de trabalho.

Por ser a ação do trabalhador necessária à ocorrência de acidentes e, partindo do pressuposto que é possível conhecer os determinantes das situações de risco para intervir no seu processo, pode se falar em prevenção destas. Nesta linha de percepção, a ação do trabalhador pode ser, tanto uma mola propulsora do acidente, quanto funcionar como um bloqueador do processo de ocorrência do mesmo.

A fala abaixo demonstra a ação do trabalhador como sendo potencializadora de acidentes:

"Se é para punção, vou dizer francamente, eu detesto usar luva. Paciente com veia que tu mal enxerga, se vai tatear com a luva, tu não sente. Sem luva tu até pega veia. Se bota uma luvinha, tu perde a sensibilidade, vais tentar puncionar e ...Tem alguns casos que eu até boto, mas muito selecionado, quando tem doença de pele. Até mesmo AIDS, se tem veinha boa, veia que tem condições, não boto luva."(T1)

Esta ação potencializadora do acidente, em uma situação concreta de risco, ou seja, diante da assistência prestada ao doente de AIDS ou a outros que desconhecem seu diagnóstico, funciona como mola propulsora do acidente. Existem focos condensadores de elementos de risco. Todos sabem de sua existência. Mesmo assim, as condutas individuais, que refletem a organização coletiva do trabalho, são passíveis de conduzir ao acidente, pois não são processadas de forma correta, a qual se traduziria, neste caso, no uso das luvas. Se, diante deste acontecimento rotineiro e sabidamente de risco, como a possibilidade de transmissão do HIV por meio do sangue de doentes de AIDS, não se aplica à prevenção, quanto mais diante de situações outras não tão coletivamente conhecidas como de risco, como, por exemplo, a separação dos resíduos hospitalares nas unidades geradoras. A coleta de lixo é tida como uma situação de risco para os trabalhadores, devido à possibilidade de acidentes com

resíduos perfuro-cortantes. A separação, no entanto, não é percebida como tendo o potencial de provocar tais acidentes, não provocando ações de proteção de si e do outro.

É premente que a prevenção seja construída de forma totalmente articulada às ações dos trabalhadores no cotidiano de trabalho, sendo esta construção, embasada na formação do ser humano e pelo trabalho. Assim instrumentalizado, o ser humano produz e reproduz ações e relações coletivas de proteção.

Os elementos de risco têm origem no próprio processo de trabalho - materiais, equipamentos, instalações, etc. que dão origem aos diferentes tipos de risco - e na forma como o mesmo está organizado - ritmo de trabalho, jornada de trabalho, treinamento, etc. (Mattos e Queiroz, 1998).

Como são gerados no próprio processo de trabalho, necessário se faz que exista a participação dos trabalhadores nas ações de planejamento e controle da sua saúde, visto serem estes os envolvidos diretamente com as situações de risco. Este envolvimento lhes permite uma concepção de risco que é de extrema importância, visto ser esta, em muito, norteadora de suas ações, além de ser crucial na elaboração de qualquer política de prevenção de acidentes. Torna-se difícil prevenir, quando existe pouca apreensão das situações que, por terem existência concreta, além de oferecerem risco potencial, exigem medidas de biossegurança.

Ao fazerem referência aos riscos existentes na forma organizativa do trabalho, Mattos e Queiroz (1998) abrem o leque destes elementos para além das agulhas com sangue, do piso escorregadio, do paciente portador do HIV, que são elucidados pelos trabalhadores com maior frequência, por serem parte de seu ambiente físico do trabalho. Outras situações de risco presentes nesta organização, tendem a passar despercebidas, pois se traduzem em manifestações igualmente concretas, como a existência dos elementos antes citados, porém,

não tão perceptíveis pelos trabalhadores. Exemplificando a reflexão: a rotinização das ações, principalmente na área da enfermagem, acaba conduzido a acidentes, pela dificuldade de dispor de tempo, em seu trabalho, para o processo de reflexão-ação. A rotinização constitui uma lógica de ordenação de ações executadas. Esta lógica é tão concreta quanto a agulha com sangue, pois a agulha é representante daquela. No entanto, esta rotinização igualmente concreta, não é apreendida pelos trabalhadores como tal, visto sua concretude estar mais na organização do trabalho, cuja lógica não se costuma pensar, do que nos elementos que, cotidianamente, são manuseados pelo trabalhador.

Sendo a situação de risco um processo, obviamente não é um momento estático no trabalho. O elemento de risco até pode ser, mas como em constantes relações que o aproximam ou distanciam do trabalhador, faz parte de um processo que mantém um movimento em torno de si. O acidente é um momento do processo de risco que, mesmo na sua ocorrência, não descarta a existência de outra situação de risco, pois o próprio acidente transforma-se em nova fonte de risco.

Apesar de o trabalhador ter a sua individualidade, quando inserido neste processo de risco, suas ações têm uma representatividade coletiva que o faz agir desta ou daquela forma. Nesta perspectiva, uma vivência concreta é elucidativa para exemplificar: em uma dada unidade de internação, com lotação completa de pacientes, faltam seringas para administrar medicamentos. Em uma primeira situação, os trabalhadores correm para todos os setores, telefonam para outros hospitais, tentando amenizar uma situação caótica. Em outro momento, os trabalhadores, que gerenciam as unidades, reúnem-se, elaboram um documento e entregam à direção, solicitando medidas urgentes, entre elas a suspensão das internações. Na primeira situação, os trabalhadores cansados, estressados e sem resolver o problema, expõem-se a situações de risco presentes no cotidiano de trabalho, exposição esta desencadeada pelo próprio estresse da busca por

soluções que extrapolam seu poder institucional. No outro momento, houve uma parada, um afastamento do local, onde o problema é por demais sentido e, refletindo em conjunto, encaminham o problema para os órgãos gerenciadores do serviço, os quais têm poder para resolver o problema. Formas de organização diferentes, que suscitam ações diferenciadas, embasadas no processo de reflexão-ação. Este propiciou que as relações de risco, advindas do trabalhador extremamente preocupado, fossem substituídas por relações de poder, de responsabilidades. A preocupação não deixa de existir, porém diluída no processo de trabalho.

Como a situação de risco precede o acidente, isto é, como contém este potencial, é neste momento do processo de trabalho que as ações de promoção da saúde do trabalhador são mais propícias e necessárias, visto se processarem de forma a não produzir o acidente.

A coleta dos resíduos hospitalares é composta de ações repetitivas e rotineiras, que podem expor o trabalhador a situações de risco, quando não observadas as devidas medidas de biossegurança. Esta coleta é processada sempre da mesma maneira, percorrendo um caminho previamente determinado. No mesmo horário, diariamente, usando os mesmos equipamentos de proteção individual (EPI), o trabalhador responsável por esta função, faz a coleta. Existem algumas normas, tais como não sobrecarregar o carro de coleta, segurar o saco do lixo pela extremidade por onde é fechado, que precisam ser respeitadas para a garantia de sua proteção pessoal. O fato de o trabalhador não respeitar estas medidas como, por exemplo, apertar os sacos de lixo para dentro do carro, objetivando colocar maior volume, mostra que não percebe a situação de risco, na qual está inserido, ou percebe e não assume a possibilidade de acidentes, envolvendo objetos pérfuro-cortantes, que esta situação encerra. Se, na execução de suas ações, houvesse uma reflexão que o aproximasse das mesmas, ao invés de afastá-lo, as situações de risco estariam sendo percebidas e

prevenidas.

Contextualizando esta experiência individual no processo de trabalho, buscando-se a origem destas relações de risco, surgem pontos a serem analisados. O fato de colocar maior volume de lixo no carro de coleta pode decorrer de duas situações distintas: do acúmulo de funções a serem exercidas e, portanto, de tempo para executá-las. Neste sentido, não sobrecarregar o carro significa percorrer mais de uma vez o trajeto até o depósito, o que demanda tempo útil para outras ações. Pode decorrer também da necessidade de um tempo para descanso. Quanto mais rápido desenvolver suas ações, mais tempo tem para descansar. Ambos os fatores têm sua origem na organização do trabalho: reduzido número de trabalhadores, acúmulo de ações. A ação individual de sobrecarregar o carro está imbricada com as relações de trabalho, com a organização do mesmo. Apesar disto, na ocorrência de um acidente com este trabalhador, ele será o único responsabilizado, uma vez que a ação de sobrecarregar o carro foi sua. Porém, quando se busca ver além da ação individual, nota-se que esta é resultado da organização do trabalho, na qual ela se produz e da qual faz parte o trabalhador. Portanto, a responsabilidade não é só do trabalhador individual; é igualmente desta organização que passa despercebida ao trabalhador.

Outro ponto a ser analisado no exemplo citado, é o fato de o carro de coleta percorrer um caminho por onde transitam vários trabalhadores, sem que ninguém reclame desta sobrecarga, o que pode ser facilmente verificado pela tampa que fica aberta. Parece que os trabalhadores vêem sem ver, ou vêem sem envolvimento, pois a situação de risco está limitada ao trabalhador que faz a coleta, sendo ele quem deve preocupar-se com isto. Nos momentos em que partilham desta situação, tecem comentários, que se restringem a este nível, sem provocar ações transformadoras. Este exemplo mostra o envolvimento de cada trabalhador com o seu fazer, sem o entendimento de que as ações de outros

podem conter potencial de risco para o processo de trabalho e para si mesmo.

Durante um período, o carro de coleta apresentou problema na engrenagem de uma roda, o que produzia um ruído característico. O trabalhador, que então fazia a coleta, ao ser abordado sobre a necessidade de reparo, relatou que assim era melhor, pois o "barulho" afastava os demais trabalhadores de seu percurso: "Lá vem o lixo!". Todos são "avisados" que o lixo está vindo, então, todos se afastam. Afastar os demais trabalhadores pode deixar implícito o desejo de trabalhar sem supervisão de ninguém. Se a forma de organização do trabalho não inclui o controle sobre suas ações, não serão os colegas a fazê-lo.

Estes exemplos²⁶ denotam que as ações individuais são resultado da organização do trabalho, de uma lógica organizacional, que nem sempre prima pelo cumprimento de certas normas de prevenção, de certos princípios que norteiam a prevenção da situação de risco e de acidente de trabalho. Ademais, esta lógica pode assim se processar, por não haver a apreensão coletiva das situações de risco, predispondo a ações desprovidas da proteção de si e do outro. O "risco" fica existindo desvinculado do fazer, em certas etapas da organização do trabalho.

Falar em prevenção de risco significa, inevitavelmente, pensar o processo educativo, o processo de formação do sujeito trabalhador como um componente do processo de trabalho. Sem a reflexão-ação, qualquer política de prevenção proposta, permanecerá no campo do conhecimento não aplicado, não incorporado à ação. Esta discussão será mais detalhada no capítulo referente ao processo de formação do ser humano no e pelo trabalho. Ressalte-se, no entanto, que o processo de formação do sujeito no e pelo trabalho oferece subsídios para que novas concepções sejam elaboradas e para que a influência e domínio da

²⁶ A "repetição" dos exemplos utilizados durante as análises, é justificada por estar o trabalhador, extremamente vinculado ao seu fazer, não conseguindo usar outros exemplos, que não do seu cotidiano de trabalho, para ilustrar seus significados e suas concepções.

ação individual na situação de risco seja ampliada, tornando possível o predomínio do processo de trabalho coletivo em cada vivência individual do trabalhador.

O limite entre o risco e o acidente é extremamente tênue e as fronteiras de cada um, os pontos onde a potencialidade se torna concreta no acidente, são virtuais, sendo difícil para o trabalhador estabelecer, no cotidiano que o envolve, onde pode transitar com segurança.

Para Maciel (s/d), os limites só se mostram quando ultrapassados ou quando próximo de sê-los, ou seja, "as fronteiras são constituídas quando se percebe a possibilidade de sua transgressão". Refletindo esta colocação e aplicando-a ao processo de trabalho da instituição estudada, nota-se que as fronteiras entre as situações de risco e os acidentes são obscuras, pelo fato de os trabalhadores limitarem a existência concreta ao acidente, deixando a situação de risco na esfera da potencialidade, para a qual a necessidade de prevenção mostra-se pequena. Por esta razão, acabam sendo negligentes nas medidas de biossegurança, o que os expõem ainda mais a acidentes.

Para que os limites sejam considerados e para que as ações que se operam sejam seguras, os trabalhadores têm que aplicar os conhecimentos oriundos, tanto da sua experiência prática, quanto da educação formal, no seu cotidiano de trabalho. Este é um dos caminhos que permitirá a prevenção dos riscos no ambiente de trabalho: aplicar os conhecimentos na prática, ou seja, prevenir riscos por uma práxis embasada no processo de formação do trabalhador.

Esta práxis torna-se possível, partindo da produção de momentos de discussão, reflexão com os trabalhadores, visando formar uma equipe, em cuja produção é indispensável a prevenção dos riscos. É necessário que os trabalhadores, imbuídos do sentido de equipe, queiram buscar a prevenção como uma luta de todos, que os conduzirá, ao proporcionar maneiras de conviver com

as situações de risco, sem que haja tantos acidentes, à qualidade de vida e de saúde da classe trabalhadora. Esta busca pressupõe que os trabalhadores estejam organizados, participativos, engajados e comprometidos com o processo de trabalho do qual fazem parte e ajudam a compor.

Buscar uma organização de trabalho que contemple a prevenção das situações de riscos e, conseqüentemente, de acidentes, supõem, inevitavelmente, que se reflita sobre a temporalidade do risco.

Nas reflexões de Maciel (s/d), o tempo de um elemento de risco não é passado, presente ou futuro, mas a atualidade. Estes tempos, passado, presente e futuro, articulam-se na atualidade do risco. Passado, porque todos têm uma determinada história que confere maneiras de perceber e agir, maneiras estas que podem ser modificadas, quando aplicadas em um coletivo que explora as vivências individuais no sentido de questioná-las, instrumentalizá-las, visando à adequação às necessidades que se apresentam no cotidiano. Futuro, ao se vislumbrar, na contabilidade do risco, uma forma de viver ativamente o tempo presente com segurança.

Partindo desta visão do risco como tendo, na atualidade em que se processa, seu tempo de existência, pode-se apreender o processo de prevenção do mesmo. Explicando melhor, o passado do risco seria sua própria ocorrência em momentos anteriores, podendo ser reproduzido no presente do cotidiano de outros trabalhadores. Se assim ocorre, o momento anterior serve como estímulo desencadeador de ações preventivas para a não recorrência das situações de risco. A própria história do trabalhador acidentado, que no seu cotidiano convive com estes elementos, os mais diversos possíveis, pode estar incluído no passado do risco, quando da análise de sua temporalidade, visto já ter experimentado, ao escrever a sua história, ou compartilhar a história dos outros, momentos semelhantes, podendo reservar, para o futuro, ações que se traduzam em segurança e qualidade de vida.

Para que se tenha esta perspectiva do risco, é fundamental "que se possa prever e, portanto, controlar a possibilidade de ocorrência do inesperado"(Maciel p.9), o que é possível pela recorrência em série dos elementos de risco. A primeira ocorrência de algo inesperado pode permitir a articulação do fazer cotidiano a ela, objetivando programar e controlar exposições futuras.

Em se tratando desta recorrência, cabe salientar que a situação de risco não está atrelado a uma só causa, ou seja, não é unicausal. Devido à multicausalidade que a desencadeia, imprescindível se faz pensá-la como componente do processo de trabalho, cujas relações dinâmicas, que o compõem, admitem acontecimentos nem sempre previsíveis. A interação entre o trabalhador, suas ações e a não possibilidade de prever todos os acontecimentos cria uma zona de risco onde a probabilidade de ocorrência de acidentes pode sofrer aumento. Por este fato é que todos os trabalhadores de todos os níveis hierárquicos, dos quais se compõem a organização do trabalho, devem estar empenhados em traçar, juntos, as ações que melhor traduzam a prevenção.

As diferentes concepções, as diferentes formas de entender e conviver com as situações de risco, é que possibilitarão que mais aspectos sejam abordados ao se pensar em produção de saúde do trabalhador. Cada visão, cada enfoque que os trabalhadores têm, funcionam como peças de um quebra-cabeça que, quando montado, mostrará um maior número possível de ações para prevenir as situações de risco.

Como o ponto culminante negativo da situação de risco é o acidente de trabalho, analisar-se-á, no próximo núcleo temático, este tão temido, porém tão desprotegido momento do processo de trabalho.

2. O PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE ATRAVÉS DA VIVÊNCIA DOS TRABALHADORES COM ACIDENTES DE TRABALHO

Os acidentes de trabalho estão extremamente relacionados com o modo de produção vigente, o qual, de acordo com o momento histórico e socialmente vivido, determina as diretrizes que regem as políticas institucionais do trabalho. Sendo as relações sociais determinantes e igualmente determinadas pelo modo de produção, pode-se dizer que os acidentes de trabalho são resultados mediatos destas relações (Costa, 1981; Berlinguer, 1983; Laurell e Noriega, 1989; Pires, 1992).

O processo de trabalho tem uma organização própria, constituída das relações que são produzidas e reproduzidas neste processo e que estão constantemente sendo influenciadas por aquelas.

A organização, que compreende um conjunto coordenado de ações coordenadas entre si e com o conjunto do trabalho (Cezar Vaz, 1996), produz situações de risco, nas quais o trabalhador produz ações de prevenção ou ações desprotegidas. Como resultado destas ações e das relações de trabalho, tem-se a produção da saúde do trabalhador ou a produção do acidente de trabalho. Percebe-se, assim, o acidente, como resultado imediato das ações em relações de trabalho.

A análise feita dos depoimentos dos trabalhadores entrevistados, bem como a minha vivência profissional na instituição estudada, permitem concluir, tendencialmente, que os acidentes são apreendidos, predominantemente, como

resultado de ações/atos individuais inseguros ou de condições inseguras do trabalho²⁷. Por serem assim apreendidos, como vinculados às ações imediatas e individuais que se mostram na conduta inadequada do trabalhador na situação de risco, ou originam-se das condições inadequadas ou insuficientes para o desempenho daquelas, assim são manifestados. A organização de que se compõe o processo de trabalho e que lhe concede um movimento articulado através das relações de trabalho não se mostra ou não é compreendida como tal, recaindo a “culpa” pelo acidente somente sobre o trabalhador e não sobre a organização que o produziu.

Para Laurell e Noriega (1989, p. 264), “o conceito de ato inseguro projeta a causa do acidente como sendo a indisciplina do trabalhador frente às normas e regras estabelecidas. Ele é, então, o culpado de sua própria desgraça. Entretanto, cumpre assinalar, que a execução real do trabalho quase nunca segue ao pé da letra as normas e instruções, sob pena de ficar paralisada”.

Uma das metas de todo o processo organizativo do trabalho deve ser a promoção da saúde do trabalhador, necessitando, para isso, que se busque junto a esses atores, por estarem inseridos diretamente em meio aos elementos de risco e por sofrerem o desgaste imposto pelos mesmos, as melhores formas de produzir a sua saúde.

Segundo Berlinguer (1983, p. 7), para avaliar as condições de segurança do trabalho, a primeira providência a ser adotada é “conversar com os trabalhadores dos diversos setores para conhecer as condições de trabalho que eles sentem, percebem ou relatam como lhes sendo prejudiciais à saúde”.

O processo de trabalho da instituição estudada, no entendimento dos

²⁷ Para Costa (1981, p. 109), “os esforços de explicar os acidentes em tempos de falhas humanas dividindo-os em atos inseguros e condições inseguras revelam, em parte, a tentativa de estudar os acidentes de forma individual e fragmentada.” Esta forma fragmentada e individual de apreender os acidentes de trabalho, é predominante nos depoimentos dos trabalhadores entrevistados neste estudo, os quais representam e apresentam, através de seus discursos, uma determinada organização de trabalho.

trabalhadores, é igualmente dado a conhecer, extrapolando-se, em determinados momentos, para além da percepção dominante do acidente como resultado de ações ou condições inseguras, ousando compreender as relações de trabalho que estão permeando, ou melhor, que são a essência deste processo.

A abordagem dos acidentes de trabalho, centrada no estabelecimento do nexo entre eles e a associação de motivos condicionantes (presentes no processo de trabalho) que os antecederam, a qual abarca o entendimento dos trabalhadores a respeito de acidentes, é uma abordagem limitada, visto ter seu foco principal nas ações concretas, momentâneas e individuais, que levaram o trabalhador a se acidentar, não buscando a compreensão das relações de trabalho que as desencadeiam e que delas emergem. Estas relações, apesar de não serem facilmente identificadas, nem mesmo pelos trabalhadores que experimentaram um acidente de trabalho envolvendo sangue e/ou fluidos corporais, permeiam as ações individuais dos trabalhadores nas situações de risco, que podem conduzir ao acidente, fazendo com que, na vivência singular, exista toda uma dimensão coletiva, que antecede tal vivência.

Apesar de limitada, é uma abordagem necessária, quando se quer conhecer os significados que a vivência de um acidente de trabalho tem para o trabalhador, no processo de construção de situação de risco, até mesmo para que se possa identificar a existência ou não, da percepção destas relações de trabalho.

A formação do trabalhador é predominantemente voltada para a execução de ações pré-estabelecidas, sem sua participação na íntegra do processo de trabalho. Esta formação tende a se reproduzir no seu cotidiano, mesmo quando o discurso é voltado à participação, fazendo com que permaneçam absorvidos no seu fazer individual, na execução de suas ações, como se a ação individual não pertencesse ao conjunto lógico de ações coordenadas.

Esta predominância dificulta, num primeiro momento, o estabelecimento daquelas relações que se processam em torno do fazer individual. No entanto, nota-se que, quando é proposto ao trabalhador uma reflexão sobre a experiência com acidente, envolvendo sangue e/ou fluidos corporais, enquanto vivência de um momento do passado, as relações de trabalho que se processam neste espaço/ambiente esboçam-se em certos relatos, demonstrando que o trabalhador, ao afastar-se, momentaneamente, das situações cotidianas, tenta estabelecer certas relações que emanam de pontos percebidos como isolados e que facilmente são identificados como responsáveis pela ocorrência dos acidentes.

É um processo de construção e des-construção constante quanto à percepção das relações de trabalho que permeiam cada ação individual.

Partindo, a princípio, dos significados que esta experiência individual teve para o trabalhador, com acidente de trabalho envolvendo sangue e/ou fluidos corporais, pretende-se contextualizá-la, coletivizá-la no processo de trabalho onde ocorreu, visando provocar um processo de reflexão-ação que desacomode os trabalhadores, conduzindo-os a rever, re-fazer, re-estruturar sua compreensão a respeito de situação de risco e acidente de trabalho. Estas reflexões serão a base, juntamente com as processadas neste estudo, das transformações que se fazem necessárias na organização do trabalho, para que se possa estabelecer um processo de produção da saúde do trabalhador.

Concepções acerca de acidentes

Buscar a concepção²⁸ que os trabalhadores têm sobre acidente de trabalho possibilita compreender a dinâmica, o movimento do processo de trabalho sob a sua ótica, condição imprescindível no estabelecimento de qualquer política de prevenção das situações de risco e acidentes, pois são eles que podem revelar o cotidiano de trabalho, por ter a vivência prática.

Os trabalhadores podem não ter um conhecimento organizado, “o dito conhecimento científico, mas têm plena consciência das condições de trabalho a que estão submetidos, pois são parte da força produtiva e são eles que vivem a realidade de trabalho do dia-a-dia” (Gelbcke, 1991, p. 110).

Para Berlinguer (1983), a opinião dos trabalhadores já não se constitui mais em uma avaliação opinável a ser inserida na história, “mas um dado científico com o qual devem ser confrontados os outros dados detectáveis com diversas metodologias” (p.25). Simples ou complexas, comprovadas ou não cientificamente, arraigadas ou não a significados já existentes, as concepções que emergem dos trabalhadores são a história vivenciada, praticada e revelada.

Quando os seres humanos, que estão absorvidos pelo seu trabalho, são solicitados a estabelecerem concepções, tendem a permanecer vinculados a concepções institucionalizadas, prontas, não relacionando-as com o contexto prático do qual fazem parte. Sabe-se que as vivências e experiências individuais e coletivas dos trabalhadores são capazes de modificar concepções formuladas

²⁸ A concepção dos trabalhadores acerca de acidentes de trabalho faz parte de um sistema conceitual com referência prática, ou seja, é produzido e reproduzido numa estrutura prática determinante, que é o ambiente de trabalho imediato, tratando-se do processo de trabalho em si; e mediato, tratando-se do trabalho genérico.

em momentos diferentes, histórica e socialmente. À medida que estas concepções vão sendo aplicadas nas ações dos trabalhadores, em contextos distintos, podem surgir reflexões a respeito delas, que permitam modificá-las com base na prática. Como esta capacidade depende, em muito, do processo de reflexão-ação, que nem sempre tem espaço no cotidiano de trabalho, a tendência é ocorrer a reprodução daquelas concepções, que estão “incorporadas em instituições sociais” (Gelbekce, 1991,p.194). E assim acontece com os trabalhadores entrevistados, que fizeram parte deste estudo.

Quando proposta a discussão sobre os significados de acidentes, o fizeram através dos elementos concretos²⁹ vinculados à ação individual, como agulhas, piso escorregadio... presentes no ambiente físico do seu dia-a-dia, com dificuldades de extrapolá-los para estabelecer as relações de trabalho que os fazem existir e que deles procedem.

Acidente de trabalho é, então, entendido pelos trabalhadores entrevistados, por exemplo, como:

“Acho que é qualquer acidente que ocorre dentro do ambiente de trabalho, qualquer tipo, não precisa ser com agulha. Qualquer tipo, até mesmo escorregar no corredor... Isso tudo é acidente de trabalho, para mim” (T1)

“Vamos ver, acidente de trabalho... Eu acho que é qualquer coisa que aconteça contigo no teu ambiente de trabalho, mas qualquer coisa física, qualquer coisa física realmente assim, mas no sentido de instrumental, de machucar, de lesão física; de qualquer coisa que aconteça enquanto tu estás trabalhando.” (T2)

²⁹ Estes “concretos” serão abordados neste estudo, como fatos pontuais do processo de trabalho, por terem sido mencionados como pontos que parecem existir de forma isolada do contexto do trabalho institucionalizado.

“É alguma coisa que fere o meu corpo. Que me prejudica, dentro do meu local de trabalho, ou vindo para ele ou saindo dele. Tudo que envolve o momento que eu estou indo trabalhar. “Qualquer tipo de acidente, não só como aconteceu comigo, com objeto perfurante, com agulha, mas todo tipo: cair nas escadas, até uma mãe bater num funcionário, todo este tipo é acidente de trabalho.”(T3)

“O que eu acho que é acidente de trabalho! Eu estou muito bem, manuseando com agulha, com seringa, de repente me finco. Isso é que é um acidente de trabalho, para mim. Ou, de repente, caio no meu trabalho. Como naquela vez que me machuquei, aliás, cortei e levei pontos no dedo, numa pia que estava quebrada. Foi uma urgência. E a pia estava quebrada há uns dois ou três dias, na sala de urgência. O paciente estava grave, e eu fui puxar o carrinho da parada e eu fui com a mão todinha na pia e aí, claro, pia quebrada, me atorei o dedo. Eu levei pontos. Para mim, um acidente de trabalho. O outro foi aquele que nós agarramos o paciente, e nos ensanguentamos toda. Ele poderia ser HIV ou não, e depois, graças a Deus, não”. (T4)

Nestas concepções, o acidente de trabalho está vinculado aos elementos concretos, antes apresentados, e ao corpo individual do trabalhador, validando a dificuldade de que sejam evidenciadas as relações de trabalho, num primeiro momento.

Mantém proximidade com a concepção jurídica, que predomina nos discursos institucionais, expressa na própria linguagem legal, apresentada na Lei n.º 8.213, de 24 de julho de 1991, publicada no Diário Oficial, de 14 de agosto de 1998, que, no artigo 19, diz ser acidente de trabalho “o que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa ou pelo exercício do trabalho dos segurados, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte ou a perda ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho”.

Porém, “a questão do acidente de trabalho não se esgota em termos jurídicos, sendo estes, inclusive, restritivos para a sua devida análise e

compreensão” (Costa, 1981, p.17-18).

Analisando a concepção jurídica e os parágrafos que a compõem, divisam-se certos propósitos em sua promulgação: um mais voltado a ser uma resposta às reivindicações trabalhistas, que se mostraram através de greves e manifestações sindicais em relação a acidentes de trabalho, na tentativa de normatizar considerações, a serem observadas por empregados e empregadores dentro da ideologia do sistema capitalista³⁰; outro, voltado a elucidar os benefícios que os trabalhadores (nem todos) têm direito após os acidentes. A cada acidente corresponde um determinado benefício, como auxílio financeiro ao trabalhador, que se afastará de suas atividades. Nota-se um predomínio de ações voltadas a amenizar as conseqüências dos acidentes, sem qualquer alusão à prevenção dos mesmos, como forma de assegurar, não apenas benefícios posteriores, mas também condições que, *a priori*, os evite.

A lei não faz referência às relações de trabalho, que antecedem e que se interpõem ao momento da ocorrência do acidente, limitando a análise que advém dela, às conseqüências imediatas e individuais. Esta forma de expressão da lei dificulta o entendimento do acidente, como emergindo do conjunto, que é o processo de trabalho, e não unicamente da ação individual do trabalhador.

Sabe-se que o momento da concretude do acidente e suas conseqüências também merecem atenção, mas a ênfase deve ser colocada no momento que antecede o acidente, ou seja, na situação de risco que pode tê-lo como desfecho final. Compreender o momento anterior ao acidente, com o conjunto de elementos de risco que o compõem, é imprescindível para que as relações,

³⁰ Não tendo a intenção, no presente estudo, de uma análise macroestrutural, sugiro a leitura de Costa (1981), Berlinguer (1983), Minayo (1986), que, em diferentes ambientes sociais, apresentam uma análise de relação saúde-trabalho e sistema capitalista. Em sua obra, intitulada *A Saúde nas Fábricas*, Berlinguer (1983) aborda, em sua parte introdutória, o trajeto percorrido pelas lutas operárias italianas, desde o período após 1967-68. Constata e analisa os ganhos trabalhistas e enfatiza que estes estão na dependência, não só da organização e luta dos trabalhadores em seus locais de trabalho, como também do envolvimento político da sociedade como um todo. Sua leitura enriquece o entendimento das formas de opressão operária na transformação das condições de trabalho.

estruturadas em torno da interação dos trabalhadores com estes elementos, relações que poderiam ser chamadas de relações de risco, se processem de forma a evitá-lo. Mas para que isto seja possível, tais relações precisam ser evidenciadas e consideradas no processo de trabalho, pois dependendo da forma como são estabelecidas, conduzem a produção da saúde ou do acidente.

Extrapolando a lei e as concepções que se fundamentam na imediatividade do acidente, predominantes na fala dos trabalhadores, Pires (1992) discorre sobre este tema, envolvendo-o nas relações de trabalho. A autora refere que os acidentes são “resultado das relações sociais desenvolvidas durante o processo de trabalho ou, ainda, como determinação das características do próprio processo de trabalho, considerando-o como um aspecto da organização social, que está relacionado com as determinações histórico-estruturais da sociedade em cada um desses momentos” (op.cit, p.1).

As possibilidades de ocorrência de acidentes produzem-se no processo de trabalho, como resultado das relações interpessoais e profissionais que são processadas neste espaço.

A ação individual, que leva um trabalhador a experienciar um acidente, reflete uma organização de trabalho que, por sua vez, reflete uma organização social, relação esta já refletida. Portanto, o processo de trabalho de uma determinada instituição tem uma organização própria, que é, em muito, ditada pelas necessidades que emergem da sociedade em determinado momento da construção da história. Nesta organização, estão inseridos os trabalhadores, que a reproduzem no seu agir individual. Dependendo de como se percebem na organização, ou seja, dependendo da forma como apreendem o trabalho: como um momento de cumprir as funções pré-determinadas, em troca do salário, que supre suas necessidades de subsistência, ou como um momento, onde busca, além da satisfação destas necessidades, produzir e reproduzir sua existência. Assim são produzidas as relações nesta organização. Estas relações de trabalho

fazem parte da existência humana, “são a essência do homem” (Berlinguer 1983, p.54)³¹, estão presentes nos elementos concretos do processo de trabalho, nas situações de risco, nas percepções próprias de cada trabalhador acerca dos diferentes momentos do processo de risco.

As situações de risco contêm um potencial para a ocorrência do acidente de trabalho. Quando este potencial se concretiza, as repercussões ocorrem, tanto no corpo do trabalhador (individual), como no corpo social do trabalho (coletivo).

Os relatos deixam claro a predominância da interação do acidente com o corpo individual, com o corpo físico do trabalhador. Fazem alusões fragmentadas quanto às repercussões no corpo social do trabalho, que compreende as relações de trabalho. O fato de ser no corpo individual que se concretiza o acidente, incita tal predominância. No entanto, ao se olhar o processo de trabalho como um conjunto, no qual todos os componentes estão interligados pelas relações de trabalho, sejam estas verticais, no sentido da hierarquia ou das posições ocupadas no trabalho, sejam horizontais, dentro dos setores ou intersetoriais, percebe-se que o fato de o corpo individual sofrer danos, repercute no contexto geral do trabalho, como é verdadeiro, também, o sentido inverso. Esta repercussão coletiva pode ter conotação positiva ou negativa. Como repercussão coletiva com conotação positiva, pode-se citar o estímulo ao uso dos equipamentos de proteção individual (EPI), que o acidente suscita, mesmo que momentaneamente, nos outros trabalhadores. Uma repercussão negativa, diz respeito ao fato do acidente envolvendo sangue e/ou fluidos corporais, trazer consigo a possibilidade de afastamento do trabalhador,

³¹ Berlinguer (1983), ao abordar o papel do médico na saúde do trabalhador, relata que este profissional não pode esquecer a parte essencial da vida do homem, que se desenvolve no trabalho, na vida produtiva. É inadmissível “que ignore aquilo que Marx definia como a essência do homem, isto é, o conjunto das relações de trabalho e sociais”(p.54). São estas relações, que fazem do ser humano, um ser social. Assim sendo, devem ser consideradas quando da análise dos acidentes, visto estar o ser humano estabelecendo constantemente relações em seu cotidiano de trabalho, sendo suas ações individuais produtoras das ou produzidas por estas relações de trabalho.

pelo comprometimento de seu lado emocional. Esse afastamento provoca sobrecarga para os colegas, expondo-os a novos acidentes. A dificuldade em apreender a dimensão ou repercussão coletiva do acidente no corpo social advém, em parte, da divisão social do trabalho institucionalizado.

Sabe-se da existência desta divisão, que se faz necessária pela multidisciplinaridade, pela diversidade de funções, pela posição que cada um ocupa dentro de tal processo. Entretanto, esta divisão dificulta a percepção do trabalho como coletivo, ou seja, propicia que cada um permaneça no desempenho de suas funções, como se não existisse a necessidade do envolvimento de uns para com os outros, em prol da construção da qualidade do trabalho e da qualidade de vida dos próprios trabalhadores. Na organização hegemônica do trabalho em saúde, as especificidades de cada profissão funcionam como limites para a ação conjunta.

É como se a visão do conjunto, muitas vezes, estivesse vinculada à categoria profissional; ou seja, existe o trabalho coletivo da enfermagem, da medicina, mas não compreendido como tal. Segundo Pires (1998, p.162), “os trabalhos profissionais em saúde, apesar de suas especificidades de conhecimento e de prática, são parte do conjunto que resulta na assistência a seres humanos, que são totalidades complexas. Como as instituições assistenciais não refletem sobre o processo de trabalho que as especifica – o ‘assistir em saúde’; não trabalham com planejamento e não têm uma prática de participação dos trabalhadores no pensar e organizar o trabalho, perdem a riqueza da percepção dos diversos grupos profissionais bem como não fazem a integração interdisciplinar, que possibilitaria uma salto qualitativo no patamar de conhecimento e na prática assistencial em saúde.”

Para que exista o entendimento deste conjunto institucional, ou seja, do trabalho coletivo, integrado, é premente que se pense, se reformule a concepção que se tem de equipe, e que se aproxima muito da reflexão feita por Pires

(1992, p. 15) sobre seu significado dominante: “(...) o conceito de equipe é uma mera formalidade, o que realmente acontece é o parcelamento das tarefas a serem executadas conforme a especialização profissional, uma compartimentalização de atividades e muito pouca ou nenhuma troca de impressões e avaliações que possibilite um resultado assistencial mais efetivo”.

Trabalhar em equipe é mais do que trabalhar junto, é trabalhar em conjunto, em interação, independente de categoria, de saberes, de concepções. O trabalho em equipe se comporá, à medida que a prática interdisciplinar³² seja capaz de transcender e atravessar o conhecimento fragmentado (Minayo, 1991), pois hoje o que se visualiza são profissionais atuando desarticuladamente.

Como o próprio trabalho em saúde, esta problemática tem origem histórica e repercute, neste momento vivido, na concepção de trabalho como coletivo e, conseqüentemente, na concepção de acidente de trabalho como tendo uma dimensão coletiva e uma origem na organização coletiva.

A organização do trabalho, que se caracteriza por esta fragmentação, pela divisão social, promove, ainda, uma tendência ao individualismo, ao “cada um por si”, onde as ações individuais parecem não se articularem com o conjunto do qual fazem parte. Até mesmo neste momento individual de desempenho do trabalhador existe a representatividade do conjunto de ações, que compõem o trabalho.

O individualismo pode ser resultado da não participação do trabalhador nas etapas de planejamento do trabalho, o que advém da fragmentação do mesmo, fazendo com que exista uma certa passividade³³ dos trabalhadores, no

³² Interdisciplinaridade é abordada, neste estudo, com o mesmo significado apresentado por Fazenda (1993, p. 13), quando diz que sua existência implica em “uma atitude de reciprocidade que impele à troca, ao diálogo com pares idênticos, com pares anônimos ou consigo mesmo; atitude de humildade diante da limitação do próprio saber; atitude de perplexidade ante a possibilidade de redimensionar o velho; atitude de envolvimento e comprometimento com os projetos e as pessoas nele implicadas; atitude, pois, de compromisso de construir sempre da melhor forma possível.”

³³ Esta passividade é compreendida como o não envolvimento com o planejamento, a organização do trabalho, ou seja, cada trabalhador tende a desenvolver suas ações como tendo um fim em si mesmas, não buscando ou não lhe sendo permitido ir além.

que tange ao significado da prática como trabalho coletivo, conduzindo- os ao desempenho de um trabalho cada vez mais fragmentado e individualizado, fechando um círculo vicioso que precisa ser bloqueado.

Depoimentos ilustram como o entendimento do trabalho individual persiste e como as responsabilidades para com os outros trabalhadores são transferidas facilmente para os órgãos gerenciadores, como se o envolvimento do trabalhador fosse limitado ao paciente/cliente, sem necessidade de envolvimento com seus pares ou consigo mesmo. Destaca-se a fala de um trabalhador, no momento em que foi questionado sobre a existência ou não do conhecimento sobre as ações a serem tomadas após os acidentes:

“Não, a gente não foi orientada, nenhum de nós foi orientado. A gente sabe porque um passa para o outro. No dia que aconteceu comigo, tinha uma rotina, agora até mudou a rotina. Toda hora está mudando o protocolo deles. Antes, o jeito de colher o exame era de um jeito, agora mudou. Tem muita gente que se acidentou e não fez o que eu fiz. Tem gente hoje fazendo diferente, está bem mudado o sistema. Mas não informam para a gente. A gente sabe porque... de corredor, assim (...). Não, com certeza todos não sabem. Eu sei que a gente sabe de dia, porque é mais fácil. Agora, as enfermeiras da noite, acho que não sabem.” (T1)

Este relato salienta a desinformação sobre condutas após acidentes, inclusive das modificações que vêm ocorrendo ao longo do tempo, bem como do pouco ou nenhum repasse de informações, o que não oferece a segurança necessária no momento do acidente.

Em resposta a questionamento similar, outro trabalhador entrevistado relata:

“Eu não posso dizer por todos, mas eu acredito que o que realmente é que tem que fazer, não.” (T4)

Mesmo sabendo que outros trabalhadores não tinham conhecimento sobre as condutas a serem adotadas após o acidente, estes trabalhadores não coletivizaram suas experiências, nem mesmo na divulgação ou na busca pela divulgação de tais condutas. Salienta-se, por ser um ponto relevante, que estes trabalhadores também desconheciam as condutas a serem adotadas após o acidente, fato que, segundo eles, lhes causou ansiedade, preocupação e até medo. Apesar disto, não foram multiplicadores das orientações que receberam.

Outro trabalhador ressalta, que os conhecimentos que, a princípio, deveriam existir, por ser esta instituição hospitalar um local que encerra uma série de elementos de risco, não se manifestam através das relações de trabalho, o que lhe causou um certo espanto:

“Me espanta muito no ambiente que a gente trabalha. Se eu fosse uma operária que me cravei uma faca, sei lá, que um outro colega usou, eu acho que até poderia dizer: Não, aqui não tem risco de contaminação, mesmo sabendo que está enferrujada. Mas a gente está num ambiente hospitalar, onde as pessoas estudaram, tiveram curso, são preparadas para isso. (...) Eu não me considero extremamente esclarecida, mas neste sentido eu acho que procurei. Procurei no início saber o que era, procurei a colega que eu morava: Olha, como é que está! Aquela coisa toda. Então quer dizer: eu acho que as pessoas estão aqui, eu acho que elas têm obrigação de passar uma informação correta. Se elas não sabem, então que não digam nada.”(T3)

Nestes discursos, fica bastante evidente o não repasse de informações, tanto de trabalhador para trabalhador, como da instituição para os trabalhadores, fato este percebido pela ausência quase coletiva destas informações. Entretanto, cabe salientar que se, de um lado, tem a “instituição”, que nem sempre apresenta mecanismos formais, que veicule as informações a respeito de acidentes, de outro lado, há o trabalhador, que se acomoda no seu fazer e não pressiona para que estes mecanismos sejam desencadeados.

O que leva um trabalhador a agir desta forma? Será que o envolvimento com suas ações cotidianas da assistência ao paciente/cliente é tanto, a ponto de não sobrar tempo para o envolvimento consigo mesmo e com os outros trabalhadores? Onde fica a produção de sua saúde e da saúde do outro, enquanto trabalhador como ele? Será que existe esta preocupação, mas não transformada, ainda, em ação? Ou será que a fragmentação do trabalho não está permitindo uma visão para além do fazer individual?

Acredita-se que um somatório de elementos, contidos na organização do trabalho, interfere nesta conduta, que traduz a passividade sobre a qual são estabelecidas as ações de trabalho.

Além da busca pelo produto final, que é construído num processo de trabalho, que se produz por meio das relações, deve existir um compromisso consigo mesmo e com o outro. Este compromisso extrapola o limite do “simples” fazer, para encontrar o conjunto do processo de trabalho, onde residem as possibilidades de transformação da realidade.

A transmissão de informações, conhecimentos e saberes é um processo, no qual todos são participantes. É premente que cada um seja co-responsável pela transmissão dos conhecimentos adquiridos, pela produção de conhecimentos oriundos da participação vivificada na organização do trabalho. Todos são educadores e educandos no cotidiano de trabalho (Enguita, 1993). O processo de trabalho, como o conjunto que é, necessita do envolvimento da totalidade dos trabalhadores, para construir a interdisciplinaridade, indispensável quando se busca a produção da saúde do trabalhador.

As responsabilidades com o conjunto do trabalho abrangem, tanto a política de organização da instituição, como o envolvimento comprometido dos trabalhadores, o que exige ir além do fazer para participar ativamente na conquista de seus direitos, já que são cidadãos neste processo.

Diante do exposto, necessário se faz que o trabalho seja compreendido

como conjunto e não como ações isoladas, sendo processadas em momentos igualmente isolados. Destaca-se um depoimento, que demonstra a premência do trabalho em conjunto:

“Cada cuidado um passo.(...) São vários cuidados, não são só uns específicos. É um coletivo. Não adianta eu estar com cuidados com alguma coisa e, quando eu vejo, tem algo diferente ali. Não adianta eu estar com cuidado com o saco de lixo, sem saber se dentro do saco de lixo tem uma lâmina, tem uma agulha.”(T5)

A formação do ser humano não é pelo trabalho diminuiria, consideravelmente, a passividade dos trabalhadores pois, enquanto componente do processo de trabalho, estaria oferecendo subsídios aos trabalhadores da saúde, para a produção dos atributos necessários ao desenvolvimento de sua condição humana. Ser partícipe do processo é um desses atributos. O saber move para a transformação, porque cria um compromisso do trabalhador com seu espaço no trabalho, com sua cidadania.

O entendimento das ações coordenadas, que se encadeiam uma às outras, visando a produção de condições adequadas para outros seres humanos, aqui enfocados como os clientes da prática, deve ser reproduzido também para si mesmo e para os demais trabalhadores. A produção da saúde é um processo coletivo. Fragmentar ações pode significar o fragmentar do processo saúde-doença do trabalhador.

Após reflexões acerca da concepção que os trabalhadores têm de acidente de trabalho, e de concepções outras, que se aproximam ou se distanciam destas, aglutina-se, no momento que se segue, a associação dos motivos condicionantes dos acidentes de trabalho, segundo relato dos trabalhadores.

Explorando a associação de motivos condicionantes do acidente de trabalho na perspectiva da reflexão coletiva

Quando os trabalhadores relatam os motivos condicionantes de seus acidentes, estão permitindo identificar os momentos da organização tecnológica do trabalho que necessitam de intervenção, através de ações transformadoras.

Notar-se-á que não são motivos isolados que desencadeiam os acidentes, mas uma associação de motivos que interagem entre si e com o sujeito individual e coletivo do trabalho; “no desencadeamento dos acidentes existem sempre vários motivos interligados”(Costa, 1981, p.44). Tais motivos serão apresentados em focos temáticos³⁴ facilitando a leitura. As análises empreendidas, representam uma das formas de compreensão do processo de trabalho, não pretendendo esgotar-se em si mesma.

Não é pretensão enfatizar ou super valorizar a enumeração de tais motivos, pois significaria individualizar o processo de trabalho em um momento único. A pretensão é elucidá-los, com vistas a demonstrar o quanto os aspectos intra-estruturais, o quanto as relações de trabalho podem conferir aos acidentes uma determinação social. Este momento tende a despertar um processo reflexivo conjunto sobre o processo de trabalho, de forma a suscitar uma ação transformadora coletiva, baseada na prevenção de acidentes e das situações de risco, bem como na produção da saúde do trabalhador. Este processo reflexivo, também pode fazer extrapolar a percepção da ação individual como a única

³⁴Foi escolhido o termo “foco temático”, por representar ponto de convergência, onde diferentes tópicos apresentados pelos trabalhadores foram agrupados por manterem relação entre si.

produtora de acidentes, ou seja, pode mostrar que é na organização do processo de trabalho, que se processa a produção das situações de risco e das relações de trabalho, que as envolve³⁵.

Mais uma vez, é imprescindível a visão do trabalhador, no que tange aos motivos dos acidentes, bem como sua participação no processo de trabalho através das ações coletivas transformadoras. A elucidação, por si só, dos motivos, não seria tão significativa, se não servisse como um patamar sustentador dessas ações transformadoras da organização do trabalho. Essa organização deve provocar ações, que resultem numa condição de saúde do trabalhador, num ambiente saudável, caracterizando um processo produtivo saudável nesse trabalhador como sujeito do trabalho e como sujeito coletivo no trabalho.

Ao apresentar, nas palavras de Mendes-Gonçalves (1994), a organização tecnológica do trabalho, salientou-se que o trabalhador é um agente de transformações imediatas – microssociais, institucionais - e mediatas – macrossociais, na sociedade. Como agente transformador, é capaz de identificar os momentos de onde emergem as necessidades de mudanças para poder intervir. Isto é construir a cidadania do trabalhador.

A seguir, serão apresentados os motivos condicionantes dos acidentes, identificados pelos trabalhadores como responsáveis por sua experiência com acidente de trabalho envolvendo sangue e/ou fluidos corporais.

³⁵ Berlinguer (1983) ressalta que existe uma estreita conexão entre a organização do trabalho e a segurança dos trabalhadores, confirmando o que se percebeu neste estudo.

- Ações de risco vinculadas à intersecção das ações de trabalho

Inicia-se a discussão com este tema, porque ele mantém estrita relação com as reflexões anteriores a respeito do trabalho fragmentado e parcelado.

No processo de trabalho, as diferentes funções exercidas pelas diferentes categorias encontram pontos de intersecção³⁶, onde as situações de risco vividas podem envolver elementos outros que, *a priori*, não continham potencial de acidentes para ambas as categorias. Cada categoria, além dos elementos de risco próprios de uma instituição hospitalar, tem seus próprios elementos de risco. Entretanto, nestes momentos de intersecção, as possibilidades de acidentes tendem a aumentar, pela exposição a elementos muitas vezes desconhecidos por determinada categoria. Sobre este aspecto, discorrerá a reflexão a seguir.

Pode-se observar este momento de intersecção na fala que segue, onde o acidente deste trabalhador processou-se com um instrumento de trabalho que se constitui em elemento de risco para outras categorias profissionais, que não a sua:

“Foi muito inesperado, até porque com a área que eu trabalho não existia esta previsão de acidente.(...) Mas eu sofri a ação externa de uma criança, que arrancou o ‘butterfly’ e deixou entre os brinquedos, e eu julgo que por descuido da equipe, esse butterfly não foi procurado. (...) Então eu juntei os brinquedos e a agulha furou o meu dedo.” (T3)

O instrumento perfurante, *butterfly*, que foi a causa do acidente, não

³⁶ Entende-se por pontos de intersecção, os momentos em que, no processo de trabalho, as ações desenvolvidas por trabalhadores de diferentes categorias são processadas em conjunto, ou sobre o mesmo objeto de trabalho, ou, ainda, estão na dependência imediata uma da outra.

fazia parte de seus instrumentos de trabalho, não sendo, portanto, manuseado por este trabalhador. Porém, no momento em que o paciente é o sujeito de trabalho das diferentes categorias profissionais, mesmo que com enfoques e objetivos diferentes de intervenção, a intersecção se deu, neste sujeito, e o risco de acidente com este instrumento, maior na área da enfermagem, passou a ser também da trabalhadora em questão, por desenvolver seu trabalho no paciente.

Essas intersecções constituem-se em momentos que podem incitar a compreender o trabalho como coletivo, apesar das divisões existentes e já comentadas. Esta compreensão é imprescindível na prevenção de acidentes, uma vez que, utilizando novamente as palavras de Cézar Vaz (1996) “cada uma das ações é concebida como existente somente por meio das outras e para as outras e o todo do trabalho”.

Diante desta possibilidade, apreende-se que a interdisciplinaridade, enquanto momento de trocas e de diálogos entre pares, buscando construir cada vez melhor, pode se processar nas intersecções entre as diferentes categorias. Ao invés de serem situações de risco, ou seja, ao invés destas intersecções criarem zonas, onde os elementos de risco se interpõem e, portanto, se apresentam para os diferentes trabalhadores, que proporcionem um encontro fundamentado no diálogo e na troca de experiências, o que permite a “apresentação” dos elementos de risco, com o fito de despertar ações de proteção, evitando acidentes de trabalho. Além de proteger os trabalhadores – pares por vezes “anônimos”, pois não pertencentes à mesma categoria – possibilita uma integração entre os diferentes setores e categorias, o que torna as ações coletivas de produção de saúde do trabalhador mais palpáveis e concretas.

A interdisciplinaridade, tão necessária no conjunto do trabalho em saúde, propicia, então, a participação mais intensa dos trabalhadores no processo de trabalho. Percebendo as áreas de intersecção, como momentos de crescimento conjunto, de participação, os trabalhadores podem compreender suas ações para

além do momento individual em que se processam, gerando uma espécie de “análise coletiva” das situações de risco, dentro do processo de trabalho coletivo. Esta análise serve de indicador dos pontos a serem transformados no processo de trabalho, para que a situação de risco não culmine no acidente. As transformações processadas, por sua vez, propiciam uma compreensão maior do processo de trabalho e assim sucessivamente. “É na medida que os trabalhadores lutam para transformar a realidade de suas práticas que as compreendem, assim como, na medida que melhor as compreendem, mais lutam para transformá-la” (Cezar Vaz, 1989, p. 172).

No depoimento descrito, outro ponto merece atenção: o fato de o material perfurante não ter sido procurado, nem os demais trabalhadores alertados, enfatizando o predomínio das ações individuais dentro da organização do trabalho. As ações de proteção, projetadas para os outros trabalhadores, não se articulam com as ações cotidianas, fazendo com que esses pontos de intersecção sejam “situações de risco”, não só pelo manuseio de sujeitos e instrumentos de trabalho, que momentaneamente se interpõem, como também pelo desempenho de ações desprotegidas, que se refletem no fazer de outros trabalhadores.

A referida fragmentação, que dificulta a apreensão do conjunto do trabalho e o envolvimento do trabalhador com e nesse conjunto, conduz a ações isoladas de proteção, provocando a des-continuidade das ações de proteção de si e do outro trabalhador.

Emerge dessa “situação de risco”, produzida pela organização do trabalho, a necessidade urgente de reflexão sobre essa organização, visando a construção de concepções, onde predomine o entendimento de que as ações são encadeadas umas às outras, como numa engrenagem, apesar de serem processadas em momentos diferentes e por diferentes trabalhadores. Concepções que estimulem e promovam ações produtoras da saúde do trabalhador, enquanto

sujeito do processo de trabalho.

- Ações de risco vinculadas à ausência de estímulos, no trabalho, para o fazer refletido

A construção de novas concepções, que visem a produção da saúde do trabalhador, exige que o processo de reflexão-ação seja um *continuum* no processo de trabalho, a começar pelas reflexões sobre as ações rotineiras.

A ausência de estímulos no trabalho, para que aconteça o processo de reflexão-ação, está permeando a vivência dos acidentes apontados, bem como permeando a organização de trabalho estudada sendo, portanto, freqüentemente mencionada no decorrer das análises deste núcleo temático.

O desencadear das ações rotineiras, sem que produzam a necessidade de reflexão, é mencionada por dois trabalhadores, como motivo desencadeante de seus acidentes, sendo a pauta deste momento da análise. Esta “falta” de reflexão materializou-se na execução de ações cotidianas de trabalho, sem o uso de luvas.

O “estar sem luvas”, se justifica, *a priori*, pela não apreensão de certas situações de trabalho como sendo situações de risco. Esta observação, surge de uma percepção mais ampla da situação de risco e do processo de trabalho, pois não está claramente expressa nos discursos. Segundo os trabalhadores, o fato de não usarem luvas ou outros EPI, está embasado na não priorização da reflexão ou na dificuldade de incorporá-la ao fazer da prática, o que também é uma realidade.

“(...) tu vai trabalhando, aquilo vira rotina, tu vai fazendo, não pensa, não pára para pensar. Eu acho que é uma das coisas que, justamente por nós sermos um hospital universitário, é obrigatório o pensar, o parar, e a gente não faz isso. A gente só trabalha, trabalha, trabalha, não faz nada assim, além daquilo ali.” (T2)

Parar para refletir é uma necessidade. Não o parar de fazer pelo simples não fazer, mas um parar repleto de reflexões sobre novas possibilidades, descobertas de potencialidades em si mesmo e no outro, reflexões estas, que conduzam à ação transformadora. “O trabalhador é um ser humano, não uma máquina, assim o pensar não pode ser separado do fazer”(Gelbcke, 1991, p. 78).

Os trabalhadores 2 e 4 tiveram exposição a sangue e/ou fluidos corporais, ao tentar conter um paciente extremamente agitado, que inclusive agrediu fisicamente um deles.

Receberam a informação, na passagem de plantão, de que determinado paciente estava contido no leito, por ter passado a noite confuso, agitado e agressivo. Logo a seguir, soltaram-no para higiene, após o que, permaneceu sem contenção, por estar calmo. Com o passar da manhã, o paciente agitou-se novamente, relatando ter sido roubado e ser necessário chamar a polícia. Na tentativa de acalmá-lo, foi iniciado um diálogo, sem sucesso, motivo que os levou a chamar o guarda do hospital, para auxiliá-los. Sem controle, o paciente agrediu um dos trabalhadores, o que os fez contê-lo novamente quando, então, ocorreu o acidente.

“...eu e a auxiliar de enfermagem ficamos agarrando o braço que tinha o soro e nós não nos demos conta e, claro, com aquela confusão toda, o soro já estava lá no suporte e o paciente aqui embaixo. Tinha saído fora, e é ‘abocath’, que lava em sangue. Simplesmente nos deu um banho de sangue. As mãos ficaram completamente sujas de sangue. (T2)

“...Ele estava com ‘abocath’ e aí, claro, ele puxou tanto, que caiu o equipo e aí foi... se a gente largasse ele, ia continuar batendo em todo mundo, então não tinha como largar. E na hora a gente não vê. Quando vê, está toda ensangüentada.”(T4)

Não houve a apreensão da situação vivida como sendo de risco, fato que não suscitou a necessidade do uso da luva. É como se o trabalhador “impusesse” um limite na existência da potencialidade para o acidente.

Ao ser questionado sobre o porquê estavam sem luvas, o que teria evitado a exposição, visto não ter sido acidente punctório e sim contato com sangue, o T2 relatou que, no momento imediato ao acidente, achou que sua atitude era impossível de ser mudada, pois “...eu ia conversar com o paciente, só.” A conversa não exige proteção, pois não exige contato com o corpo do paciente, não sendo percebida como uma situação de risco. Porém, transcorrido algum tempo, concluiu que o uso de luvas era imprescindível. Estar sem luva, segundo ele, foi devido a uma “questão de costume”. Não se tem o costume de usá-las para o desempenho de toda e qualquer ação que envolva a possibilidade de contato com sangue e/ou fluidos corporais.

O T4, da mesma forma, no momento da exposição, não pensou que pudesse ser diferente:

“A gente nem imaginou o que ia acontecer, que a gente ia agarrar o paciente e ia se ensangüentar toda. Não tinha como... Claro, pensando bem, tinha. Pensando, parando para pensar, tinha como ser diferente”(T4).

Ao abstrair-se do momento vivido e do cotidiano de trabalho, percebeu que todas as situações devem ser avaliadas do ponto de vista da proteção do trabalhador, pois a assistência ao paciente não prescinde da proteção de sua própria condição de sujeito do trabalho, o que faz produzir a sua saúde neste ambiente.

Considera-se oportuno, já que “motivos” destes acidentes, fazem alusão aos equipamentos de proteção individual (EPI), relacionando seu uso ou desuso à não produção do processo de reflexão-ação no cotidiano de trabalho. A não utilização destes EPI, pode constituir-se em situação de risco para o trabalhador.

Ao abordar tais equipamentos, abre-se um parêntese para focar a predominância do uso da luva sobre os demais. Quando questionados a respeito dos EPI, os trabalhadores concentram as respostas prioritariamente em torno da luva. Não que desconheçam os demais, mas a primeira referência vem sempre com relação à luva.

“Se é para punção, vou dizer francamente, eu detesto usar luvas. Pacientes com veias que mal tu enxerga, se vai tatear com a luva, tu não sente. Sem a luva tu até pega veia. Se bota uma luvinha, tu perde a sensibilidade, vais tentar puncionar e...” (T1)

Este mesmo trabalhador faz alusão aos demais equipamentos, apenas quando solicitado, quando responde:

“Os médicos usam, quando vão fazer punção, coisas assim. Os auxiliares, é difícil fazerem alguma coisa mais invasiva. Geralmente eles estão ali auxiliando, não estão expostos. Mas os médicos usam sempre. Nós temos até óculos na unidade.” (T1)

Ao usar a expressão “nós temos até óculos”, o trabalhador parece considerar este fato como algo inacreditável e, até certo ponto, espantoso, pela forma como foi colocado. A existência dos protetores oculares é uma necessidade e o seu uso está indicado para procedimentos com possibilidade de produzir respingos de sangue e/ou fluidos corporais, que possam atingir a mucosa ocular. Na prática, no entanto, nem todos os utilizam, transformando-o em um equipamento dissociado das ações práticas da maioria dos trabalhadores.

Acredita-se que a priorização da luva, tanto na prática, quanto no

discurso, deva-se ao fato de que, por muito tempo, a luva, enquanto barreira de proteção, tem sido a medida de biossegurança mais disponível nas instituições de saúde³⁷.

A luva tem sido usada pela enfermagem (aqui citada por ser a categoria profissional a qual pertença) na higiene dos pacientes, na eliminação dos dejetos, no tratamento de certas feridas, com o intuito de proteger o trabalhador do contato com certas excreções ou secreções. Entende-se que este seja um dos motivos de trazer consigo, a história da proteção, porém no sentido mais estrito de evitar a manipulação direta de secreções ou excreções, e não na suposição de evitar contaminação. Esta é uma visão própria, que emana da experiência, enquanto enfermeira assistencial. Para chegar a conclusões mais específicas, necessário se faz um estudo direcionado a este tema. Esta reflexão não será abrangida, neste momento, por não ser o enfoque de estudo, ficando para análises posteriores.

As medidas de biossegurança tiveram seu uso por demais intensificado com o advento da AIDS, como mencionado, e alguns profissionais iniciaram o contato com elas a partir daí.

Ilustra-se esta colocação com uma experiência que a demonstra claramente. Um dos primeiros pacientes com AIDS, que internou na instituição onde teve início minha vida profissional, em meados de 1985, gerou grande ansiedade nos trabalhadores. O desconhecimento da síndrome, de sua forma de transmissão, aliado a todo um estigma que havia sido criado em torno dos doentes, instigou-os a uma série de questionamentos a respeito do que usar como medidas de biossegurança pelo trabalhador. Após contato com outra instituição, tida como referência para o tratamento desta doença no Estado,

³⁷ Barbosa (1989), em seu estudo sobre **Riscos Ocupacionais em Hospitais**: um desafio aos profissionais da área da Saúde Ocupacional, apresenta, como um dos resultados, que o EPI mais disponível nos setores envolvidos no estudo foi a luva, com uma prevalência de 89,9% sobre os demais.

instituiu-se o uso de luva, máscara, avental e propés, assegurando, com isto, a proteção do trabalhador. A reação dos trabalhadores foi de grande espanto, pois a maioria destes paramentos tinham seu uso limitado ao centro cirúrgico, para manutenção do ambiente estéril, e para isolamento protetor³⁸.

Este fato, bastante curioso, suscitou a reflexão de como era desconsiderada, pelo menos aparentemente, a proteção pessoal por parte dos trabalhadores. A partir deste caso, iniciaram-se discussões sobre medidas de biossegurança, até mesmo porque pacientes com as mais diversas doenças infecto-contagiosas eram assistidos, parecendo não despertar nos trabalhadores a preocupação com prevenção e proteção de sua saúde.

Apesar de atualmente existir uma ampla discussão, não só em nível das instituições de saúde, como em nível mundial, com relação às medidas de biossegurança (Teixeira e Valle, 1998), muito ainda se percebe de acidentes, que ocorrem pelo não uso das mesmas. Até mesmo a própria luva ainda não tem seu uso aplicado na medida necessária, apesar de todo o enfoque que lhe é atribuído.

Os trabalhadores referem o quanto é importante o uso dos EPI para sua proteção, mas nem sempre esta constatação é suficiente para que impulsione o uso sistemático dos mesmos. A importância referida pelos entrevistados aponta para um momento da compreensão, ou seja, aquele que é entendido como necessário, mas não ainda incorporado na prática. Portanto, para a compreensão propriamente dita, é premente a operacionalização do entendimento na forma de ação.

Existem locais, na instituição estudada, que denotam a não incorporação do conhecimento na prática. Como exemplo, cita-se a lavanderia, que oferece protetores de ouvido aos trabalhadores, pelo ruído intenso a que ficam expostos,

³⁸ Neste tipo de isolamento, são utilizadas as barreiras de proteção, que reduzem o risco de exposição, tanto da pele como das membranas mucosas do profissional da saúde com material infectante. Como exemplos de barreiras de proteção, temos luvas, aventais, máscaras e protetores facial e oculares. (Oda et al, 1998)

porém, nenhum deles os utiliza, alegando serem grandes, desconfortáveis etc., apesar de concordarem com a necessidade pelo ruído “ensurdecidor”.

Os EPI, além de existirem como exigência legal, devem ser encarados como necessários na e para a qualidade de vida do sujeito no trabalho. Para isto, devem ser adequados ao trabalhador e ao fim ao qual se destinam.

Em Costa (1991), encontra-se uma reflexão que vem corroborar com tal assertiva. Diz que os EPI, quando não construídos de acordo com as características do trabalhador ou de seu local de trabalho, podem transformar-se em fonte de problema para o trabalhador, ao invés de protegê-lo.

Os entrevistados relatam que a inadequação dos EPI ao uso é uma das causas que podem conduzir a acidentes. É extremamente difícil - e isto a prática mostra - trabalhar com EPI inadequados em quantidade e qualidade, o que pode até mesmo inviabilizar a realização de determinados procedimentos. Se, no momento da execução do procedimento, o EPI oferece dificuldade, ao invés de proteção, como o exemplo da luva com numeração maior, já não se tem prevenção e, sim, maior possibilidade de acidentes:

“Quantas vezes já transfixei luvas. Nos meus dedos não foi, mas luva já foi transfixada horrores de vezes, pelo tamanho. Fica nos dedos sobrando, fica mau, grande, perde a sensibilidade. (...) Já várias vezes fiquei com o ‘abocath’ fincado nas luvas.”(T1)

Quando não apropriados, dificultam a ação propriamente dita do trabalhador e causam estresse, insegurança, predispondo ao não uso ou ao questionamento sobre a validade do uso, pela falta de credibilidade nos mesmos.

Confirma-se esta reflexão com as palavras de Costa (1981, p. 113), quando refere-se aos EPI: “(...) os equipamentos são constantemente deixados de lado, assim como certas precauções, pois podem tornar o trabalho mais difícil ou até impedi-lo.(...) E isso quando o próprio equipamento, que não foi

projetado para ser usado pelo operário, segundo suas características físicas, não se tornarem em fontes de acidentes”.

A adequação e reflexão sobre o uso são indispensáveis para que não se transformem em mais um elemento de risco no processo de trabalho.

Como uma forma de justificar o não uso dos EPI, cuja causa primeira já foi apontada: não compreensão da situação de risco, surgem dificuldades, a saber: não dá tempo de ir buscar a luva no armário, tem coisas que dá para fazer sem luva. Outros motivos surgem ainda, como a falta de costume, a perda ou diminuição da sensibilidade para punção venosa, negligência, entre outros:

“Negligência, descuido mesmo. (...) Antes eu não usava, mas agora eu comecei a usar até nos curativos. Eu comecei a usar mesmo, porque tem que se cuidar. Mas até a pessoa tomar consciência, a negligência é muita: não precisa! É aquela coisa toda. É que nem comigo, até eu tomar consciência que eu tinha que fazer... Não vou te dizer que sempre eu uso. Geralmente eu uso para curativo, algumas punções, não são todas, porque, às vezes, é urgente e não dá tempo. Mas quando eu vejo, olho o paciente, eu calço a luva. Porque a gente nunca sabe!” (T4)

A negligência³⁹, como um comportamento individual que conduz a acidentes, realmente se mostra no cotidiano dos trabalhadores e repercute na totalidade do trabalho, podendo causar acidentes em quem apresenta tal comportamento como em outros trabalhadores da equipe.

Provavelmente, essas atitudes decorram da ausência de compromisso de cada trabalhador com o conjunto do trabalho. Essa ausência pode ter origem na forma organizativa, que não propõe a participação, fragmentando o trabalho cada vez mais, como na falta de motivação, de envolvimento do trabalhador.

Na lógica do encadeamento de ações, que compõem a organização do

³⁹ Negligência: descuido, desleixo (Bueno, 1985).

trabalho, a negligência é, também, um aspecto coletivo deste trabalho e, como tal, deve ser explorado.

Independente da origem, é imprescindível que tais atitudes sejam discutidas com os próprios trabalhadores, buscando-se, através da reflexão, perceber como podem ser modificadas para que não se criem possibilidades de acidentes, baseadas em comportamentos individuais ou coletivos, mas que estes sejam resultado de investimentos coletivos na prevenção.

Do depoimento do T4, ressalta-se ainda o fato de que são selecionados certos cuidados na assistência ao paciente, para os quais o uso da luva é necessário. Esta seleção não deveria existir, pois todos os procedimentos, envolvendo sangue e/ou fluidos corporais, deveriam, pela simples existência, suscitar a proteção de si, através da biossegurança. Porém, se houvesse um projeto de trabalho que focalizasse as ações de prevenção das situações de risco e acidentes de trabalho envolvendo sangue e/ou fluidos corporais, as dificuldades seriam coletivamente resolvidas e individualmente aplicadas. O uso da luva seria, assim, internalizado no trabalhador, como uma necessidade para a produção de sua saúde.

No entanto, as medidas de biossegurança não estão incorporadas na organização do trabalho nem no trabalhador. Existe a necessidade de que tais medidas sejam adotadas para todo e qualquer procedimento, envolvendo sangue /ou fluidos corporais, para com todo paciente/cliente. Entretanto, não existe a exigência institucional de sua aplicação, o que conduz da normatização à ação. Não existindo esta exigência, que vai além da vontade e da ação individual, pois é uma necessidade vital para a proteção do trabalhador, enquanto componente do processo de trabalho, predomina a ação individual, que conduz, inevitavelmente, a uma lógica de trabalho coletivo, condicionada por estas ações individuais, ou seja, cada trabalhador resolve a sua proteção, independente da resolução dos outros, ou de medidas institucionalmente preconizadas.

Um dos trabalhadores, que participou do grupo de reflexão-ação na disciplina de Prática Assistencial, verbalizou não usar luvas para realização de punção venosa nos doentes de AIDS. Este mesmo trabalhador ressalta que, mais preocupante do que a existência das situações de risco, é a conduta dos trabalhadores nessas situações, cuja manifestação nem sempre é através de ações de proteção. Apesar da existência dessas “condutas de risco”, não existe uma exigência institucional, que incida sobre os trabalhadores, como uma forma de levá-los a refletir sobre tais condutas e modificá-las.

A exigência institucional se faz necessária, pois o conhecimento existente não está sendo aplicado no cotidiano de trabalho; não está, como mencionado, internalizado nos trabalhadores, a ponto de produzir ações de proteção. Se assim estivesse, a exigência institucional existiria para manter a lógica de produção da saúde, sem necessidade de punições ou cobranças, como muitas vezes é feito, mas sim, de controle.

Sobre os conhecimentos, que não são aplicados na prática, Goelzer (1998), participante do Congresso do Prevensul (evento ocorrido no ano de 1997), cujo tema internacional foi “Perspectivas Internacionais de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho”, diz que “Os conhecimentos são imensos, tanto quanto aos riscos, quanto às formas de prevenção.(...) existe um espaço muito grande entre o conhecimento e a aplicação. Parece simples, mas não é. Para dar esse passo, é preciso vencer uma série de obstáculos, que muitas vezes não são fáceis” (Revista Proteção, 1998, p.46).

O cotidiano de trabalho absorve por demais o trabalhador da saúde, não só pelo aspecto da quantificação de suas ações, como também pela proximidade com a dor, o sofrimento, a doença, a morte, sentimentos que desgastam o trabalhador quando no seu desempenho prático, afastando-o das possibilidades de mudanças. Apesar dos obstáculos, é preciso que exista a intenção de querer mudar.

O fazer dos trabalhadores tem que ser, mais do que nunca, voltado à proteção de si e do outro trabalhador da saúde. Com o crescente número de casos de pacientes acometidos com doenças infecto-contagiosas⁴⁰, entre elas a AIDS, é imperativo que, coletivamente, sejam refletidos os casos de acidentes e a existência das situações de risco, visando à modificação coletiva das ações produtoras do acidente. Esta modificação inverteria a origem da lógica, que se tem hoje na organização do trabalho, ou seja, as ações coletivas, então originárias das ações individuais, passariam a ser a mola propulsora dessas, até mesmo das ações individuais mais “resistentes”, fazendo com que o movimento dessa organização produzisse a saúde do trabalhador.

O conhecimento que o trabalhador possui, que é anterior às suas ações, ou que vai se construindo na própria realização da ação, deve ser aplicado, ou seja, deve ser produzido e reproduzido nas ações de trabalho, transformando e sendo transformado no próprio processo de trabalho. É este saber tecnológico, que pode transformar, visto integrar o conhecimento, a prática e a reflexão crítica. A produção deste novo conhecimento se reproduz em outros trabalhadores, conferindo ao processo de trabalho um movimento transformador.

A importância deste saber tecnológico está, entre outros fatores, no comprometimento, no envolvimento maior do trabalhador com o processo de trabalho.

O saber tecnológico confere ao trabalhador um “poder” dentro da organização do trabalho, não revestido de “mando”, mas um poder que, fundamentado no saber, possibilita a crítica, que leva à transformação. É um poder embasado na conquista de seu papel de trabalhador e de seu espaço no

⁴⁰ As taxas de infecção ocupacional com HIV e com o vírus da hepatite B, apresentados na justificativa deste estudo, vêm comprovar a necessidade de que as medidas de biossegurança sejam incorporadas às ações cotidianas dos trabalhadores da saúde. Oda et al (1998, p.248) salientam a importância destas medidas, visto evitarem “a exposição dos trabalhadores da saúde a patógenos do sangue por via parenteral, por via da membrana mucosa ou da pele não intacta”, o que reduz a incidência de acidentes de trabalho em decorrência de ações desprotegidas.

trabalho, espaço que produz qualidade e saúde. Um poder que impõe limites à não proteção de si e à do outro, e que tem voz fundamentada para modificar o cotidiano.

Busca-se, neste momento, a tônica do assunto proposto para este foco temático, ou seja, a ausência de estímulos externos para o fazer refletido. Apesar de se ter refletido diversos tópicos, parecendo distintos, estes tiveram seu momento de fusão no processo de reflexão-ação. Foram aqui compilados, por manterem a convergência a este ponto e para ressaltar a importância da prática refletida.

Ainda observa-se, na instituição estudada, que muitos dos conhecimentos existentes ficam à parte da prática, não constituindo o par indissociável que compõe a práxis. As análises do próximo foco temático denotam essa dissociação.

- Ações de risco vinculadas à segurança no fazer e do fazer

Nos relatos aqui compilados, são apreendidos, como elementos necessários à reflexão: a percepção da continuidade das situações de risco para além da ação individual e do corpo do paciente/cliente; e a segurança que advém do desempenho das ações cotidianas “protegidas” pelo uso de luvas e da repetição do fazer. A “segurança” abordada, tem um significado de confiança no fazer e do fazer, confiança esta que não impõe a necessidade da ação refletida.

O primeiro trabalhador entrevistado teve duas experiências distintas com acidentes de trabalho. Atribuiu, como motivo do primeiro acidente, o excesso de segurança que o fato de estar usando luvas lhe conferiu durante a realização de punção venosa com *abocath*. Ao término do procedimento, quando foi recolher

o material utilizado, fincou o mandril do *abocath* na mão. Salieta que o paciente era portador do vírus da AIDS:

“ Inclusive eu botei luvas e tem dias que não ponho luva. Neste dia eu estava bem enluvadinha, direitinho. Aí fui lá puncionar o paciente, passei o ‘abocath’. Passei o ‘abocath’ no paciente, soltei o mandril e aí o ‘abocath’... Eles são fracos, se esbugalham. Aí eu troquei o ‘abocath’, peguei outro, passei, consegui pegar veia. Fiquei testando, porque estava com dificuldade de refluxo, testei... Então eu demorei mais de 5 minutos da punção até eu me acidentar. Aí eu peguei, juntei, estava de luva, com a tranqüilidade de quem tá de luva, amassei o pacote (onde havia colocado o mandril) e o mandril estava dentro. Mas o mandril do segundo ‘abocath’... do primeiro?... Acho que do primeiro, porque do segundo eu sabia tudo, larguei direitinho num canto e do primeiro ‘abocath’, eu larguei no pacote da luva, botei todo o lixo num pacotinho.” (T1)

Oportuno se faz agrupar aqui, a fala do T6, que atribui seu acidente ao mesmo motivo, ou seja, perfuração do dedo com a agulha utilizada na coleta de sangue de um doente de AIDS:

“Eu cheguei tranqüila...bem descansada, com luva, porque, se fosse sem luva...Botei a luva, colhi de um paciente que estava entrando na fase terminal (...) Colhi sangue, botei nos tubos, só que, conforme eu levei a mão, a mão bateu na tampa da malinha⁴¹ e veio de volta, fazendo cravar a agulha no meu dedo. Bateu na malinha, a malinha caiu e bateu no meu dedo. HIV positivo.” (T6)

Em seus relatos, os trabalhadores enfatizam a segurança que o uso das luvas lhes proporciona, parecendo esquecer, momentaneamente, que as luvas são barreiras passíveis de serem transpassadas por objetos pérfuro-cortantes. O

⁴¹ A “malinha”, à qual faz referência, é a bolsa utilizada para transportar o material de coleta, onde são colocados os frascos que armazenam o sangue após a coleta. O procedimento da coleta inclui a colocação do material no(s) frasco(s) disposto(s) na bolsa, momento no qual se acidentou.

uso da luva para procedimentos que envolvam sangue e/ou fluidos corporais é uma questão indiscutível. Porém, não basta usá-las, pois se o uso se faz pelo simples uso, sem o entendimento do porquê da sua necessidade, acaba tornando-se mais uma das ações repetitivas acrescentadas ao fazer igualitário e sistemático do cotidiano de trabalho, sem suscitar reflexões.

É necessário que os trabalhadores compreendam para além do uso, ou seja, que reflitam sobre o momento certo de usar, sobre as limitações de sua proteção, para que realmente este equipamento, bem como os outros, sejam seguros.

Com a seqüência da entrevista, os trabalhadores alegam que deveriam ter tido mais cuidado para evitar o acidente. Acreditam que, se estivessem sem luvas, o cuidado teria sido diferente, pois permaneceriam mais atentos a todos os detalhes. “Será que esta atenção está, realmente, na dependência da luva?” É uma questão a ser discutida, pois envolve a percepção da relação dinâmica entre os diferentes elementos, que compõem uma dada situação de risco na sua totalidade, o que possibilita compreender a continuidade da situação de risco até seu desfecho⁴², para que não culmine em acidente de trabalho, mas na prevenção do mesmo. Limitar uma situação de risco significa potencializar as possibilidades de acidentes contidas nela, ou seja, a não percepção da totalidade de uma situação de risco, pode impedir ações de proteção pela não apreensão de sua necessidade.

Na primeira situação relatada de punção venosa com *abocath*, por exemplo, para o trabalhador da enfermagem, seu desfecho se dá, ao organizar o material utilizado e lavar as mãos. Para o trabalhador que faz a coleta do lixo, a coleta do lixo em si, que é uma situação de risco, mantém relação com aquela, pois se o mandril não for descartado no local adequado, constituir-se-á em

⁴² O desfecho de uma situação de risco pode se constituir, ele mesmo, em elemento de risco para outra situação, já que essas situações são inúmeras no processo de trabalho, relacionadas entre si.

elemento de risco. A ação do trabalhador de enfermagem encadeia-se na ação do trabalhador da coleta. Esta percepção de conjunto é imprescindível na prevenção de acidentes, se o trabalhador da enfermagem, neste caso, atentar para o conjunto, que é o trabalho; e, se compreender a amplitude da ação individual, a qual não é um fim em si mesma, compreenderá e aplicará a prevenção em todas as etapas que compõem o seu fazer e o fazer coletivo do trabalho.

Na seqüência, relacionam-se os acidentes relatados, com o conjunto do trabalho, extrapolando, portanto, a segurança individual que o uso da luva confere aos trabalhadores. A situação de risco, na percepção dos trabalhadores, está vinculado ao corpo do paciente HIV positivo. Enquanto tem a possibilidade de contato com sangue e/ou fluidos corporais no corpo do paciente, existe o cuidado de proteção, porque existe o elemento de risco – sangue e/ou fluidos corporais. A partir do momento em que o toque, o contato com o corpo do paciente não se faz mais necessário, a possibilidade de acidente desaparece pela não percepção da continuidade do risco.

Os procedimentos e sua relação direta ou não com o corpo do paciente devem ser percebidos de forma mais ampla, para que exista prevenção, ou seja, desde o preparo do material até o seu encaminhamento ao destino final. Esta visão mais ampla não descarta o entendimento da existência da ação individual em cada procedimento, que é o de sua execução propriamente dita. No entanto, como o processo de trabalho é coletivo, a prevenção e controle das situações de risco e acidentes deve compor cada uma de suas etapas, mesmo que seja momentaneamente individual, pois pode interferir direta ou indiretamente em suas ações subseqüentes ou nas de outros trabalhadores.

A segurança, também vinculada ao fazer rotineiro e igualitário das ações que confere aos trabalhadores, aparece como um dos motivos condicionantes dos acidentes.

“(...) é eu começar a me acostumar com o que eu estou fazendo e já fazer sem refletir, já fazer por fazer, e acabar correndo risco por isso. Eu acho que em todos, até as enfermeiras, eu acho que de tanto punccionar, já não precisa mais luva, porque já sabe como é que faz. Está correndo o risco muito, muito grande. A gente acaba achando uma maneira mais fácil de fazer as coisas, mais rápido, sem ocupar tanto... e acaba se expondo a um acidente.”(T3).

Aquele fazer sempre da mesma forma, vinculado à técnica de execução, faz com que o trabalhador adquira certa confiança em seu fazer, a ponto de rotinizá-lo e não mais questionar etapas ou maneiras novas de agir. Esta rotinização do fazer pode conduzir a acidentes, pois as etapas vão se sucedendo de tal forma, como se uma ação desencadeasse a outra, sem a necessidade da ação refletida. Parece que, na repetitividade⁴³ das ações, os riscos deixam de ser percebidos mais facilmente, como se fosse uma venda, impedindo a compreensão de situações que oferecem risco.

No trabalho em saúde, o processo reflexão-ação se faz necessário para que os trabalhadores sejam, não só perspicazes na identificação das situações de risco, como também no estabelecimento de uma política de produção da sua saúde, visto ser esta planejada em cima de possibilidades que, quando detectadas, podem ser evitadas. É a reflexão-ação abre os horizontes do fazer, transformando-o em um fazer refletido, permeado pela crítica, pelo querer ser melhor.

Outro aspecto que emana da rotinização, da repetitividade das ações, é a limitação da externalização da criatividade do trabalhador.

A rotinização, a repetição, tende a bloquear a capacidade criativa do ser humano, que é uma das formas de mantê-lo participe do processo de trabalho, o que diminui a fragmentação, o parcelamento do trabalho. Porém, a criatividade

⁴³Repetitividade das ações, ou ações repetitivas, é usado no sentido das ações se processarem sempre de uma mesma forma, no cotidiano de trabalho.

que o torna participante não é aquela criatividade voltada exclusivamente para resolução de problemas emergenciais, como usualmente ocorre. Neste rumo, Lunardi Filho(1998) ressalta que a criatividade que surge nas instituições de saúde tem, muitas vezes, um caráter de improvisação. Esta criatividade de “improvisações” cansa, estressa, desgasta o trabalhador e não permite o seu livre movimento sobre o objeto de trabalho. Dejours (1988, p.113) refere que “o trabalho repetitivo cria a insatisfação, cujas conseqüências não se limitam a um desgaste particular. Ela é, de certa forma, uma porta de entrada para a doença(...)”. Neste estudo, a “doença” está focalizada no acidente, que não deixa de ser uma doença do processo de trabalho.

O desgaste referido por Dejours, como proveniente da insatisfação gerada pelo trabalho repetitivo, não se limita ao corpo individual, ou seja, pressupõe o envolvimento do corpo social do trabalho no processo de desgaste. Isto significa dizer, que a insatisfação “coletiva”, é fonte de acidentes de trabalho.

A criatividade que é fonte de prazer, é aquela que permite exteriorização, a materialização do ser humano no objeto de trabalho. Ao externalizar seu interior na forma de produção concreta, o ser humano satisfaz suas necessidades de subsistência e de existência humana e social, fazendo com que seja partícipe e produtor de saúde, no contexto do trabalho hospitalar.

A criatividade proporciona ao trabalhador, ser sujeito no e do trabalho, por permitir sua exteriorização no objeto e sua participação no processo de trabalho. Laurell & Noriega (1989, p.104), destacam que o trabalho é visto como uma “atividade consciente orientada para um fim, base da criatividade. É, pois, a capacidade de criar intencionalmente novos objetos, mas também novas relações entre os homens”. Enquanto essa qualidade do trabalho, como assim a chamam, “só é potencialidade até realizar-se, tende constantemente a ser negado à grande

maioria dos trabalhadores quando o trabalho assume a forma explorada e alienada. Esta constante negação da capacidade criativa de trabalho, então, explicaria porque a atividade especificamente humana torna-se destrutiva e não potencializadora das capacidades humanas dos trabalhadores”. Urge que o processo de trabalho tenha a reflexão-ação como estrutura de sua organização, pois é só refletindo que o trabalhador impede a destruição de si para promover a si e ao outro.

- Ações de risco vinculadas às condições gerais do ser humano trabalhador

Refletir-se-á, neste momento, sobre a relação existente entre o processo saúde-doença do trabalhador e sua exposição a acidentes de trabalho.

De acordo com o relato do T1, seu segundo acidente deve-se ao fato de “estar doente”:

“Trabalhar doente é a coisa mais horrível, a gente fica muito estranha. Eu me lembro que eu estava resfriada, eu estava ruim, me sentindo mal, não era coisa para atestado, mas eu estava péssima no dia que me acidentei com esta paciente. (...) Foi HGT⁴⁴, finquei nela e não sei de que jeito, me finquei. Porque não tinha necessidade de me fincar daquele jeito. Não me lembro se eu estava de luva...acho que estava de luva também. Não, não estava sem luva.” (T 1)

As condições gerais do ser humano interferem e repercutem, diretamente, na interação do trabalhador com seu trabalho, deixando-o mais vulnerável a acidentes. “Sabe-se que o agravamento das condições de saúde do

⁴⁴ HGT= Haemoglucotest. São tiras reagentes utilizadas para determinação dos níveis de glicemia. Micro-lancetas ou agulhas são utilizadas para perfurar as extremidades, visando obter a quantidade de sangue necessária ao procedimento.

trabalhador gera tendência ao aumento de acidentes e doenças ocupacionais e que o desgaste se traduz na redução do tempo de vida útil deste corpo individual” (Gonçalves, 1996, p.10).

O corpo, se está doente, desenvolve suas ações de trabalho com maior fragilidade, pelo cansaço, desgaste que advém do próprio adoecimento. Há que se respeitar estas interferências, tanto pela ótica da organização do trabalho, pois o desgaste do trabalhador altera sua produtividade, quanto, e mais ainda, pelo próprio trabalhador, que tende a “desconsiderar” seu estado de saúde, expondo-se, desnecessariamente, aos acidentes de trabalho e transformando-se em elemento de risco para o processo de trabalho. Este “desconsiderar” seu estado de saúde pode estar relacionado a vários fatores. Um deles é o medo de perder o emprego: “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 de sua vida, inibindo ou protelando, freqüentemente, ações mais incisivas de reivindicações às instâncias responsáveis pela garantia da saúde no trabalho” (Minayo-Gomez & Thedin-Costa, 1997, p.24).

Dois aspectos emanam desta reflexão: os motivos da resistência dos seres humanos em aceitar sua condição de doente e a dificuldade que esta resistência impõe no estabelecimento e determinação do nexos causal e das intervenções sobre as doenças ocupacionais. Este segundo aspecto, apesar de relevante, não será priorizado neste momento, ficando para ser explorada em estudos posteriores.

O primeiro aspecto será analisado, pois vivenciado pelos trabalhadores da instituição em questão. Para alguns, o fato de aceitar que estão sem condições para enfrentar um dia de trabalho é muito difícil, pois existe todo um estigma em cima dos freqüentes “faltosos”. Não querem ser assim estigmatizados. Por isso

agüentam as condições impostas pelo corpo doente e resistem a um turno de trabalho. Existe uma certa cobrança, tanto dos colegas em relação às faltas, como do próprio trabalhador que, muitas vezes, sente-se “culpado” por ter de se afastar, como se não fosse um direito seu, enquanto doente. Viveu-se uma época, na instituição estudada, onde as faltas e os atestados eram tão freqüentes, que se tornava insuportável a ansiedade em cada início de turno: “quantos virão trabalhar?” O trabalho era incessante, cansativo e, por ser exaustivo, conduzia outros trabalhadores a faltas e atestados. Isto ficou fortemente marcado nos trabalhadores e, talvez esteja aí, a resposta para esta dupla cobrança.

Por vezes, o não querer faltar pode estar associado, também, ao prazer que existe no trabalho feito. Quando o trabalhador gosta do que faz, sente-se realizado no desempenho de suas ações, esforça-se por cumprir suas responsabilidades, mesmo contrariando suas condições físicas⁴⁵. Outro ponto a ser discutido, é a necessidade de afastamento que o assumir a condição de estar doente ditará e que acarreta sobrecarga de trabalho para os colegas. Acredita-se que a preocupação com a sobrecarga justifica-se pelo número reduzido de trabalhadores em certos setores do hospital, o que impede, muitas vezes, a cobertura por ocasião das faltas. Esta impossibilidade provoca a distribuição das ações que seriam desenvolvidas pelo trabalhador ausente entre os demais, sobrecarregando-os. Pode provocar, também, a necessidade de realização de horas extras, causando desgaste físico e emocional no trabalhador. A sobrecarga predispõe a ocorrência de acidentes, como será discutido adiante.

Questiona-se, de posse destas colocações: “ Até que ponto trabalhar doente não é sobrecarga? Não é uma situação de risco para o próprio trabalhador doente, para seus colegas e para os pacientes/clientes?” Trabalhar doente pode

⁴⁵ Ao buscar a compreensão dos trabalhadores de enfermagem de um hospital escola sobre o processo saúde doença, relacionando com o processo de trabalho, Gelbke (1991) apresenta motivos outros que enriquecem a reflexão sobre o afastamento do trabalhador doente.

provocar um “adoecimento” coletivo no trabalho. Portanto, é premente que a possibilidade de acidente que esta condição encerra seja valorizada, por pressupor, se concretizada, no também afastamento do trabalhador, com uma carga de estresse e preocupação excessivamente maior do que se houvesse o afastamento para recuperação da saúde.

“Porque existe esta resistência do trabalhador em aceitar sua condição de ‘doente’? Será que é apenas pelo estigma e sobrecarga de trabalho para o colega, ou extrapola estas questões para centrar-se nas concepções existentes sobre o processo saúde-doença?”

Provavelmente, estas concepções não correspondem às manifestações sentidas pelo seu corpo naquele determinado momento ou às manifestações “aceitas socialmente” como necessárias para caracterizar a doença.

O trabalhador em questão refere que estava ruim, sentindo-se mal, péssimo, sem que isto justificasse um atestado. “O que mais precisaria, então, para justificá-lo?”

As concepções a respeito do processo saúde-doença, principalmente por existir um grande contingente de trabalhadores jovens, que dificilmente assumem esta condição, necessitam ser amplamente discutidas com os trabalhadores e re-avaliadas, para que se reproduzam em ações que assegurem a qualidade de vida do trabalhador e a qualidade do processo de trabalho. A organização do trabalho também encerra concepções de saúde-doença, que norteiam uma lógica de ações e reações por parte dos trabalhadores, a qual precisa ser refletida em conjunto.

Partindo da intenção primeira, de prevenir as situações de risco e acidentes de trabalho, é premente que o processo saúde-doença tenha espaço para reflexão, visto ser a relação que se estabelece entre o trabalhador “doente” e seu ambiente de trabalho, uma relação igualmente “doente”, ou seja, tendendo à produção do acidente de trabalho. Uma relação de constantes incongruências

entre o trabalhador, seus pares e o cotidiano da prática.

- Ações de risco vinculadas às condições de trabalho

As condições de trabalho relativas aos recursos humanos e materiais são determinantes do processo saúde-doença dos trabalhadores. A forte influência destes recursos também se fez sentir na ocorrência de acidentes, compondo, com grande ênfase, a associação de motivos condicionantes.

Quanto a este aspecto, cabe salientar que o trabalho em saúde está articulado e na dependência de um sistema de saúde, cujas políticas influenciam, em muito, na distribuição de recursos às instituições de saúde. Acompanha-se o setor saúde enfrentando sérios problemas financeiros, de distribuição de verbas, e até se entende, enquanto trabalhador, que tal problemática extrapola os limites institucionais, pois está extremamente vinculado àquelas políticas de saúde vigente no país, que não tem na saúde, certamente, sua prioridade de ação. Sabe-se que a instituição é um reflexo microssocial das macroestruturas sociais, das políticas dominantes, como refletido anteriormente. Apesar de se ter o entendimento de que esta problemática é quase que geral nos hospitais, os trabalhadores não podem deixar de reivindicar melhorias nas condições de trabalho.

Entende-se ser difícil lutar por transformações em um sistema de saúde que não oferece recursos, na demanda necessária, aos usuários mediatos ou imediatos(trabalhadores, pacientes/clientes). Mas, se é possível alterar um mínimo no espaço microssocial do trabalho institucionalizado, este mínimo deve ser modificado. Tais modificações podem incluir desde as modificações de certos hábitos dos próprios trabalhadores, até as lutas do grupo de trabalhadores

por melhoria nas condições de trabalho. O envolvimento maior do trabalhador na organização do trabalho, no qual está inserido, no tocante à melhoria das condições existentes, cria um compromisso de ambas as partes – instituição e trabalhador - o que gera maior integração, participação e qualidade.

Nos depoimentos dos trabalhadores entrevistados, estes recursos são apontados como motivos condicionantes dos acidentes e de certos sentimentos indesejáveis, os quais suscitaram reflexões e análises.

O T5 acidentou-se, quando estava colocando o lixo no depósito. Uma lâmina de bisturi, que estava para fora do recipiente, que acondiciona resíduos pérfuro-cortantes, cortou-lhe a mão. Considera que a pressa no executar as ações de trabalho tenha sido o motivo da pouca atenção dispensada à sua ação direta. Estava preocupado demais com as tantas ações a serem desenvolvidas no turno de trabalho:

“Eu estava colocando...acho que foi numa caixa de ‘descarpak’⁴⁶, eu estava armazenando, e eu estava com muita pressa, porque eu tinha muita coisa para fazer. No que eu fui jogar uma caixa e tinha uma lâmina para o lado de fora da caixa, que até nem vi, e conforme eu joguei, a lâmina pegou, mas foi mais superficial, não chegou a ser muito profundo, não.” (T5)

A pressa aparece com uma frequência significativa na associação de motivos condicionantes dos acidentes; se não diretamente ligada a eles, pelo menos permeando as ações cotidianas. Sua existência aparece alicerçada na insuficiência ou inadequação de recursos humanos ou materiais à demanda da clientela e do trabalho.

⁴⁶ *Descarpak* é o recipiente utilizado na instituição estudada, para desprezar os resíduos pérfuro-cortantes. Apresenta paredes rígidas, saco plástico no interior e abertura única na parte superior, por onde são descartados tais resíduos. Segundo a Associação Brasileira de Normas Técnicas, os resíduos pérfuro-cortantes são todos aqueles resíduos que podem causar lesão cortante ou perfurante, incluindo agulhas, lâminas de bisturi, entre outros.

No que tange aos recursos humanos, cabe salientar que o número reduzido de trabalhadores tende a desencadear um agir rápido e desordenado, como tentativa de cumprir todas as ações destinadas a um turno de trabalho. Devido à sobrecarga, os trabalhadores apenas fazem, sem tempo para refletir, o que abre precedentes para a ocorrência de acidentes, como comentado no foco temático anterior.

A fala do T1 mostra a pressa como consequência da sobrecarga de ações e do número reduzido de pessoal:

“Sobrecarga de serviço (...) muitas tarefas, poucos funcionários. Inclusive agora deu um acidente no turno da tarde. Estão trabalhando três ou quatro, com 45 paciente. Dá problema. Já se acidentou uma e vai se acidentar mais. A pressa...está com pressa de fazer o serviço, não pode ser assim. O pessoal que se acidenta, geralmente é por sobrecarga de trabalho. É mesmo a pressa. Muita confusão, muitas vezes o serviço está tumultuado e se acaba fazendo bobagem.”(T1)

A inadequação de recursos humanos às necessidades institucionais não impõe, necessariamente, que o trabalhador desempenhe suas ações cotidianas associadas à pressa. Antes, deve conduzir à seleção de prioridades, para que possa atuar em cima das necessidades mais prementes, a elaboração de um planejamento, ao invés de buscar a execução de maior número de ações em um mesmo período de tempo. A seleção de prioridades limita o gasto de tempo, direciona as ações para que aconteçam, sem que o trabalhador necessite usar da pressa em sua jornada de trabalho e possibilita um agir de forma organizada, sem os “atropelos” tão comuns no cotidiano de trabalho, quando da falta de pessoal.

As más condições de trabalho, ou seja, de recursos humanos e materiais, promovem um desgaste físico e emocional no trabalhador, o que pode aumentar as possibilidades de acidentes. Ilustra-se tais reflexões com a fala de dois

trabalhadores entrevistados:

“Numa urgência, tu precisa de equipamentos que tu não tem e tem que sair correndo atrás. E como é uma situação de urgência que tu tem que correr, tu estás correndo risco, porque tu está fazendo muito agitado. Tu tem que correr para providenciar monitor, correr para o desfibrilador, correr para não sei o quê. Tudo vai, corre, daqui a pouco cai com um troço pesado em cima. (...) Se tu tiver tudo à mão, tu faz as coisas devagar, com atenção, numa boa, com calma e segurança. Agora, se tu está correndo, já traz o equipamento correndo, larga ali, aí monta, aí tu tem que punccionar... o paciente está mal, não dá para perder tempo, tu já não põem a luva. Então são coisas que te expõem.”(T2)

“(...) Faltam as coisas, a gente tem que está improvisando, correndo para fazer as coisas....é um desgaste total”(T4)

O desgaste, que é uma face negativa do trabalho, é abordado por Laurell e Noriega (1989), quando analisam a dinâmica do acidente a partir da lógica do processo de produção. Segundo os autores, na análise dos acidentes sob esta ótica, “aparecem novos elementos causais e uma articulação totalmente distinta entre eles” (op. cit, p.114). Estes elementos, desgaste e cargas de trabalho, necessitam ser discutidos, para que se compreenda suas relações com os acidentes de trabalho.

Carga de trabalho, para os autores supra citados, diz respeito aos elementos presentes no processo de trabalho que interatuam dinamicamente entre si e com o corpo do trabalhador, gerando processos de adaptação, que se traduzem no seu desgaste, sendo este desgaste a perda da capacidade potencial ou efetiva, corporal e psíquica. Estas cargas de trabalho que, ao interagir com os trabalhadores, podem conduzir ao desgaste, constituem-se em elementos de risco, que predispõem ou não à ocorrência de acidentes de trabalho, dependendo da forma como são manejados e articulados com o processo de formação do ser

humano.

Os elementos de risco, que se mantêm em um movimento dinâmico dentro do processo de trabalho, influenciam significativamente no modo de trabalhar e viver do conjunto dos trabalhadores.

Depreende-se daí que o desgaste resultante da interação do corpo individual com os elementos presentes no processo de trabalho fragiliza os trabalhadores, fazendo com que desenvolvam suas ações muito próximo à possibilidade de acidentes, no ténue limite da situação de risco. Conhecer estes elementos, sob a ótica dos trabalhadores, permite intervir no processo de trabalho, através de ações transformadoras.

Poderiam surgir, da análise dos recursos humanos e materiais não adequados a demanda, questionamentos da seguinte ordem: É possível parar para refletir, quando se tem que correr na busca por recursos para trabalhar? É possível refletir sobre EPI, quando a luva que se tem é inadequada em tamanho? É possível refletir quando não se tem certos materiais para trabalhar? Este é um espaço que precisa ser conquistado, uma conquista que não é fácil, pois envolve além do enfrentamento da organização do trabalho. É preciso enfrentar a si mesmo, em primeiro lugar, para “aprender” a buscar espaços de reflexão que desacomodem e que façam nascer a crítica fundamentada na prática e no conhecimento.

A organização do trabalho, planejada por trabalhadores que, hierarquicamente, detêm o poder decisório, pode ser modificada por trabalhadores, que conhecem a realidade e, portanto, sofrem o desgaste imposto por condições precárias, por relações que tendem a aumentar este desgaste.

“Hoje não tinha luvas para trabalhar, e eu fui buscar. A gente têm que exigir. Não se pode aceitar trabalhar sem luvas.” (T6)

A partir do momento em que se percebe o desgaste que provém da não adequação das condições disponíveis às exigências do trabalho, deve-se lutar pelo equilíbrio, pela adequação, de forma coletiva, fazendo valer a força dos trabalhadores na busca por um trabalho seguro, de qualidade e com saúde.

“Quanto mais intenso for o desgaste da força de trabalho dentro do processo produtivo, maior tenderá a ser o depauperamento da mesma, ou melhor, o desgaste físico e emocional” (Costa, 1981, p.31). A mesma autora refere que os acidentes refletem um dos ângulos da forma de exploração da força de trabalho. Esta exploração, que abarca diversos aspectos do processo de trabalho, como os exemplos analisados, tem repercussão nas diversas esferas da existência humana, podendo manifestar-se no momento do trabalho em forma de acidente. Tal exploração e suas conseqüências devem ser contestadas pelo próprio sujeito do trabalho e modificadas, visando resultados outros que não o acidente, ou seja, visando a produção da sua saúde dentro desse espaço, que pode abrigar qualidade, partindo de atributos positivos, ao invés de negativos.

O desgaste é produzido no cotidiano de trabalho, bem como provém de fatores externos ao ambiente/espaço do trabalho, relativos às condições gerais de vida, como salários baixos, alimentação precária.

Na abordagem feita por Costa (1981) sobre acidentes de trabalho, fica evidenciado que os níveis gerais ou condições gerais de vida do trabalhador são extremamente importantes de serem considerados, visto existir uma correlação entre acidente, desgaste e padrões gerais de vida. Segundo esta autora, o trabalhador, que sofre um desgaste antes de iniciar a jornada de trabalho, já começa a trabalhar sem ter as condições para tal. Por estar mentalmente esgotado, “a mera diminuição de seus reflexos, por menor que seja, pode causar um acidente” (op. cit, p.73).

O ser humano é um ser total m cada vivência do seu cotidiano. A

influência, tanto das condições gerais de vida como do trabalho na maneira de viver, é uma realidade incontestável, pois ele é o mesmo nas diferentes esferas de sua existência. No entanto, como construtor de sua saúde, como sujeito do trabalho, deve buscar, enfaticamente, a congruência entre suas necessidades internas e o meio externo para ser saudável. Então saudável, construtor se faz da saúde dos outros trabalhadores e dos clientes da prática. Acomodar-se a um sistema ou às condições existentes, seria estabelecer a incongruência que lhe conduz ao adoecimento. Esta busca não é apenas individual, é também do conjunto de trabalhadores, pois o ser humano, em suas relações de trabalho, têm limites, sofre influências, convive, vive. Por estarem estabelecendo constantes relações, esta é uma busca de todos os trabalhadores.

Ao analisar a associação de motivos condicionantes dos acidentes, envolvendo sangue e/ou fluidos corporais, no hospital estudado, percebe-se que os motivos realmente não ocorrem de forma isolada, validando a reflexão inicialmente feita. Ao contrário, estão extremamente entrelaçados, sendo difícil que a alusão a um deles não implique em que os outros apareçam, concomitantemente. Estes entrelaçamentos demonstram que os motivos estão muito mais na organização do trabalho, do que em ações individuais. Os motivos estão emergindo e convergindo para tal organização a cada ação individual refletida.

Cada motivo apontado pelos trabalhadores, está permeado pelo processo de reflexão-ação, que ainda se encontra num patamar afastado do fazer dos trabalhadores. Cada motivo é gerado na organização do trabalho, a qual está na dependência das necessidades dos meios de produção e da sociedade. São resultados, então, de um conjunto de ações e de relações no e do trabalho, processados no cotidiano da prática. Isto posto, depreende-se que é nesta prática

e com estes trabalhadores que deve ser iniciado um processo de transformação, embasado no processo educativo que, com muita propriedade, faz superar desafios, recuperar a criatividade e a participação dos trabalhadores na organização do trabalho, de modo a, utilizando-se dos saberes próprios de cada um, produzir saúde numa organização tecnológica que esteja igualmente voltada para este prisma.

Análises outras, distantes daquelas centradas na associação de motivos condicionantes, emergem do discurso dos trabalhadores e são compiladas a seguir.

Sentimentos que envolvem os acidentes

Os sentimentos aqui analisados, apresentam dois enfoques: predispõem ao acidente como resultado do desgaste imposto pelo processo de trabalho, ou emanam da situação concretamente vivida.

Os sentimentos que predispõem ao desgaste, estão muito na dependência da insuficiência e inadequação de recursos humanos e materiais. Além dos problemas já referidos no foco temático anterior, propiciam o estresse, o inconformismo, sentimentos que facilmente conduzem ao desprazer no trabalho. Apesar do desprazer ou sofrimento não serem claramente pontuados pelos trabalhadores como motivo do acidente, o desgaste relatado, a incessante busca por condições para o desempenho de suas ações, entre outros tantos achados, permitem que se estabeleçam as relações entre estes elementos e o sofrimento associado a prática cotidiana.

Ao escrever sobre o sofrimento e o prazer do trabalho, Lunardi Filho

(1995) ressalta que o trabalho, dependendo da forma como está organizado, pode ser fonte destes sentimentos. Discorrendo sobre os recursos para realizar o trabalho, analisa a fala de trabalhadores entrevistados, demonstrando o quanto a falta de recursos humanos pode gerar sofrimento. Refere “que a insuficiência de pessoal é percebida como fonte de sofrimento, devido ao excesso de atividades que tem de ser compartilhado pelo pessoal disponível para trabalhar” (op. cit., p. 122).

Além do sofrimento causado pela falta de recursos humanos, “a carência de recursos materiais, a começar pelas roupas de cama, inviabiliza, até mesmo, acomodar o paciente no leito” (op.cit., p.124), o que gera grande insatisfação, principalmente para os trabalhadores de enfermagem, que partilham mais de perto das necessidades dos pacientes/clientes. Afirma, ainda, que os trabalhadores relatam que estas faltas “angustiam e causam preocupação, conduzindo a um desgaste físico e emocional, que consideram a parte negativa do trabalho” (op. cit., p.127).

Extrapolando o sofrimento, que advém do desgaste físico e psíquico do trabalhador, e que pode resultar em acidente, surge o sofrimento como consequência do mesmo.

A alusão que os entrevistados fazem, quanto a este sofrimento, é extremamente inquietante. Alguns verbalizam que é necessário sofrer para aprender, relacionando o “sofrer” com o acidente vivido, e o “aprender” com a suposta ou real mudança de atitudes após o mesmo frente às situações julgadas como de risco:

“Me serviu como exemplo... Eu acho que para aprender como lição. Não deveria ser assim, já deveria ser conscientizado, mas a gente tem que sofrer para aprender.” (T1)

Ao analisar a expressão “aprender como lição”, percebe-se que o

elemento formador do trabalho aparece como castigo/punição, que faz aprender. É como se o acidente fosse necessário para a modificação de hábitos:

“...por um lado, assim foi até melhor para eu ter um pouco mais de cuidado, porque mesmo que tu..., se não ocorreu acidente nenhum, tu sabe todas as prevenções, tu te cuida, mas tu não vai ter aquela consciência que tu tem, quando já te acidentou. Tu não sabe como é que é. Por mais que tu tenha prevenção, tu nunca sentiu aquilo ali, que tu vem a sentir depois de ter te acidentado.” (T5)

“Será que é preciso se acidentar para ter cuidado? É...Hoje eu me cuido mais, faço as coisas sem precisar de afobação.” (T6)

São depoimentos fortes, que entram em conflito com a necessidade do saber fazer, com o prazer no trabalho. O trabalho, enquanto espaço formador na existência humana, é um momento de realização do ser humano e, para que possa ser desenvolvido com qualidade, torna-se necessário o prazer no desempenho das ações cotidianas, como forma de estimular o trabalhador na busca pela sua qualidade de vida e do outro. O prazer não pode estar desvinculado do fazer, pois são complementos do ser humano. Esta percepção de trabalho não permite o sofrimento como um mal necessário.

O fato de o acidente ser visto como um sofrimento necessário para o “aprendizado” parece estar relacionado com a resignação do trabalhador diante de um cotidiano, que encerra esta possibilidade e que parece não poder ser mudado, como se pertencesse à esfera da fatalidade. Para Enguita (1993, p.102), “o ambiente não é algo dado para o homem, algo que este deva se limitar a sofrer como se sofrem as catástrofes naturais ou as mudanças atmosféricas. Não já porque possa ser modificado desde fora (pelo ser supremo, pelo salvador, pela minoria, pela história convertida em sujeito ou pela marcha inexorável das forças produtivas: tanto faz), mas porque pode ser, deve ser e é de fato

modificado pelos próprios homens."

O ser humano não pode se acomodar à fatalidade do acidente e resignar-se a isto. Necessita assumir o "papal" de sujeito transformador. " É preciso mudança, é preciso mudar o ambiente, o que significa mudar a si mesmo. Mas toda mudança exige coragem, exige um enfrentamento de si mesmo, de seus medos, de suas limitações, para encontrar-se com o outro sujeito e, de forma coletiva, ser forte para mudar e exigir mudanças no ambiente educador do trabalho. "Ao transformar coletivamente seu medo, os homens mudam o ambiente educador, mudam a si mesmos e mudam os demais; e, como cada um é educador dos outros e os outros o educador de cada um, como os homens se fazem uns aos outros, resulta que, se não direta, mas indiretamente, se fazem a si mesmos, mas só dentro do processo de transformação do que os rodeia" (op. cit, p.102).

Ao escrever sobre acidentes de trabalho, Costa (1981, p.14) salienta que um dos problemas centrais nos casos de acidentes "começa a aparecer quando esta questão é apreendida de modo ideológico, isto é, o acidente como inerente ao próprio trabalho. (...) O simples fato de 'trabalhar', poderá trazer conseqüências à saúde e integridade do trabalhador, pois o risco é concebido como algo ligado intrinsecamente ao trabalho, como algo que poderá atingir o operário, trazendo-lhe inclusive a morte."

Quando predomina esta ideologia de que o risco e o acidente são fatalidades passíveis de ocorrer no trabalho, o trabalhador tende a aceitar essa possibilidade como imutável, como não podendo ser evitada, e tende, igualmente, a acomodar-se às situações, não buscando mudanças.

A passividade de aceitar o acidente como intrínseco ao trabalho necessita ser substituída pela ação coletiva ativa de mudanças, desde melhorias nas condições relativas a recursos humanos e materiais, até melhorias nas relações de trabalho que se estabelecem neste cotidiano.

O sofrimento, que advém do acidente, parece estar vinculado ao sentimento de culpa, pela ação individual que o desencadeou. Esta culpa, se analisada com enfoque nas relações de trabalho, como abordado previamente, é, em muito, determinada pela forma como o trabalho está organizado, criando condições que propiciam acidentes. Estas condições não se limitam só aos pontos relatados pelos entrevistados, como falta de material, inadequação dos mesmos ao uso, mas abrangem também outros fatos que, por serem às vezes imperceptíveis e nem sempre mensuráveis, vão se acumulando, tanto no aspecto físico, como no aspecto emocional do trabalhador, constituindo-se em estímulos constantes ao desgaste e conseqüente exposição a acidentes.

A culpa é outro sentimento que aparece com relevância significativa nas entrevistas. “De quem é a culpa pelo acidente?”

“A única culpada fui eu, quem realmente...Se eu tivesse tomado cuidado...Não pensei, realmente são aquelas coisas que tu faz sem pensar. Tudo o que se faz sem pensar, não dá certo. Fiz uma coisa assim, sem pensar. Nunca parei para pensar”.(T2)

Ao se fazer uma análise do que causou o acidente, em contrapartida, abre-se um leque de possibilidades, de como ele poderia ter sido evitado. Então esse erro-acidente passa a ter necessariamente um culpado: o próprio trabalhador, alguém ou a instituição, para onde é possível transferir responsabilidades, ou para servir de “consolo” por ações que não deveriam ter ocorrido.

Esta relação de culpa é muito presente na sociedade, da qual o ser humano faz parte. Como as relações de trabalho são um reflexo da organização e das relações sociais determinadas historicamente, a culpa se mostra fortemente permeando as ações do ser humano, inclusive em se tratando de acidentes de trabalho na área da saúde:

“Eu sabia que era eu a errada.(...) Eu sabia que era eu que tinha facilitado.” (T1)

“Por uma falha minha, eu me acidentei. Pela minha afobação.”(T6)

A tendência do trabalhador é atribuir a culpa, pelo acidente, à sua ação individual. Portanto, ele é culpado. O único culpado. Cabe salientar, neste momento, que todos os entrevistados relataram não ter faltado equipamentos de proteção por ocasião do acidente, o que enfatiza a culpa como sua.

É extremamente simplista atribuir a culpa do acidente “ao próprio operário”, que não controla o processo da produção e do trabalho, ou então atribuí-la aos “maus patrões” por não oferecerem as condições adequadas de trabalho e de segurança (Costa, 1981). A autora salienta que “as condições concretas de realização de um dado processo de produção não dependem da vontade de pessoas e até de empresas, individualmente consideradas” (p.109). Visto ser o processo de trabalho determinado historicamente pelo modo de produção vigente, é dele, indiretamente, também, a responsabilidade dos acidentes.

A culpa, no contexto do trabalho coletivo, é da própria forma como o trabalho está organizado, levando a condições que propiciam os acidentes. Elas não se limitam só aos fatos concretos, como falta de materiais ou de equipamentos, inadequação dos materiais ao uso, mas abrangem, também, fatos outros que, por serem muitas vezes imperceptíveis e nem sempre mensuráveis, vão se acumulando, tanto no físico, como no emocional do trabalhador, constituindo-se em estímulos constantes ao desgaste e à conseqüente exposição a acidentes.

A representatividade da organização do trabalho, contida em cada ação individual, é dificilmente percebida, pois as próprias leis que regem os acidentes

não abordam estas relações.

“No Brasil, grande parte das investigações de acidentes, realizadas por força de normas legais pela maioria das empresas, ainda baseia-se na concepção dicotômica de ato inseguro e de condições inseguras, freqüentemente desembocando na atribuição de culpa ao trabalhador pelo evento que o vitimou e recomendando medidas de prevenção orientadas para mudança de comportamento, sabidamente as mais frágeis” (Binder & Almeida,1997, p.750).

Dejours(1988), ao discorrer sobre acidentes de trabalho, enfoca a culpa, salientando que o mais comum é o trabalhador se envergonhar ou até se culpar no momento do acidente. Freqüentemente não se analisam as situações de trabalho (local ou condições) e os trabalhadores surgem como culpados de um erro ou falha. Tanto a culpa quanto a mudança necessária, ficam no plano individual.

Para Costa (1981, p.102), “o fundamento último dos atos inseguros, e mesmo das condições inseguras, é (...) ocasionado pela falha humana, e, basicamente, pela falha do operário. Portanto, se, por exemplo, um operário mal alimentado, esgotado por horas e horas de trabalho (...) sofrer um acidente, terá cometido um ato inseguro, e seria o causador do seu acidente”. Seguindo a lógica deste pensamento, os acidentes geralmente são atribuídos a fatores provenientes dos trabalhadores e não ao modo de produção de onde emanam muitas das condições de trabalho, muito da forma organizativa do trabalho. A referida autora posiona-se contrária a esta lógica, percebendo, portanto, o modo de produção como co-responsável pelos acidentes.

Pode haver, sim, atitudes atribuídas à negligência, à irresponsabilidade do próprio trabalhador; mas como inserido em um contexto maior de trabalho, sofre influências da organização do mesmo. Não se quer reduzir a responsabilidade do trabalhador, de maneira alguma, porém diluí-la no coletivo das relações. Havendo a diluição da culpa, os trabalhadores todos são chamados

a re-pensar, a re-organizar suas ações, visto estarem indiretamente comprometidos com o acidente ocorrido. A importância deste comprometimento está na direção de “trabalhadores conscientes dos riscos a que estão expostos, portanto, participantes também de sua própria saúde e segurança, resultando, por conseguinte, na melhoria de seu desempenho produtivo” (Gonçalves,1996, p. 27), bem como na produção da sua saúde no trabalho.

Repercussões do acidente

As repercussões dos acidentes de trabalho extrapolam para além do espaço institucional.

Ao serem questionados sobre a influência do acidente na vida profissional, os entrevistados relatam que esta ocorrência desencadeou um processo reflexivo a respeito dos hábitos que vinham sendo adotados. Certas reflexões permaneceram em nível de análise e transformação dos próprios hábitos:

“Agora mesmo, já sei: nunca mais vou embrulhar coisas deste tipo. (...) A gente está bem orientado: não amassar papel nenhum. Qualquer curso que tu vai, dizem que não se amassa papel nenhum. Mas é uma bobeira que dá na hora. (...) Serviu como lição.”(T1)

“Mas serviu, serviu para pensar. Serviu para parar: para que se expor àquilo? De repente eu tive sorte porque tomei poucos dias (referindo-se à medicação). Tive sorte que o paciente não era positivo. Tive sorte...”(T2)

A referência quanto à tentativa de mudanças nos hábitos do grupo de

trabalho, através da ampliação de sua experiência, criando um ambiente propício à discussão e à reflexão coletiva, foi apresentado por um trabalhador:

"Eu estava conversando com eles (colegas da mesma categoria) a respeito até do uso da luva, e eles falaram que achavam que era bobagem, e eu falei: Não. E tentei até um pouco assustar eles; até mesmo para o bem deles, falei: Não, deve de usar que isso aí é para o teu bem mesmo(...)"(T5)

O fragmento da fala do T2 "tive sorte", remete a identificar o trabalho como uma mesa de jogo ("tive sorte"), onde os jogadores (trabalhadores) negociam, agem, não sabendo a jogada (ação) do outro, não sabendo como se processam muitas das regras do jogo (organização do trabalho). A cada jogada, existem duas possibilidades: vencer o jogo (sair hígido), ou perder (sair contaminado pelo acidente). É uma grande jogada de sorte (processo de trabalho). O trabalho não pode ser apreendido como sendo um "jogo da sorte", pois a possibilidade de perder significa muito mais do que encerrar uma jogada e partir para outra, na mesma mesa. Significa iniciar outra jogada em mesas diferentes, ou seja, na mesa do adoecimento, que acompanha a contaminação.

Assim sendo, não pode ser considerado como um jogo, é uma vivência, uma exterioridade do ser humano, de suas potencialidades e capacidades.

Ao se tratar da influência do acidente, na vida pessoal dos trabalhadores, nota-se que alguns deles tiveram grande dificuldade de falar sobre esse aspecto, limitando-se a responder sim ou não. Isso ocorre, certamente, por se tratar da privacidade do problema, momento em que os medos, as ansiedades, as preocupações afloram com maior intensidade e, portanto, trazem mais lembrança dos sentimentos vividos. Esta limitação foi respeitada pelos sentimentos envolvidos e por não existir continuidade da entrevista neste ponto.

Já os trabalhadores, que conseguiram expressar tais influências, relatam seu predomínio no aspecto emocional: a ansiedade de espera do resultado dos

exames a cada coleta, a necessidade de afastar-se temporariamente do trabalho para absorver melhor o ocorrido, a ansiedade pela medicação e seus efeitos colaterais. Mesmo os trabalhadores, que fizeram alusões às repercussões do acidente na vida pessoal, limitaram sua problemática ao espaço/ambiente do trabalho, ou seja, limitaram-na aos aspectos que envolvem seu tempo no trabalho. Não se reportaram a outros espaços/ambientes, mesmo quando questionados, com exceção de um trabalhador.

As falas abaixo demonstram a limitação das repercussões ao seu tempo no trabalho:

“Não! Eu não sou uma pessoa normalmente estressada. Só mudou cada vez que eu tinha que esperar o resultado lá na porta do laboratório.”(T2)

“Andava irritada no trabalho, e sempre com enjôo.”(T4)

A influência do acidente na vida dos trabalhadores envolve sentimentos difíceis de externalizar, o que faz com que os trabalhadores permaneçam fechados em si mesmos, não permitindo ou não querendo a intervenção de outros profissionais. A não externalização impede que esses sentimentos sejam devidamente compreendidos tanto pelos trabalhadores que os experienciam como pelos demais. Sua compreensão, no entanto, tornaria possível que, a partir do seu compartilhar, servissem como importantes argumentos para a transformação do trabalho.

Recorre-se a certas falas, que demonstram, claramente, o quanto as experiências vividas em qualquer das esferas, que compõem a totalidade do trabalhador, podem ter influências tanto negativas quanto positivas em sua vida. Essas influências podem conduzir a alterações em seu modo de viver, de trabalhar, de refletir.

“Eu acho que, psicologicamente, mudou muito. Algumas reações físicas aconteceram, mas eu acho também que, por causa do meu estado emocional. (...) Nesse período, eu tentei me alimentar melhor, porque eu sou muito desregrada em questão de alimentação. De manhã eu não gosto de tomar café, então eu saio sem tomar nada. Eu comecei a comer uma frutinha de manhã, almoçar melhor, evitar algumas coisas, dar uma controlada nisso para poder reagir melhor. Eu acho que foi isso que eu fiz. Em primeiro lugar foi emocional. Fiquei muito mal emocionalmente. O físico reagiu, com certeza, mas eu tentei controlar. Procurei apoio psicológico na época também.” (T3)

Para este trabalhador, o acidente levou à ocorrência de uma revisão de hábitos costumeiros, para reforçar ou incluir hábitos saudáveis na vida, como o “simples” café da manhã. Serviu, apesar de toda a angústia que provocou, como um tempo de reflexão sobre sua vida sobre seus hábitos.

“No dia (do acidente) eu cheguei a ficar gelada, nunca vi minha mão tão gelada. Um calorão e a minha mão gelada, acho que de susto também na hora. Fica um monte de confusão na cabeça: será que pega? Aí tu vai para as teorias. Será que pega? Será que em cinco segundos é verdade que morre o vírus? A gente faz uma retrospectiva. (...) A cada HIV a gente fica pensando: será que vai vir positivo? Tem coisas que passam, mas sempre tem aquela insegurança. A gente não tem tanta certeza.” (T1).

O fato concreto, vivido por este trabalhador, traz medos, ansiedades e incertezas para um mundo onde só as certezas podem existir. E, de repente, ocorre um “contratempo” que abala todas as certezas, todas as seguranças. O acidente, no depoimento do T1, vem ao encontro desta reflexão, representando a “quebra” da certeza, para a certeza da incerteza.

Ao abordar o aspecto de não aceitação de incertezas pelo trabalhador da saúde, Capella (1996, p.55) relata que, “na área da saúde, por razões culturais, há a negação da dúvida, da incerteza, da diversidade. Demonstrar dúvida,

incerteza, sempre foi sinônimo de ignorância e insegurança. Por detrás desta armadilha, não se possibilita uma relação dialética, onde dúvidas e certezas, a segurança e o medo, o igual e o diferente podem ser discutidos (...). Talvez as “tantas certezas” impeçam que o ser humano perceba suas fragilidades diante das situações de risco.

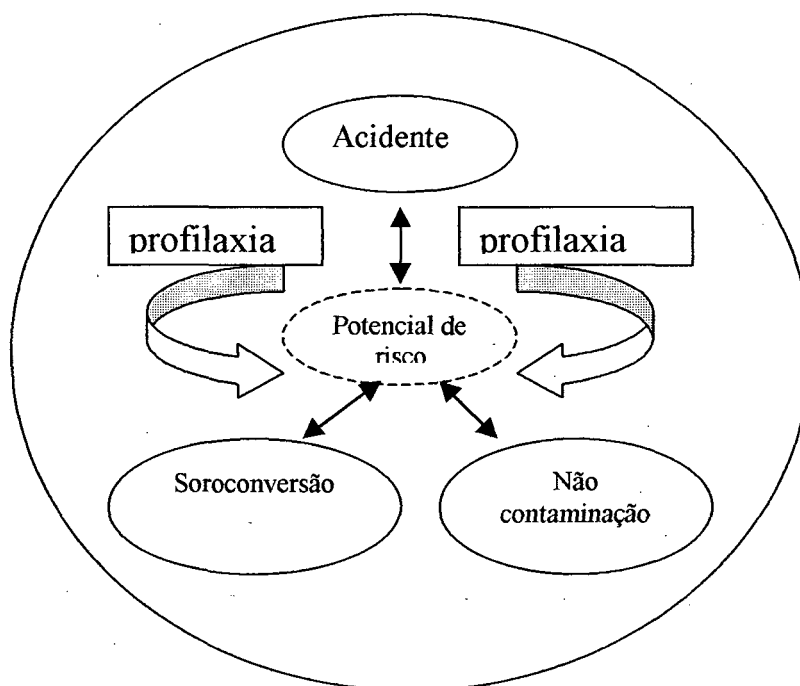
Da fala acima, retira-se um importante reflexão das entre-linha: o acidente pode ser gerador de questionamentos, que fundamentem o fazer posterior, isto é, se os questionamentos gerados no momento do acidente forem utilizados, *a posteriori*, subsidiarão a reflexão sobre a prática cotidiana. Não que o acidente seja necessário para a existência do fazer refletido, mas, partindo de sua existência concreta, que seja estímulo individual e coletivo para tal.

Quando da análise das repercussões dos acidentes, foi detectada a necessidade de propiciar momentos de discussão, reflexão conjunta, buscando o entendimento das relações interpessoais, de poder, de produção, que são parte desta organização, como forma de sair do aparente individualismo que envolve os trabalhadores e mascara a premência de modificações. Sozinho, torna-se extremamente difícil, não só modificar estratégias, atitudes, pensamentos, mas também perceber a amplitude do processo de trabalho, visto ele estar e ser fragmentado, sem a participação dos trabalhadores em todas as suas etapas.

Estas reflexões poderiam dar continuidade, com enormes contribuições, às pequenas conquistas que tem sido feitas com relação à prevenção de acidentes, que torna possível almejar um processo de trabalho, onde a ocorrência de acidentes seja a mínima possível, ou até inexistente, um processo de trabalho que produza a saúde dos trabalhadores.

Quimioprofilaxia: um bloqueador do potencial de risco para outro acidente – a soroconversão

Após o acidente de trabalho, envolvendo sangue e/ou fluidos corporais, o trabalhador exposto inicia tratamento profilático, entendido, no contexto dos acidentes, como a medida máxima de prevenção de outro acidente: a soroconversão. A quimioprofilaxia acontece como ação inibidora, funciona como um bloqueador do potencial de risco, ou seja, diminui o potencial da situação de risco para evitar a soroconversão. Isto pode ser visualizado no esquema seguinte:



O acidente de trabalho contém em si, o potencial de risco para a

soroconversão. A medida em que o trabalhador acidentado faz uso da quimioprofilaxia, este potencial pode ser bloqueado, havendo a não contaminação.

A necessidade de quimioprofilaxia é ressaltada, objetivando provocar um processo reflexivo conjunto, sobre a potencialidade que, cada acidente envolvendo sangue e/ou fluidos corporais encerra, para outro acidente, este sim, individualmente vivido. Esta é uma conduta institucionalizada, bastante produtiva, apesar de ainda não divulgada, a ponto de absorver todos os trabalhadores. Em relação ao uso, é respeitado o direito do trabalhador em querer ou não fazer o tratamento, porém, seus benefícios, principalmente quanto à redução das taxas de soroconversão, são enfaticamente apresentados. De direito, passa, então, a um dever, pois a produção da sua saúde fica na dependência da sua adesão ao tratamento.

A fala do T6 mostra claramente, esta reflexão:

“O pessoal disse: tu vais ter que tomar. Ah! Eu vou ter que tomar! Nessas alturas, eu já não sabia se ia tomar ou se não ia. Não sabia que atitude eu ia tomar, porque eu não estava preparada para aquilo: tomar o remédio. Aí eu fiquei pensando: eu tenho que tomar. Como que eu não vou tomar? Eu me acidentei, se tem isso aí, tenho que fazer. É a minha saúde.”(T6)

Dando seguimento, apresentam-se reflexões acerca do esquema de quimioprofilaxia, bem como do que representou para os trabalhadores vivenciarem o acidente e, logo após, vivenciarem outra situação que os reporta, diariamente, ou melhor, a cada ingestão dos medicamentos, ao momento do acidente vivido.

O Center for Disease Control (CDC) recomenda um protocolo para os casos de acidentes envolvendo sangue e/ou fluidos corporais (Anexo 4), cujo objetivo é evitar a soroconversão do HIV. Na instituição estudada, este

protocolo inclui, além do tratamento medicamentoso, a análise de fatores, tais como tipo de acidente, carga viral do paciente, quantidade de sangue envolvida. Conforme resultado dessa análise, os medicamentos são prescritos pelo médico do Hospital Dia, para onde o trabalhador acidentado é encaminhado, ou deveria ser, em primeira instância.

Todos os trabalhadores entrevistados foram submetidos a essa quimioprofilaxia, com variações apenas no tempo de duração da mesma. O T1 e o T6, fizeram tratamento por 30 dias, devido ao paciente provocador do caso ser HIV positivo. O T2 e o T4, por 5 dias, tempo suficiente para que fossem feitos exames laboratoriais no paciente fonte, investigativos para HIV e vírus da hepatite B. E o T3 e o T5 também por 30 dias, por impossibilidade de precisar a origem do instrumento de trabalho causador do acidente.

É um tratamento que inclui 1 a 3 medicamentos, que apresentam uma série de efeitos colaterais indesejáveis. Em se tratando destes efeitos colaterais, alguns trabalhadores tiveram o desprazer de senti-los, em maior ou menor intensidade.

O T1 relata:

“Horrível! Terrível, terrível! Incomodava o estômago, é uma coisa péssima. (...) Eu sou extremamente resistente a estas coisas (referindo-se a ingestão de medicamentos). Isso aí era uma das coisas que eu queria fugir. Eu acho que o pessoal também foge. Essas medicações são terríveis! (...) Mandam fazer jejum, mas não dá para respeitar o jejum, de jeito nenhum. Eu comia um monte de coisas junto, não tinha condições de agüentar.” (T1)

Da mesma forma, o T5 e o T6 referem-se ao tratamento:

“A medicação é horrível (...). Enjoa muito, são remédios muito fortes. Por mais que tomasse com suco ou leite, aquele remédio é muito, muito forte.” (T5)

“O médico me disse: tu toma com coca-cola. No começo, até aceitei, porque tinha um equilíbrio de íons que a coca-cola dá. Depois, aquilo me fez um mal... Eu podia tomar coca-cola a qualquer hora, menos com a medicação. Eu tomava e botava tudo para fora, rejeitava tudo. Foi um horror, a cabeça doía... Tomei os 30 dias, mas contando em contagem regressiva: faltam 26 dias, faltam 20 dias... Aquilo foi para mim... A reação adversa do meu organismo foi um horror.” (T6)

Essas manifestações dos trabalhadores estão argumentadas no contexto científico farmacológico, fisiológico e patológico, que referem realmente ocorrer alterações importantes no organismo humano. Essas alterações exigem um tempo de adaptação ao uso. Como no caso da quimioprofilaxia o tempo de uso é “curto”, é necessário que a adaptação ocorra em um tempo “menor”. No entanto, o ser humano nessa situação “luta” para que a adaptação não exista, pois ela significará um processo de adoecimento, ou seja, o uso continuado dessas medicações, poderá ser sinônimo da soroconversão.

O fato de tomar essas medicações e sentir os efeitos colaterais, principalmente com relação a distúrbios gástricos, predominante no discurso dos trabalhadores, pode e deve ser evitado com medidas de prevenção de acidentes, uma vez que o desgaste emocional a eles relacionados, que reduz em muito a produção do trabalhador e sua qualidade de vida, não tem preço.

Como os investimentos em políticas preventivas só trazem benefícios e vantagens a médio e longo prazos (Costa, 1981), parecendo desnecessários pois não são imediatos, torna-se mais fácil assistir o corpo individual acidentado, reproduzindo o modelo clínico dominante.

Além dos efeitos indesejáveis, o tratamento é acompanhado do mesmo estigma que acompanha a doença AIDS. É como se quem estivesse recebendo a medicação já fosse portador do HIV. Surgem questionamentos em torno deste fato: Será que foi mesmo acidente de trabalho? Será que ele está com AIDS? Está tomando AZT, só pode ser... Isso faz com que alguns trabalhadores sintam-

se desmotivados a continuar o tratamento.

“O hospital inteiro vai dizer que tenho AIDS.”(T1)

Apesar de existir certa resistência por parte de alguns trabalhadores, em seguir a quimioprofilaxia pelo prazo determinado, é necessário que isso seja estimulado até o seu término, pois sabe-se, pelos dados já apresentados, que as possibilidades de soroconversão são reduzidas com a quimioprofilaxia (Pinto,1999).

Esta abordagem da quimioprofilaxia não pretende, de forma alguma, centrá-la nos efeitos colaterais, mas, partindo de sua necessidade, evidenciar, metaforicamente, a mudança que ocorreu na vida dos trabalhadores que, além de experienciarem o acidente, experienciaram a ingestão química do acidente. Cada comprimido ingerido desencadeia uma série de questionamentos, que não só trazem à lembrança o momento vivido do acidente, mas é acompanhado de uma nova situação de risco, a qual contém o potencial de um novo acidente: a soroconversão. E também cria, momentaneamente, uma nova maneira de “enxergar” a vida, com olhar de incertezas, preocupações e medos.

Esta medida máxima de prevenção poderia ser evitada, se medidas outras fossem adotadas na organização tecnológica da qual se compõe o trabalho.

As ações de prevenção devem concentrar-se nos momentos que antecedem os acidentes, para que seja possível atingir um estágio em que a ocorrência de acidentes seja a mínima possível ou até não exista. Do ponto de vista do capitalismo, este alcance mantém a força de trabalho produtiva. Já do ponto de vista da saúde do trabalhador, mantém a qualidade de vida e de trabalho.

Acidentes de trabalho como uma questão ética

“A ética não está restrita apenas a um código de ética profissional, como muitas vezes é vista, mas está imbricada nas relações de trabalho, é inalienável de todo agir humano”(Azambuja, 1997).

Os próprios acidentes de trabalho, envolvendo sangue e/ou fluidos corporais, envolvem questões éticas. Ao se tentar estabelecer, baseado nas leis existentes sobre acidente de trabalho: se o trabalhador tem direito de receber os benefícios previstos, como se isso fosse suficiente; quando se buscam motivos que podem envolver ações de outros trabalhadores; quando as condutas são desenvolvidas sem a preocupação com o conjunto; percebe-se que certos princípios éticos são feridos. Quando o respeito humano, respeito a certas normas, que são estabelecidas visando a proteção do trabalhador, e o respeito pela totalidade, do trabalho que se compõe de individualidades, deixam de existir na organização do trabalho, deixam de fazer parte das relações de trabalho, criam-se espaços propícios a ocorrência de acidentes. Se as relações de trabalho são éticas, na medida em que conduzem a uma vida com qualidade, deixam de sê-lo, quando se movimentam em sentido contrário, ou seja, quando produzem momentos em que o acidente pode se estabelecer.

A necessidade de que se conceba o processo de trabalho como um conjunto de ações coordenadas, aproxima-se muito das relações éticas. Enquanto o trabalho for visto centrado nas ações individuais, ou seja, cada um faz o que tem que ser feito, como se cada um fosse um fim em si mesmo, as próprias ações dos trabalhadores tendem a ficar no plano individual: “cuido de mim mesma”, “o resto é o resto”. É importante este cuidado de si, sem dúvida,

mas como resultado de uma política coletiva de produção da saúde. A expressão “cuido de mim mesma” traduz uma visão equivocadamente limitada de entender o processo de trabalho, enquanto uma prática desenvolvida por um conjunto de trabalhadores, cujas ações encadeiam-se uma nas outras, possibilitando o movimento do processo de trabalho. O cuidado, dentro desta percepção de trabalho, deve ser direcionado tanto a si mesmo quanto aos colegas, quando se trata de produção da saúde no e pelo trabalho.

No processo de trabalho em saúde, a produção constante de situações de risco, provoca interações constantes entre o trabalhador e os elementos de risco que as compõem. Esta interação será ética, na medida que, permeada por ações de proteção de si e do outro trabalhador, vier a produzir a saúde do trabalhador.

A ética, no acidente, está no estabelecimento do conhecimento a respeito dos elementos de risco, presentes no cotidiano do trabalhador, e de como interagir sem acidentes. Segundo Goelzer (1998, p.47), “é um direito dos trabalhadores saber com que produtos trabalham e a que riscos estão potencialmente expostos”. Está na percepção do quanto cada ação individual pode ser, e é, resultado do conjunto de ações através do qual existe o trabalho.

A ética está, enfim, nas ações dos trabalhadores e nas relações de trabalho. Quanto mais voltadas ao acidente, menos éticas serão as ações e as relações. Quanto mais voltadas à produção da saúde do trabalhador, tanto mais éticas o serão.

Elaborando a necessidade de uma sistematização tecnológica

Em face ao exposto neste núcleo temático, considera-se importante apresentar considerações acerca da necessidade de que exista uma sistematização tecnológica na prevenção e controle das situações de risco e de

acidentes de trabalho envolvendo sangue e/ou fluidos corporais, que se fizeram presentes no discurso dos trabalhadores.

Nesta perspectiva, o relato dos trabalhadores evidencia que a ausência desta sistematização interfere, sobremaneira, no estresse causado pelo acidente. As sucessivas idas e vindas a diversos setores, sem que encontrem respostas aos questionamentos mais simples tais como: onde vou, o que faço agora, aumentam a ansiedade e o medo, e afastam o trabalhador da busca por soluções. O estresse causado pelo acidente é tanto, que não deveria aumentar por conta das incansáveis buscas:

“A pessoa já trabalha aqui dentro, a pessoa convive dia-a-dia com o que causa o HIV no portador, quer dizer, a pessoa, se já é muito impressionada, dia-a-dia lidando com aquilo ali, convivendo, é uma segunda casa aqui dentro. Se, de repente, se depara com o acidente, começa a se imaginar no mesmo estado. Qual é o estado emocional que uma pessoa dessa fica? E, geralmente, não sabendo qual é o primeiro passo que vai tomar! (...) Se a pessoa não toma a providência que tem que ser tomada na hora, é capaz de chegar em casa e fazer uma bobagem, se apavorar. Isso aí a gente sabe que acontece.” (T5)

Destaca-se a trajetória de um entrevistado, que foi a três locais diferentes após o acidente. Foi ao serviço de pronto atendimento, pois tinha um ferimento cortante, de onde foi encaminhado para a sua chefia imediata. Esta, por não saber como proceder, encaminhou o trabalhador ao serviço de pronto atendimento novamente, para que fizesse curativo no local do ferimento. Após o curativo, foi encaminhado ao Hospital Dia para, finalmente, receber avaliação. Depois de receber a atenção necessária, inclusive a respeito das condutas, teve necessidade de ir novamente à chefia para o preenchimento do comunicado do acidente de trabalho (CAT).

De acordo com o relato dos trabalhadores, as chefias imediatas são

sempre o ponto de referência para qualquer tipo de problema. Então, no mínimo, esses trabalhadores deveriam estar bem informados, para melhor direcionar o acidentado. Apesar das condutas medicamentosas estarem a cargo dos médicos responsáveis pelo Hospital Dia, todos os trabalhadores devem estar a par dessas informações. Senão todos, pelo menos as chefias, que seriam multiplicadoras das mesmas.

O T5, quando questionado a respeito de como poderia ser feita a divulgação de todas essas informações, respondeu:

“Até devia começar, eu acho, que pela chefia, pelos nossos chefes imediatos. Porque o funcionário.... não sabe o que vai fazer primeiro. Vou procurar a minha chefe que ela deve de me comunicar primeiro. Porque, no dia em que eu me acidentei, eu fui até...cheguei na minha chefe para perguntar o que eu vou fazer primeiro, se vou no médico do trabalho, se vou no SPA. Se não me engano, ela disse que eu deveria procurar ela primeiro. Eu acho que deve de começar primeiro por ela, para ela poder passar para os funcionários para eles saberem. Que às vezes o funcionário fica tão nervoso que não sabe o que vai fazer primeiro.(...) Se tu crava uma agulha com muito sangue, uma pessoa geralmente nervosa vai se apavorar. Não são todas as pessoas que têm a calma.”(T5)

Sem dúvidas, este fato contribuiria, em muito, para reduzir a ansiedade, o estresse, e para oferecer apoio emocional. Porém, é necessário que todo trabalhador tenha esse conhecimento. É um direito seu, enquanto sujeito do trabalho.

Nas circunstâncias descritas, percebe-se que o foco apontado pelos trabalhadores entrevistados, acerca da necessidade de uma sistematização, fica muito centrado no momento após o acidente, ou seja, eles apontam a necessidade de uma sistematização de condutas a serem adotadas após o

ocorrido, no sentido de referências quanto a locais e pessoas para buscar “assistência”. Não mencionam a sistematização nos momentos anteriores aos acidentes. É, também, uma visão que reflete o modo hegemônico da saúde.

Mais uma vez fica evidente a importância de contrapor o sistema com novas formas e conteúdos, que produzam condições saudáveis de vida no trabalho. Isto pode ser possível, por exemplo, pela operacionalização dos conhecimentos pré-existentes sobre situações de risco e acidentes, que estão dissociados da prática, tornando-os, então, saberes tecnológicos.

É possível modificar realidades, quando os saberes produzidos e reproduzidos no próprio processo de trabalho, forem aplicados na prática diária, produzindo a saúde dos trabalhadores.

Não se quer uma realidade pautada nos acidentes de trabalho, e sim na prevenção dos mesmos. Para tanto, é necessário que os acidentes sejam compreendidos como resultantes das relações de trabalho, de modo que as intervenções se dêem nesta organização, e não apenas nos trabalhadores individualmente e após o acidente.

A visão proporcionada pelo conjunto de circunstâncias descritas e analisada neste núcleo temático, reproduzida do discurso dos trabalhadores entrevistados e da vivência pessoal no mesmo processo de trabalho, oferece subsídios para que se compreenda o processo de trabalho na instituição estudada. A partir daí, então, torna-se possível, o início de uma nova caminhada de descobertas, de identificação dos momentos que, neste processo de trabalho, foram identificados como prementes de mudanças. Esta caminhada é alicerçada no processo educativo.

Neste contexto, ressaltam-se as palavras de Freire, em Enguita(1993, p.103), quando se refere à relação do ser humano com o mundo, medida pela educação: “(...) o homem se faz na medida em que é capaz de admirar o mundo. É capaz de, desprendendo-se dele, conservar-se nele e com ele; e, objetivando,

transformá-lo. Sabe-se que é precisamente porque pode admirar o mundo que o homem é um ser da práxis ou um ser que é práxis. Reconhece o homem como um ser histórico.(...) Em vez do homem-coisa, adaptável, luta pelo homem-pessoa, transformador do mundo”.

As transformações que esse homem-pessoa, sujeito-trabalhador pode e deve provocar no mundo do trabalho, através do processo educativo, são abordadas no próximo núcleo temático, onde analisa-se a prevenção das situações de risco e de acidentes de trabalho, como um dos eixos norteadores da produção da saúde do trabalhador.

3. O PROCESSO DE FORMAÇÃO DO SER HUMANO NO E PELO TRABALHO

No transcorrer das análises sobre situações de risco e acidentes de trabalho, emergiram reflexões acerca do processo educativo como um componente do processo de trabalho, que pode conduzir às transformações que se fazem necessárias, tanto nos hábitos dos trabalhadores, como na organização do trabalho, no sentido de prevenir os acidentes e situações de risco. A necessidade destas transformações flui, por vezes do discurso dos trabalhadores entrevistados, por vezes de reflexões próprias que, enquanto também de uma trabalhadora da instituição estudada, reflete a mesma organização.

Este momento de análise terá, como fio condutor, o processo educativo, o qual permeia, faz parte, é produzido e se reproduz no cotidiano de trabalho.

Nesta perspectiva, a prevenção⁴⁷, que é, enfaticamente abordada, tem seu pilar de sustentação também no processo educativo, visto ser este a força motriz do trabalho com criatividade, com prazer, com qualidade de vida e com saúde.

A prevenção, que se pretende refletir, então, neste caminhar, está embasada na educação, enquanto processo de formação humana; na educação que, no transcorrer do trabalho humano, faz emergir, a cada ação sobre a realidade, a reflexão que produz a crítica de si mesma, e do processo de trabalho, no qual está o ser humano engajado; na educação, que não busca

⁴⁷ A prevenção aqui abordada, refere-se a toda e qualquer ação individual e coletiva dos trabalhadores que, sendo fruto de um saber anterior que possibilitou a reflexão e a ação sobre a prática desenvolvida; quando aplicado sobre o objeto, traduz toda uma forma de organização do trabalho, que busca a redução da exposição dos trabalhadores às situações de risco e acidentes, existentes no processo de trabalho. O conhecimento e a reflexão, articulados à ação, produzem conhecimentos novos, que modificam o ser humano modificador.

engrandecer apenas o lado intelectual do trabalhador, em detrimento do manual, mas interligar pensamento e ação na construção de um cotidiano que reflita qualidade e prazer; na educação, que não percebe o ser humano isolado do mundo, da sociedade, mas em constantes relações, as quais possibilitam transformações, que produzem, no coletivo do trabalho, ações de proteção do outro e de si.

“Importante é a prevenção. A prevenção antes do acidente, nós nos prevenirmos. A vida é tão importante para nós...Nos protegermos, é essencial. Nós, da área da saúde, temos que informar mais pessoas, para que haja prevenção. Tem que prevenir e orientar para que os outros se previnam, e não um sozinho.”(T6)

Dentro deste núcleo temático, um tópico que merece atenção, por ter se mostrado enfaticamente no decorrer do texto, é a necessidade de modificação de certos hábitos dos trabalhadores. Muitos desses hábitos aparecem como “transgredindo” uma lógica de trabalho, que deveria conduzir à saúde do trabalhador. São hábitos que, por estarem incorporados ao fazer deste, tornam-se coletivos e impulsionam outros trabalhadores para um mesmo fazer, rotineiro, automático. Passam a ser, então, uma “transgressão” coletiva, que faz parte da organização do trabalho, incorporada nesta. Modificar esses hábitos, significa, igualmente, transgredi-los, porém, no sentido de acompanhar a lógica primeira da produção da saúde e não mais sistematizando uma lógica de produção de acidente.

Essa “transgressão” de hábitos, no entanto, exige esforço, adaptação, reflexão, saber tecnológico, o que impulsiona a ação transformadora.

Poder-se-ia questionar: que hábitos haveriam para serem mudados? A própria leitura do estudo, até o presente momento, indica momentos, situações a serem modificados. Visto estar o trabalhador inserido em todos eles, pois é o

ator principal do processo, que ora se revela, seus hábitos, por vezes, necessitam de mudanças. Por exemplo: o uso dos EPI, a prática da ação refletida, a externalização de seus sentimentos, de suas críticas, são modificações que contemplam a organização do trabalho, onde são produzidos e reproduzidos os hábitos individuais e coletivos.

Toda mudança, no entanto, exige um período de adaptação. Nesta direção, o depoimento abaixo vem confirmar:

“Eu sempre pensava assim, que era mais difícil punccionar de luva. (...) Mas tudo é questão de costume.(...) mas eu acho que é muito falta de costume, falta aquilo, assim, tem que usar(...). Acho que, no momento que tu passar a usar como rotina, tu não vai achar problema nenhum de usar uma luva. Mas acontece que, até tu pegar aquilo, precisa tempo. Depois engrena.” (T2).

A compreensão por parte dos trabalhadores, do quanto necessárias são essas mudanças, que revertem em prol de si mesmos, se faz necessária para que a ação se processe. Essa compreensão tem um de seus pilares no processo educativo que, por mostrar possibilidades, realidades, teorias, faz nascer a mudança pela percepção interior de sua necessidade. As necessidades de mudança emergem do cotidiano de trabalho, que se está mostrando através dos trabalhadores. As ações para satisfazê-las também podem e devem emergir daí, desde que estimuladas a acontecer. Ao serem processadas, as ações se sistematizam na própria organização, mudando a sua forma e conteúdo. Neste sentido, o trabalho cotidiano não é mais o mesmo, e a adaptação se fez.

A prática profissional deve ser a de tornar os trabalhadores conscientes das mudanças necessárias para a construção de um trabalho com qualidade – um bem para quem dele precisa; e de um trabalho prazeroso – um bem para quem o executa (Barchifontaine, 1994). Por outro lado, é difícil, às vezes, que a necessidade de mudança seja percebida pelos trabalhadores, por características

próprias de cada um, por diferentes concepções, pela organização, que não a favorece. Talvez por isso, seja também difícil fazer existir a prevenção, ou melhor, as ações revestidas de prevenção.

“Eu não sei, o pessoal é... leva muito para o lado que é bobagem, sabe, isso aí é difícil. Como eu estava dizendo mesmo, eu tive conversando essa semana com o pessoal, esse que entrou novo. (...) Eu estava conversando com eles a respeito até da luva, e eles falaram que achavam que era bobagem, e eu falei: não, deve de usar, que isso aí é para o teu bem mesmo! Claro que é o jeito errado da pessoa tentar conscientizar... eu expliquei para ele: não, se tu não usar uma luva, tu vai ser passível de uma carta de advertência. Por um lado é errado tu tentar conscientizar dessa maneira, mas a pessoa, às vezes, quando tu vai querer explicar de prevenção, a pessoa já diz: não, comigo não vai acontecer.” (T5)

Outro tema emergente dessa fala, e que merece espaço nesta análise está representado pela expressão: *“não, comigo não vai acontecer”*. É como se existisse uma exigência externa ao trabalhador; e uma outra interna, própria dele, com relação a não possibilidade de cometer erros. Não cometendo erros, a punição advinda, então, da própria organização do trabalho em forma de acidente, fica afastada, enquanto possibilidade. A falha não é assumida como uma possibilidade real da existência humana. Como não existe, ou seja, como as ações são revestidas de um saber, que isenta a falha, o acidente, visto como punição, tende a não ser pensado como possibilidade. Essa *“ausência”* da possibilidade não produz ações de prevenção.

“Eu nunca tinha imaginado que eu ia me acidentiar no trabalho. Para mim, foi como se eu levasse um choque. Parece, assim, que tu acorda: comigo também pode acontecer!” (T6)

Esse comportamento provoca a necessidade, segundo os trabalhadores,

de usar de uma certa coerção para que o outro se proteja. Isto vai ao encontro da necessidade, antes relatada, de que o trabalhador perceba, em seu interior, o quanto é importante a prevenção, para que a ação, que se exterioriza, seja o concreto do pensamento, através dos hábitos. Nesta perspectiva, é interessante retomar a análise de Bourdieu (1990), a respeito de hábito, quando este autor refere que o *habitus* é uma capacidade sem limite de engendrar pensamentos, percepções, expressões e ações, não sem uma novidade imprevisível, nem uma simples e mecânica reprodução de seus condicionantes.

A mudança de hábitos exige reflexão sobre a práxis cotidiana, exige um saber tecnológico, ou seja, a aplicação do conhecimento que se produz, fortemente, na prática, isto é, na própria prática diária para transformá-la.

“(...) no cotidiano (...) dos trabalhadores, o saber em saúde é nascido de suas experimentações e de seus enfrentamentos do dia a dia das suas situações no trabalho (...)” (Gonçalves, 1996, p.28).

Diante disto, acredita-se em um processo educativo baseado na reflexão-ação, onde a criatividade e a participação conjunta dos trabalhadores possa superar a situação atual de aparente descaso com a sua própria proteção, com a produção de sua saúde no e pelo trabalho.

Em síntese, o componente educativo do processo de trabalho, sendo utilizado de forma adequada, o que significa dizer trabalhar em equipe as diferentes estratégias de produção de saúde dentro da organização tecnológica do trabalho, será construído e fundamentado na práxis e, por isto, validado pela vivência dos trabalhadores.

As medidas de biossegurança abordadas neste estudo, não ficam limitadas ao uso dos EPI, cujo valor é imensurável, sem dúvida. Abre-se a biossegurança para além das normas de comportamento e manejo preventivo do pessoal da saúde, frente a microorganismos potencialmente patógenos, como abordado por Esquivel et al (1995).

O enfoque, no qual a biossegurança é abordada neste estudo, denota um aspecto fundamental: ser um conjunto de ações voltadas à prevenção do risco. Ao se caracterizar como um conjunto de ações e não como normas de comportamento, enfatiza o caráter coletivo da biossegurança. Sendo as ações percebidas como não tendo um fim em si mesmas, mas como encadeando-se umas às outras, buscando atingir o objetivo inicialmente traçado, o conjunto dos trabalhadores se faz sentir e não mais se fala em comportamento ou conduta na predominância da culpa, da responsabilidade, tão fortes no meio social em que se vive, e que repercute nos trabalhadores da saúde, perpassando a idéia do individual. Esta assertiva demonstra e reafirma o quanto é possível prevenir a situação de risco, quando a forma de organização do trabalho se embasa nesse pressuposto.

A possibilidade pode ser realidade a partir do momento em que o processo de trabalho produzir, em si mesmo, o processo educativo, quando ambos fizerem parte de um mesmo contexto voltado para a prevenção. Não se fala apenas de educação em serviço ou treinamento. Fala-se mais amplo, em formação de sujeitos no e pelo trabalho, ou seja, na capacidade de transformar e criar que, inerente ao trabalho e ao ser humano, forma-os e transforma-os. O ser humano trabalhador precisa estar instrumentalizado o suficiente, para interagir com o seu trabalho e não só realizá-lo. São participantes de situações que os comprometem e os constituem; enfim, estão envolvidos no mundo do trabalho.

O fato da formação do ser humano ocorrer no e pelo trabalho enfatiza que a “responsabilidade” pelas mudanças não está centrada apenas no trabalhador individualmente. Que seus hábitos precisam de reflexão e ação transformadora, não se tem dúvidas, mas a estrutura organizacional, como geradora das “doutrinas e filosofias” do saber, que regem o fazer, igualmente necessita apurada reflexão e análise. As transformações pressupõem um processo contínuo de trocas. Não ocorrem isoladamente de um lado

(trabalhador), ou de outro (organização), mas concomitantemente, até mesmo porque a organização se faz de trabalhadores. Se acomodados à organização (resultado de um modo de produção capitalista), se amedrontados, não participativos, a organização permanece inalterada. Se, no entanto, envolvidos, argumentativos e questionadores, “obrigam” a que reflexões sejam feitas, suscitam discussões e oportunidades, modificando e sendo modificados continuamente.

Quando os trabalhadores referem-se à necessidade de treinamento, para que haja uma redução dos acidentes de trabalho, não é só aquele treinamento que se embasa nesta educação formal: palestras, cursos; mas também aquele processo educativo, que propicia a reformulação de hábitos, a reflexão, a ação transformadora, uma educação que é contínua no processo de trabalho, que faz parte dele e que nele se processa, conforme depoimento abaixo:

“Então eu acho que deveria haver mais treinamento, mais esclarecimento das equipes. Acho até que a palestra que eu assisti foi num auditório onde tinham muitas pessoas. Acho que tinha que vir na unidade, conversar. Acho que tinha que haver até, assim, tipo uma equipe de fiscalização, vir de vez em quando ver se o material contaminado está no lugar direitinho(...) De repente, a unidade está acostumada e uma outra pessoa de fora vem, para chamar a atenção, para trabalhar junto.”(T3)

Abre-se um espaço para analisar um tópico, que surge nesse depoimento: a fiscalização. A fiscalização, mencionada na fala do T3, poderia assumir um enfoque de controle de comportamentos, de cobrança do cumprimento de normatizações. Porém, o significado que lhe foi atribuído, foi no sentido de crescer juntos, elaborar juntos, sem o predomínio da cobrança.

No entanto, outro trabalhador relata que a forma de reduzir a incidência de acidentes é através de uma contínua cobrança, no decorrer de seu processo de

trabalho, em relação à adesão às medidas de biossegurança, o que vem se contrapor à idéia de seu colega.

“(...) a cobrança também, porque tem certas pessoas que vivem de cobrança. Outros têm consciência, tu entendesse, é relativo. Trabalhar com pessoas é muito relativo. Então, desde uma hora que tem uma cobrança(...) Tem gente que vive disso, precisa ser cobrado. Então essas pessoas, que precisam ser cobradas, têm mais é que cobrarem mesmo. Então precisa de uma pessoa para isso. Eu acho que precisa, senão a coisa fica muito ao léu, a coisa vai porque vai, vai empurrando com a barriga, como diz o outro. Tem que fazer, e fazem mal e porcamente.”(T2)

Sabe-se que, realmente, existem trabalhadores que têm dificuldades para compreender, entender a dinâmica do processo de trabalho, as ações que exigem prevenção, atuando, por vezes, de forma desordenada e desarticulada dos demais.

Acredita-se que esta maneira desarticulada de agir, se faz sentir devido ao fato destes trabalhadores não refletirem sobre seu cotidiano. Se o processo de reflexão-ação, que possibilita a conscientização, a ação transformadora, torna-se ausente ou descolado do agir, os trabalhadores deixam-se envolver pela repetitividade que conduz, ao fazer por fazer, por ser rotina. Sem reflexão, não há compreensão e sem compreensão, não há adesão. E para que haja compreensão e adesão, o processo educativo tem papel fundamental no contexto do trabalho. É através do processo educativo que o trabalhador compreende e dinamiza seu poder participativo e de transformação.

Depreende-se, das reflexões feitas, que as normas se fazem necessárias, visto ter o trabalho, na área da saúde, muitas técnicas, que compõem o seu saber, principalmente na enfermagem. Fazem parte do processo de trabalho em saúde, cuja dinâmica pressupõe o cumprimento destas normas para um produto final de

qualidade. No entanto, para que sejam cumpridas e não haja necessidade de controle constante, no sentido de punição, de “fiscalização”, é premente que haja discussões, debates em torno delas, com o objetivo de que, até mesmo para sua elaboração e implantação, exista a participação dos trabalhadores, que conhecem sua realidade por experienciá-la.

Para Moraes Junior (1998, p.44-45), “a normatização é uma das ferramentas da prevenção de acidentes. Uma norma, quando bem estudada, bem elaborada e bem implantada pode, com certeza, minimizar o risco de acidente. No entanto é preciso entender que norma não é apenas uma folha de papel contendo um texto.”. Continua sua reflexão, dizendo que a elaboração de normas pressupõe que estas “sejam compreendidas pelos usuários, que tenham alguma utilidade prática, que sejam de fato ferramentas de prevenção de acidentes”.

Se assim for, o controle ocorrerá no sentido de estímulo ao fazer bem feito, ao cumprir normas, sim, e não pelo simples fato de estarem escritas e existir a obrigatoriedade de seu cumprimento, mas no sentido de entendê-las, discuti-las, adaptá-las, quando necessário, e executá-las, por compreender seu significado, e não apenas por obrigação, o que limitaria o trabalhador a um executor de ações previamente determinadas. O trabalho em saúde é um trabalho coletivo; portanto, exige um controle, o qual pode ter e ser em função da “saúde” dos trabalhadores e não para punir.

A participação do trabalhador é indispensável, também devido à variação à qual estão expostas as técnicas, normas e rotinas na área de saúde. Esta variabilidade está em muito associada à historicidade⁴⁸ do processo de trabalho em saúde. Os avanços técnico-científicos, tecnológicos, o aparecimento de novas doenças, partes dessa história, faz com que exista a necessidade de

⁴⁸ A respeito da historicidade do processo de trabalho em saúde, sugere-se a leitura de Mendes Gonçalves(1994).

avaliação freqüente de tais normatizações. A norma pela norma, além de levar à repetitividade sem reflexão, tende a ficar obsoleta na área da saúde. Urge ser freqüentemente avaliada pelo coletivo, no qual se processa, para validar sua aplicação. Esse foi o enfoque dado pelo trabalhador T3, quando, referindo-se à fiscalização: crescer juntos, elaborar juntos, desenvolver juntos.

Reportando-se à idéia inicialmente discutida: necessidade de treinamento, na qual se abriu um espaço para refletir a cobrança e o controle, que emergiram do discurso ilustrativo da idéia primeira, destaca-se outra fala, que contém importantes considerações:

“Eu acho que a gente tinha que ter mais desse trabalho educativo, acho que isso faz parte do dia-a-dia. Tem que ter gente o dia inteiro falando nisso, a gente, sempre um falando para o outro, ou ter um trabalho disso dentro do hospital, de educação continuada, mas no teu dia-a-dia, de estarem falando sobre isso, de estarem te alertando. Daqui a pouco, alguém passa ali e te lembra: como é que tá fazendo isso? Como é que isso tá sendo feito? Ah! É mesmo, já tinha me esquecido disso, já não estou fazendo isso. Acho que isso faz parte, até tu pegar, tu entender; depois que tu pegou, aquilo já é normal para ti. Mas enquanto não tem, acho que não adianta vir, como a gente tinha antigamente a educação continuada, que faziam palestras soltas, vão lá e falam sobre tal doença. Tá, e aí? Entra por um ouvido e sai pelo outro. Viu, escutou, tudo importante. Tu volta para unidade para trabalhar e segue na labuta o dia inteiro, corre, corre, corre para dar tempo de fazer tudo e... não dá para aplicar! Tem que ser junto.”(T2)

A educação formal tem sua força como transmissão de conhecimentos, de trocas dos mesmos. No entanto, sua associação a outros fatores, que não a ação educativa exclusivamente formal, é bem mais significativa e eficaz. A transmissão de conhecimentos, propriamente dita, precisa transcender o modo através do qual vem sendo desenvolvida, com uma relação entre os

trabalhadores, que se assemelha à relação professor/aluno.

A idéia de educação, segundo a linha de pensamento de Enguita (1993), é de buscar a possibilidade de desenvolvimento das ações educativas, da atividade intelectual no interior do processo de trabalho. Mas o conhecimento por si só, em se tratando do trabalho, que existe para transformar, que confere ao ser humano uma dimensão social e coletiva, não basta para caracterizar a transformação coletiva.

Este conhecimento, este saber, quando aplicado na prática, adquire uma conotação coletiva, pois transformador de necessidades de caráter social. Segundo Trein (1991), a melhoria na qualificação dos trabalhadores, aqui expressa como formação de seres humanos no e pelo trabalho, influi nas mudanças organizacionais do processo de trabalho e gera aumento da produtividade. A produtividade não é a meta final do processo de formação do trabalhador, mas não se pode prescindir deste fato, visto ser o regime capitalista hegemônico no atual momento histórico vivido⁴⁹. A produtividade rege o sistema capitalista de trabalho e, neste sentido, há um direcionamento do processo para ela. Entretanto, seu aumento está na vigência de trabalhadores satisfeitos na e com a forma de desenvolvimento de seu trabalho.

O saber tecnológico é exatamente isso: a aplicação, ou seja, a utilização do conhecimento, como saber operante e orientador nas e das ações do cotidiano do trabalhador, visando provocar alterações no processo de trabalho, que induzam à melhoria do produto final do mesmo, sem desconsiderar, no entanto, a saúde do trabalhador.

Recorre-se à abordagem de Mendes Gonçalves (1994, p.68) sobre o saber como tecnologia: “a expressão saber é tomada sempre na acepção mais concreta em que se refere à posse e à manipulação de objetos de trabalho no seio

⁴⁹ Sugere-se a leitura de Enguita (1993), para aprofundamento desta questão.

do processo de produção.” Do exposto, conclui-se que o autor, ao referir-se à posse, quer salientar a necessidade de determinar objetivos para o trabalho e de ter um prévio conhecimento do objeto de trabalho, o que lhe concede a possibilidade de estabelecer relações de troca com este objeto, fazendo com que se aproprie dele no momento de sua ação sobre ele e com ele, e por manipulação, a ação propriamente dita do trabalhador sobre o objeto. A partir do momento em que tem claro seu objeto de trabalho, e aplica sobre ele seus conhecimentos, para atingir o produto a ser construído, ou seja, produz alterações no objeto, transformando-o em um produto diferente do inicial, está processando o saber tecnológico, como teoria e prática, aliados na construção de qualidade de vida, tanto do paciente/cliente quanto dele mesmo.

A visão da educação como um elemento do processo de trabalho, e não apenas como um momento específico da ação de ensinar, aliada ao processo de trabalho, permite que se reflita sobre a prática, que se analise cada ação realizada, que se fundamente a ação em um saber previamente existente e não na rotinização de ações. O parar para refletir é fundamental no cotidiano de trabalho, como já refletido. Porém, isto não parece acontecer espontaneamente. A parada para refletir o trabalho no próprio trabalho tem que ser provocada pelo elemento educativo do processo de trabalho. É este parar e refletir que permite a posse e a manipulação de objetos no fazer da prática.

Esta necessidade de reflexão, para que haja o entendimento das ações que se processam, é relatado por T2, quando se refere aos motivos do não uso das medidas de biossegurança:

“ Acho que, se eles pararem para pensar, todo mundo vai dizer que realmente é importante. Mas não param para pensar. Como não é uma coisa batalhada, a gente não fica o tempo inteiro insistindo com aquilo, vai passando...Daqui a pouco, se eu, como enfermeira, sou líder de equipe. Se eu tiver essa coisa na minha

cabeça, convicção, e eu ficar batalhando em cima daquilo, explicando o porquê, a importância, daqui a pouco eles vão passar a acreditar naquilo também, porque eles estão me vendo fazer daquela maneira e eu estou passando para eles que isso é importante, quanto é importante o uso, tanto profissional quanto pessoal, tudo. Mas, assim como tu não, sei lá, é no esquecimento do dia-a-dia...tu vai trabalhando, aquilo vira rotina, tu vai fazendo ou não fazendo, não pensa. Não pára para pensar. E isso eu acho que é uma das coisas que, justamente por nós sermos um hospital universitário, é obrigatório o pensar, o parar e a gente não faz isso. A gente só trabalha, trabalha, trabalha. Não faz nada assim, além daquilo.”(T2)

Analisando esta fala, no momento em que o trabalhador faz alusão ao fato de que o grupo vai acabar fazendo a mesma coisa que o enfermeiro, enquanto líder, não significa “adestramento de corpos individuais”, ou seja, usar o processo educativo como meio para atingir o comportamento esperado, por ter sido o trabalhador adestrado. Ao mostrar para os trabalhadores a importância de determinada ação, reproduzida no fazer de quem repassa tais informações, busca-se a mudança de hábitos por adesão e não por coação.

Fazendo alusão acerca da educação e do trabalho, Gonzaga(1992) apresenta pressupostos que vêm ao encontro do que se pensa sobre estes temas: “ A educação é uma prática social, histórica e politicamente situada, que se articula com as demais práticas sociais e se torna inalienável do processo de trabalho em saúde.”(p.83) A autora salienta que o “conhecimento e ação estão articulados no processo educativo e, a partir da reflexão sobre o cotidiano e sobre a práxis individual e coletiva, se constrói o conhecimento novo e a possibilidade de transformação da própria práxis.”(p.84)

Segundo esta linha de raciocínio, prática de trabalho e educação se entrelaçam como forma de busca de novas concepções e idéias, conseguindo a transformação necessária para o alcance da melhor qualidade no e do trabalho. O processo educativo possibilita a reflexão, a aplicação do conhecimento, do

saber às ações que são exercidas sobre o objeto do trabalho em saúde. Além da aplicação prática do conhecimento, que é anterior a ação, abre caminho para a construção de um conhecimento novo, que nasce da própria prática, do exercício das ações de trabalho. Possibilita, também, além do desenvolvimento técnico das profissões da saúde, o desenvolvimento teórico e político das mesmas, já que o processo de trabalho em saúde é social, histórico e politicamente determinado pelo momento em que se processa. Está inserido em um projeto social maior, que lhe determina, em grande parte, os saberes, os instrumentos, as organizações. Instrumentalizados com o componente educativo, podem ser, os trabalhadores, agentes de transformação que propiciam o desenvolvimento técnico-científico bem como influenciar no projeto social do qual fazem parte.

O processo de trabalho, que traz em si o processo educativo, permite este envolvimento político e social do trabalhador, tornando possível a construção de sua cidadania. Tal construção está embasada, neste estudo, na produção e reprodução da saúde do trabalhador, por ser partícipe do processo de trabalho. Torna-se, no entanto, difícil produzir saúde sem o saber.

Importante se faz, neste momento, rever o fato anteriormente discutido, de existir o desconhecimento das condutas a serem adotadas após o acidente, causador de sentimentos indesejáveis no trabalhador. Esta ausência parece ser somente sentida, quando da ocorrência de acidente com algum trabalhador próximo, com o qual é partilhada sua própria experiência, coletivizando-a, através de conversas informais no ambiente de trabalho. Como o refere Gonçalves (1996, p.55), “é importante que no cuidado à saúde, o indivíduo perceba e vivencie a sua situação particular ou a condição na qual se encontra, que discuta seu presente estilo de vida e o relacione aos estilos passados e usuais, assim sendo ocorrerá a identificação do corpo individual e do corpo social”. Partilhar é preciso, para transformar.

Há que existir uma sistematização, tanto de condutas imediatas,

manifestada no discurso dos trabalhadores, quanto mediatas. Esta sistematização deverá estar arraigada ao processo de trabalho, conhecida por todos os trabalhadores e constantemente discutida para que seja compreendida e aplicada nas ações cotidianas. Esta sistematização será tecnológica, na medida em que for capaz de identificar e experimentar os processos e equipamentos de produção mais apropriados e que mais se adaptem à proteção da força de trabalho.

Busca-se que o trabalhador esteja suficientemente instrumentalizado com saberes que, aplicados em sua prática diária, lhe assegurem prevenção, proteção e segurança, além de instrumentalizá-lo com saberes outros que, por se fazerem conhecer, estimulam a prática da prevenção.

Exemplificando, o fato de saber da necessidade de tomar medicação profilática para evitar soroconversão da AIDS, em casos de acidentes de trabalho envolvendo sangue e/ou fluidos corporais, o conhecimento da incidência de casos, nos quais houve a soroconversão, fazem com que o trabalhador cuide mais de si mesmo, num cuidado individual, porém de repercussão coletiva, evitando os acidentes, para evitar o tratamento.

A princípio parece que se quer usar de informações capazes de provocar uma alteração de hábitos pela gravidade que representam. Até pode existir esta intenção, mas o que realmente se busca, com o repasse destas informações, é instrumentalizar o trabalhador, de forma que ele mesmo, como partícipe do processo de trabalho, sendo conhecedor das possibilidades de ocorrência de acidentes, que existem em seu ambiente de trabalho, assuma para si, um comportamento preventivo. Por ser parte do processo de trabalho, por ter uma individualidade que se expressa no coletivo, este comportamento individual pode influir no coletivo do trabalho, a ponto de construí-lo com base na prevenção.

“O que eu sinto, é que eu tive este treinamento há quase cinco anos atrás, quando eu fui contratada para trabalhar nesta instituição. Depois disso, não houve uma reciclagem. De cinco anos para cá, pelo que eu me informo, já houve uma mudança muito grande em relação ao HIV, de medicação. Na época do treinamento, não existia o AZT, o coquetel, quer dizer, eu não tinha a obrigação de saber, porque naquela época não me falaram em coquetel, porque não existia. Então, eu acho, as pessoas têm que informar, eu acho que tem que haver cursos periódicos. Eu não posso te afirmar, mas eu me lembro que, na vez que eu tive treinamento, foi uma palestra de manhã ou à tarde e nem todas as colegas puderam ir, quer dizer, eu fui uma das que assistiu à palestra, mas quantas colegas tinham outro emprego e não assistiram. Quer dizer, eu tive um treinamento e acho pouco, quem não teve nenhum é muito pior. Então eu acho que deveriam haver mais treinamentos, mais esclarecimentos das equipes. Acho até que a palestra que eu assisti, foi num auditório onde tinham muitas pessoas. Acho que tinha que vir na unidade conversar(...)”(T3)

As formas de instrumentalizar os trabalhadores não têm sido suficientes para produzir um potencial transformador da prática coletiva.

O processo educativo, que possibilita a formação do trabalhador, a construção da sua cidadania, deve conferir-lhe um “poder” que o desaliena, ou seja, que o torna, cada vez mais, partícipe do processo no qual está engajado. Ao trabalhador não compete apenas cumprir determinadas ações no período de tempo pré-estabelecido para sua jornada de trabalho. Também lhe cabe participar deste processo, criticando, criando, inovando. Por conceber trabalho como sendo “o modo como o homem produz e reproduz sua existência” (Almeida e Rocha,1997,p.23), entende-se o trabalhador com necessidades para além de atuar sobre o objeto, ou seja, de se reproduzir no cotidiano de trabalho, o que será possível, à medida que tiver envolvimento e participação no mesmo. Ao trabalhador que não é permitida a participação, o que acontece muito na área

da saúde, principalmente pela divisão social do trabalho e pela especificidade de cada área de atuação, resta-lhe a definição de trabalho como um meio de subsistência, de satisfação de suas necessidades, sem que lhe seja possível a percepção do trabalho como um momento de estabelecer relações sociais, de se transformar em um sujeito de relações, dotado de poder, no sentido de energia, capaz de fazer, agir, transformar. Este poder, não no sentido de mando, mas de se fazer cidadão participante, existe a partir do momento que o trabalho é instrumentalizado com o processo educativo.

É o saber, o conhecimento aplicado, o exercício da cidadania que confere ao trabalhador o poder de transformar a visão assistencialista, voltado ao adoecimento, que historicamente faz parte do processo de trabalho em saúde, para uma visão que integre assistência e prevenção, tanto individual quanto coletiva.

O poder, ao qual se faz referência, é um poder que se estabelece nas relações entre os sujeitos, nas relações dos sujeitos com a própria instituição, relações embasadas no processo educativo, que dão ao movimento, existente no processo de trabalho, a humanização, o respeito, a cidadania.

A maioria das dificuldades existentes, para que se estabeleça como prioridade a prevenção e, portanto, o processo educativo no trabalho, de alguma forma já citadas pelos trabalhadores envolvidos, são de ordem institucional, da política de saúde vigente, particulares de cada trabalhador, de formação enquanto preparação profissional. Mas todas podem ser trabalhadas, quando se pensa na educação, na formação de sujeitos no e pelo trabalho. Esta educação, que em muito é responsável pelo poder de transformação da realidade que o trabalhador pode e deve conquistar, é a força do trabalhador. A força braçal, que se expressa nas ações práticas, ou seja, aquela força física que o trabalhador imprime sobre o objeto de trabalho, necessita da força “formadora”, da educação, enquanto formação de sujeitos, para que se complemente e possibilite

ao trabalhador não só agir, como também o refletir.

A educação aqui enfocada “transcende o estreito marco da escola, ou a relação professor-aluno”(Enguita, 1993, p.24), para centrar-se no “processo de formação humana de caráter muito mais amplo, como processo de integração em uma cultura, que dura toda vida do homem e abarca todas as suas atividades” (op.cit., p.24).

O trabalho é uma atividade, na qual a formação dos sujeitos ocorre quando as relações estão se processando, quando os sujeitos trabalhadores estão se relacionando, se reproduzindo como seres sociais, que buscam uma melhor qualidade de vida, incluindo a prevenção de acidentes e das situações de risco e a segurança profissional.

Assim sendo percebido, o trabalho se configura em um ambiente, onde tanto a educação formal quanto a informal se fazem necessárias para a formação do sujeito trabalhador.

Quando os trabalhadores foram questionados sobre o que poderia ser feito para modificar a realidade em relação aos acidentes que vêm ocorrendo, foram unânimes em dizer que é necessária a educação formal, na forma de palestras, cursos, protocolo por escrito, fixado em murais; mas também se faz necessária a educação que acompanha o trabalhador em seu dia-a-dia, no desenvolver de sua prática.

“Eu acho que teria que ter treinamento, mas da pessoa vir falar em cada turno, fazer um grupinho ali na hora. E escrito também, vai ficar a folha ali (...). Pode até mandar papel também para cada unidade, além do treinamento, porque daí não tem como tu cobrar e te dizerem que não foi dito: foi, foi feito treinamento e foi feito por escrito. Então, não tem como a pessoa: “ah, eu não sabia” ou fazer o que quer. Tem que tentar, pouco a pouco.”(T4)

Como o treinamento que se pretende envolve a participação do trabalhador, ou seja, já que se busca uma organização tal que favoreça a não ocorrência de acidentes, urge que o trabalhador participe de todas as etapas do processo, nelas incluído o treinamento participativo, construído passo a passo, em conjunto, no seu cotidiano de trabalho.

Não se pretende igualar este componente educativo a um momento de sala de aula, com ensinamento unidirecional, mas sim fazê-lo como um momento dentro do local de trabalho, para que as ações possam ser discutidas, embasadas teoricamente, visando a participação de todos, a troca de experiências, o crescimento coletivo, capazes de conduzir a modificação da realidade. Nesse sentido, ressalta-se a fala do T6:

“O treinamento junto, no local de trabalho, é muito importante. No teu dia-a-dia, e não só numa sala para palestra. ‘Olha, tu estás fazendo isso de errado, tal’..., mas junto.”(T6)

O processo de conscientização, tema tão enfaticamente mencionado pelos entrevistados, quando, referindo-se ao que pode ser feito para mudar a incidência de acidentes, estará sendo acionado, à medida que o processo educativo for um momento no e do processo de trabalho:

“Eu acho, assim, não sei se estou certa, mas desde a hora que nós tivermos consciência do que tem que fazer, que nós temos que nos cuidar, a nós em primeiro lugar e depois o paciente, e tendo as condições, eu acho que não tem...”(T4)

“(...) a única forma mesmo é tentar conscientização do risco que tem aqui dentro. Tem muita gente que acha que usar luva é bobagem.(...) procurando te atualizar só um pouquinho, tu vai vendo os riscos que tu estás correndo aqui dentro, que dinheiro nenhum vai pagar tua saúde.”(T5)

Na percepção dos trabalhadores, a conscientização ganha um significado muito próximo de conhecimento. Ter que conscientizar passa pela necessidade de ter que ensinar, de mostrar a realidade. Porém, a conscientização é mais do que essa necessidade. A conscientização é um processo que inclui o conhecimento e a transformação. Freire (1980), ao abordar este tema, refere que a conscientização implica em apreender, criticar e transformar a realidade. Diz ainda que a “conscientização não pode existir fora da práxis, ou melhor, sem o ato ação-reflexão. Esta unidade dialética constitui o modo de ser ou de transformar o mundo que caracteriza os homens. (...) A conscientização implica que os homens assumam o papel de sujeitos que fazem e refazem o mundo”(p.26). Ainda, segundo Freire (1980), quanto mais conscientizado torna-se o homem, mais capacitado fica para anunciar e denunciar, devido ao compromisso de transformação que assume.

O ser humano é o sujeito de sua conscientização. Ocorrem momentos em que, por haver o estímulo à reflexão, inicia-se o processo de conscientização, que é algo interno, o qual se exterioriza pelas ações e pelas relações que o trabalhador estabelece em torno da vivência coletiva, que mantém no trabalho.

Aos seres humanos podem ser provocadas as oportunidades de tornar-se conscientes. Ao serem repassados conhecimentos, ao ser possibilitado e conquistado espaço para a reflexão-ação na práxis, estão sendo abertos os caminhos para que o trabalhador, conscientizado por si mesmo, atue, transformado.

O ser humano é um ser histórico. Seu processo de conscientização(o processo de conhecer a realidade para poder criticar e transformar) é igualmente histórico. Assim sendo, “não pode fugir aos limites que a realidade histórica lhe impõe” (Freire,1981,p.139). Outrossim, a percepção das razões mais imediatas, que explicam um fato particular, não pode desvincular-se da percepção das

relações que existem entre este fato particular e o conjunto de relações no qual ele está inserido. Em outras palavras, as transformações pretendidas perpassam pelo processo de trabalho, estão inseridas em um contexto político, ideológico, que não deve ser desconsiderado, pois é pano de fundo da história construída. O processo de conscientização, dentro de um determinado momento histórico, inclui esta percepção, do que é viável ou não. É claro que o ser humano tem direito de buscar os sonhos que povoam seus pensamentos. Mas até o sonho parte de um início concreto, que se vai construindo paulatinamente, até completá-lo ou modificá-lo.

O trabalhador, conhecedor por excelência de sua realidade, ao conscientizar-se de que a prevenção é componente inseparável de suas ações cotidianas, será sujeito, tanto das alterações dos hábitos dos trabalhadores no que tange ao uso das precauções básicas, quanto das alterações em nível de organização do trabalho, para que, de forma coletiva, possam agir preventivamente.

Destaca-se um fragmento da fala do T5, que encerra a idéia de conscientização, como descrito nos trechos acima:

“... mesmo que tu não tenhas todo teu material, todo teu material que tu necessita, tu tem que ter uma conscientização. Não é só porque tu não tem, que tu não vai ter o cuidado de ti próprio. Quer dizer que a tua conscientização é prioridade. Eu acredito que essa seja a prioridade: primeiro tu pensar em tomar alguns cuidados que tem que tomar, para depois tu pensar em: não tenho material, por isso não vou estar cuidando. Eu acho que, primeiramente, a pessoa tem que ter consciência do que está fazendo. Tem que cuidar de si.”

Pensar nos cuidados que devem ser tomados para prevenir acidentes pressupõe, antes, a existência de uma série de conhecimentos, que conduzam a esta etapa do processo de trabalho. *A priori*, faz-se necessário conhecer as

situações de risco existentes no trabalho, como agir nelas, que condições estão disponíveis para tal. De posse destes e de outros conhecimentos anteriores e, portanto, conhecendo a realidade, pode o trabalhador criticar, analisar, refletir, para então poder pensar na e agir com prevenção. Assim a conscientização se processa no interior do próprio homem. Não significa, com isso, que seja apenas um processo individual. Pelo contrário, é fruto de um processo coletivo, que transmite, que conduz a mudanças concomitantes no próprio homem que, transformado, reformula suas ações concretas, e no seu meio.

Todo esse processo de conscientização faz do homem um trabalhador que vai além da adaptação passiva às condições de trabalho, que vai em busca da integração no processo de trabalho, em busca da participação.

Ainda sobre a conscientização na prevenção de acidentes:

“...acho que é da cabeça de cada um, a gente tem que se conscientizar e fazer as coisas mais devagar, quando vai lidar com um procedimento de risco, tu fazer com tranquilidade(...) parar um pouco, raciocinar e ir lá: vou fazer isso, agora vou fazer isso e o resto vai ficar aí. E estar bem consciente, eu estou fazendo uma coisa que pode ter risco.”(T1)

Apesar de ser um processo “de cada um”, os resultados, as modificações só se tornam possíveis, se todos trabalharem juntos. Apesar de nascer nas individualidades, mantém uma relação direta com os estímulos e ações de outros, portanto, coletivos; e só se concretiza, na totalidade do processo de trabalho.

Salienta-se que a busca pela transformação não é uma busca individual, solitária. Ela só se realiza em sociedade, no coletivo das ações de trabalho.

Para que as ações se voltem à prevenção, é necessário que os trabalhadores, conscientizados da sua relevância no cotidiano hospitalar, desenvolvam-nas com base na reflexão e no conhecimento. Este conhecimento

deve ser continuamente reciclado, do ponto de vista do trabalhador, com o que concorda-se:

“... tem que promover internamente reciclagens, ali dentro, ou até tu rememorar coisas que tu já sabes. Não é nem uma coisa nova, nem nada, mas repassar conhecimentos. Vamos ver como é que tu estás fazendo, vamos lá, vamos mostrar para a outra, vamos chamar todo mundo. Vamos ver: como é que se faz isso, vamos discutir. Reuniões de discussão, conversa aberta. Essa coisa de tu ir levando no dia-a-dia, sem parar para pensar, é que dificulta.” (T2)

“Eu acho que, no dia-a-dia é importante (referindo-se ao processo educativo), porque muitos, não sei, uns por esquecimento, outros por relaxamento, outros por desinteresse, sei lá, a gente acaba esquecendo de algumas coisas, que são importantes no dia-a-dia. Então, não se faz. Eu acho importante.” (T4)

Esta reciclagem, possível através de discussões, reflexões coletivas, debates, até mesmo palestras e cursos, onde existam espaços abertos ao envolvimento do público alvo, é de vital importância em termos de prevenção.

Em se tratando da área da saúde, (como mencionado antes) toda tecnologia inovadora, resultado de investimentos em pesquisas e descobertas da ciência, exige a discussão, para sua implantação. Nem tudo que surge de novo nesta área adequa-se às várias realidades de trabalho. Entretanto, urge que sejam conhecidas, avaliadas e criticadas. Por mais que não se adaptem a uma dada realidade, necessita-se conhecer o que há de novo, até mesmo porque, muito do que foi estudado pode ser aplicado, mesmo que não na íntegra.

Discorrer sobre os saberes, que compõem o cotidiano de trabalho e sobre saberes a serem nele incorporados, supõe sempre uma ação transformadora, tanto do próprio sujeito, que se abre ao processo de aprender ou ensinar, como da totalidade de trabalho, na qual se encontra inserido.

É preciso que se compreenda o trabalho e a educação como dimensões dialéticas, que compõem os alicerces das transformações, que movem as relações de trabalho, no sentido da prevenção e da proteção, ou seja, da produção da saúde do trabalhador.

CAPÍTULO IV

TECENDO CONSIDERAÇÕES

Neste capítulo, estão compiladas as reflexões individuais e coletivas que, ao serem desenvolvidas, foram dando forma ao objeto do estudo, o qual está na compreensão da organização tecnológica do trabalho em saúde, através da vivência do trabalhador em uma situação de risco com desfecho – acidente de trabalho envolvendo sangue e/ou fluidos corporais. Através dessa experiência individual, pode-se compreender o trabalho e as relações de trabalho que produzem e reproduzem situações de risco, que resultam no acidente. Essa compreensão possibilita a transformação do cotidiano, na perspectiva da produção da saúde do trabalhador.

Para alcançar tal objeto, foram traçados os objetivos, a saber: compreender o processo de trabalho em saúde, focalizando a construção de situação de risco e acidente de trabalho envolvendo sangue e/ou fluidos corporais; compreender a dimensão educativa do trabalho, na construção e prevenção da situação de risco e acidente de trabalho envolvendo sangue e/ou fluidos corporais, na perspectiva da produção da saúde do trabalhador.

Ressalta-se que a participação do trabalhador, neste estudo, tem seu embasamento no processo educativo, que possibilita a formação do ser humano no trabalho e pelo trabalho, que agrega para transformar o cotidiano.

Ao refletir sobre o processo de trabalho, focalizado na situação de risco e de acidente, o trabalhador apresentou seus significados, possibilitando compreender a organização tecnológica do trabalho, nos aspectos aqui estudados.

No aspecto referente às situações de risco, os trabalhadores apreendem o “risco” como sendo os elementos concretos que compõem a situação de risco. O “risco” está nos elementos e não nas relações que são estabelecidas entre estes e as situações nas quais estão inseridos, e entre as situações e a organização do trabalho. Fica existindo um predomínio da ação individual do trabalhador com esses elementos, sem que percebem as situações de risco como sendo produzidas e reproduzidas na própria organização do trabalho.

O trabalho em saúde é composto por diversas “cargas”, que conduzem ao desgaste constante e diário, cargas estas que foram discutidas e analisadas no decorrer deste estudo. Para que as manifestações tardias ou imediatas - acidente - de tal desgaste não sejam sentidas em nível individual ou coletivo, as ações de intervenção, no próprio local de trabalho, se fazem necessárias como forma de diagnosticar e planejar ações de intervenção, com base nas situações vividas.

Foi possível identificar que a associação de motivos condicionantes, que desencadeou os acidentes vividos, tem seu foco central na forma como está organizado tecnologicamente o trabalho e no processo de reflexão-ação, que parece estar à margem das ações dos trabalhadores.

Percebeu-se, também, que os acidentes de trabalho envolvendo sangue e/ou fluidos corporais, desencadeiam uma série de sentimentos e repercussões indesejáveis na vida do trabalhador, que devem ser melhor explorados, visando a compreensão, pelo conjunto dos trabalhadores, do quanto o acidente tem que

ser evitado.

Em suma, os acidentes de trabalho “(...) mostram claramente os efeitos destrutivos do trabalho sobre o corpo do trabalhador”(Laurell e Noriega, 1989, p.264). Assim sendo, provocam a necessidade de mudança e de intervenção, pois vividos por trabalhadores que fazem parte de uma organização que produz e reproduz as situações de risco.

Indo ao encontro do questionamento inicialmente feito, ou seja, se ocorrem mudanças nas concepções e significados de situação de risco e acidente de trabalho, quando o acidente é vivido concretamente e quando o trabalhador acompanha a experiência de outro trabalhador, percebe-se que não são processadas modificações significativas, nas diferentes situações vividas.

A análise da organização tecnológica do trabalho no Hospital Universitário, focalizada através da vivência do acidente de trabalho, revelou que a sua compreensão e seu impacto sobre a saúde dos trabalhadores, no que se refere às situações de risco e acidentes de trabalho envolvendo sangue e/ou fluidos corporais, é de fundamental importância, para que se estabeleça a construção de uma política organizacional de proteção, de produção da saúde do trabalhador, tendo o processo educativo como norteador de toda e qualquer ação, que se traduza em prevenção, etapa imprescindível da produção da saúde.

Partir dessa compreensão, visando o agir com proteção, é o início de uma caminhada, que busca transformações. Estas transformações são embasadas e alicerçadas no processo educativo que, por possibilitar o aprender e o compreender, possibilita o crescimento coletivo. É o processo educativo que fundamenta a identificação das situações que premem por mudanças, que faz nascer a crítica e que motiva a transformação.

Pelo exposto, durante cada momento do estudo, constata-se que as reflexões construídas “comprovam” a necessidade que está se mostrando no processo de trabalho, ou seja, no que se refere a necessidade de transformação

na organização tecnológica do trabalho, para que a saúde do trabalhador seja produzida no espaço/ambiente do trabalho.

O foco para ocorrência desta transformação, está no saber tecnológico, no trabalho orientado pelo saber já existente, ou que se produz e se reproduz no cotidiano de trabalho. O saber instrumentaliza o trabalhador, no trabalho, tornando-o sujeito do conhecimento necessário para a produção da saúde.

Pode surgir um questionamento: “Que conhecimentos e saberes são esses, capazes de instrumentalizar o trabalhador, impulsionando-o na direção da produção da saúde? São os conhecimentos e saberes da prática cotidiana, que precisam ser melhor direcionados ou melhor discutidos, para que se produzam em ações transformadoras. Não são saberes sofisticados ou de todo novos. São saberes que nascem da prática e fundamentam-se em teorias, que lhes dão subsídios ou que modificam sua apreensão pelo trabalhador.

As transformações que se fazem necessárias na organização tecnológica do trabalho no Hospital Universitário, devem partir de uma sistematização na prevenção e controle das situações de risco e acidentes de trabalho envolvendo sangue e/ou fluidos corporais. Esta sistematização tem que ser construída, contando, para isso, com a participação dos trabalhadores e com o componente educativo do processo de trabalho.

Fluindo neste rumo, a organização tecnológica do trabalho produzirá ações de proteção de si e do outro. Estas ações reproduzir-se-ão em outros trabalhadores e assim sucessivamente, chegando-se em um patamar, onde toda e qualquer condição do trabalho e do trabalhador, sejam discutidas em conjunto, de forma a coletivizar ações de produção da saúde do trabalhador.

Neste sentido, é premente uma revisão dos significados e das concepções existentes sobre acidente de trabalho envolvendo sangue e/ou fluidos corporais, bem como situações de risco e das relações de trabalho, manifestados pelos trabalhadores, no decorrer das análises. Esses significados devem convergir para

a produção de ações saudáveis, ou seja, para a construção de uma organização tecnológica que produza a saúde dos trabalhadores.

Em se tratando, ainda, da instrumentalização pelo conhecimento, considera-se imprescindível, a construção da interdisciplinaridade, a qual permite que diversos conhecimentos sejam partilhados, construídos e transmitidos, visando a produção da saúde do trabalhador. A transmissão de conhecimentos, como referido anteriormente, é um processo no qual todos devem ser co-responsáveis, criando-se, dessa forma, o envolvimento do conjunto dos trabalhadores com a produção do conhecimento. Assim sendo, as ações transformadoras serão mais abrangentes, por contar com os conhecimentos e os saberes da equipe multidisciplinar. Pensa-se em construir uma equipe, onde cada categoria profissional tenha seu planejamento de ações, só que todos vinculados a um planejamento único, elaborado em conjunto e direcionado às ações que produzam saúde, sendo os planejamentos menores, constantemente avaliados, para manter-se a harmonia com as necessidades. Constrói-se, assim, um trabalho coletivo, interdisciplinar, voltado às ações de produção da saúde.

Um trabalhador, individualmente, talvez pouco possa fazer para modificar a realidade, porém, quando em grupo, maiores são as conquistas. Para Enguita (1993, p.99), “o indivíduo isolado nada pode por si mesmo; o homem associado pode tudo”. Por vezes, o trabalhador sozinho deixa-se envolver na sua individualidade, na sua necessidade de produzir para cumprir com a demanda a ele solicitada, se deixa absorver pela exigência imediata do trabalho e não consegue abstrair desse envolvimento, para refletir sobre sua participação no processo de trabalho. Fica restrito ao fato de produzir ações, sem que se perceba parte do conjunto da produção em si, ou seja, do processo de produção e reprodução, que envolve não só o fazer, mas igualmente o refletir, o relacionar-se.

Ao estabelecer relações de trabalho, e neste estabelecer está incluído o

vivenciar, esse trabalhador insere-se no processo e no constante movimento e crescimento que as relações possibilitam, torna-se, além de uma força única para encontrar, no grupo, a força da coletividade que, mais do que a soma das forças individuais, contém em si uma força própria, capaz de transformar. Enguita salienta que “o homem é o homem social, as circunstâncias são criadas pelos próprios homens” (op.cit, p.99), validando a força do conjunto dos trabalhadores.

Para que o conjunto dos trabalhadores tenha força, e consiga resultados satisfatórios na luta por condições adequadas e seguras, faz-se necessário que tenham argumentos embasados na vivência, na teoria, na criatividade, que haja o envolvimento e a participação de todos nos processos de elaboração das políticas de trabalho.

O envolvimento e o comprometimento com as mudanças necessárias, pressupõe que o processo educativo seja uma constante no processo de trabalho, pois ele subsidia, gera necessidades e soluções, faz buscar com mais embasamento, cria oportunidades no fazer diário do trabalhador, por desencadear reflexões e ações transformadoras.

Tendo a força organizada do conjunto de trabalhadores, associada ao processo educativo, como um componente do processo de trabalho, produz-se saúde, como um contínuo na vivência dos trabalhadores.

Esta maneira de direcionar as ações de trabalho, baseada no conjunto de trabalhadores, foge um pouco ao modelo clínico biológico que tem, na assistência individual, seu foco de ação. É fundamental, no entanto, para que se estructurem tais ações, que os conhecimentos acerca de saúde-doença, centrada no modelo hegemônico vigente, sejam repensados, e que sejam valorizadas outras concepções, que aproximam saúde-doença de ações coletivas de proteção de si e do outro, ao invés do predomínio de ações assistenciais individuais.

Outro conhecimento necessário, que deve ser operacionalizado, para que

se construa a sistematização tecnológica, está na vigilância epidemiológica, que ainda não se efetua, no Hospital Universitário, no que tange a prevenção e controle das situações de risco e acidentes de trabalho. Necessário se faz tal conhecimento, que possibilita compor um “sistema gerador de informações adequadas à realização de análises epidemiológicas” (Alessi, 1994, p.41), que produza ações de intervenção no espaço/ambiente do trabalho.

A vigilância epidemiológica, segundo a Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços competentes, “é um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatos determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar medidas de prevenção e controle das doenças (...)”.

Depreende-se desta definição que a vigilância epidemiológica contempla as ações individuais e coletivas, que se quer sejam geradoras e mantenedoras da sistematização tecnológica, na prevenção e controle das situações de risco e acidentes de trabalho. Estas ações, estão baseadas na compreensão da organização tecnológica do trabalho, que permite identificar os momentos que necessitam ser modificados, para que, de um planejamento formal ou parte de um discurso, passem à operacionalização concreta.

Ao focar a vigilância epidemiológica, com seu conteúdo aplicado dentro de uma abordagem teórico-prática, quer se salientar a visão dialética, que possibilita prosseguir além da busca limitada entre o motivo e o problema específico estudado, para compreender a sociedade e, portanto, o conjunto do trabalho, como gerador de explicações para tal problema, bem como das soluções, ou melhor, de modos de intervenção no processo de trabalho, para modificá-lo.

Através do processo educativo no e pelo trabalho, e dos conhecimentos

operacionalizados, pensa-se em estruturar os “vigilantes do risco”. Os trabalhadores, enquanto atores da prática diária, seriam os vigilantes de si, no sentido de vigiarem suas próprias ações, para que produzam sua saúde e a saúde do outro, e não acidente de trabalho. Vigiarão, também, a organização tecnológica, não no sentido de fiscalização, mas com a intenção de manter uma lógica coletiva de produção da saúde do trabalhador no e pelo trabalho.

Dentro da instituição estudada, foi proporcionado um espaço para reflexão-ação, no próprio ambiente de trabalho, que se iniciou com a disciplina de Prática Assistencial, e que se pretende dar continuidade a partir desse estudo, pela necessidade de produção e operacionalização do conhecimento, para que a sistematização tecnológica seja concreta. Este espaço de reflexão-ação, pretende-se que seja operacionalizado através de grupos de trabalhadores, com vistas a proporcionar reflexões e ações sobre e para a organização tecnológica do trabalho, processo saúde-doença, ações de produção da saúde dos sujeitos do trabalho, que ofereçam subsídios para o crescimento coletivo e para as ações coletivas. Estes grupos permitem uma constante atualização do conhecimento das realidades do trabalho pela ótica dos trabalhadores, permitindo intervenções anteriores aos acidentes. Em contrapartida, entende-se da mesma forma como Alessi et al (1994, p.47), que a produção e reprodução de conhecimentos, assegura aos trabalhadores “a socialização de conhecimentos sobre acidentes e doenças do trabalho e a eleição de ações de enfrentamento a serem viabilizadas através de processos de mobilização e luta dos trabalhadores”.

A construção deste grupo de reflexão-ação, tem um pré-requisito indissociável da sua existência, qual seja, a participação dos trabalhadores entrevistados, como sujeitos da produção e reprodução de conhecimentos. Partindo da colocação feita de que se pretende contextualizar a experiência individual com acidentes, visando modificações na organização tecnológica, ninguém melhor do que estes trabalhadores, que ofereceram subsídios para a

reflexão individual e coletiva sobre o processo de trabalho, para serem os responsáveis por esta sistematização. E, mais do que isto, para serem os multiplicadores de ações de produção da saúde coletiva no trabalho. Sejam, então, sujeitos da congruência necessária à produção da saúde.

Na condição de “vigilantes do risco”, possibilitam um olhar retrospectivo, por proporcionarem a compreensão da organização tecnológica do trabalho através da vivência passada, e um olhar prospectivo por participarem do planejamento de ações de intervenção, embasado na vivência prática.

Além do saber tecnológico, outro ponto relevante na sistematização tecnológica pretendida, é a criação de estratégias que possibilitem a construção de um banco de dados sobre as situações de risco e acidentes de trabalho. Devem existir mecanismos que sistematizem os dados produzidos pelos trabalhadores, enquanto sujeitos individuais e coletivos do trabalho, e pela organização do trabalho. Estes dados são de fundamental importância, na identificação dos motivos e do local de trabalho onde ocorreram os acidentes, visando estabelecer um diagnóstico das situações de risco e acidentes, o que permite planejar, com maior precisão, as ações de intervenção. A estruturação dos dados, não é exclusiva para o agir após acidentes, como predomina no discurso dos trabalhadores, mas prioritária para agir no processo de trabalho, transformando-o, para evitá-los.

Assim, vislumbra-se a sistematização tecnológica na prevenção e controle das situações de risco e acidentes de trabalho. Outras ações far-se-ão agrupar a estas, sem dúvidas. Salienta-se que esta proposição, desde seu planejamento até a operacionalização cotidiana de ações tecnologicamente projetadas para cada trabalhador e para o conjunto dos trabalhadores, está alicerçada no processo educativo, sem o qual, a construção conjunta, participativa e refletida, seria extremamente difícil de se concretizar.

Sabe-se que não existe “fórmula” pré-estabelecida ou ideal, para a

construção de uma sistematização tecnológica na prevenção e controle de acidentes de trabalho envolvendo sangue e/ou fluidos corporais, cuja aplicação pressupõe resultados sempre satisfatórios. Ela deve nascer, emergir do próprio cotidiano, da percepção dos trabalhadores, que nele estão imersos, para que seja, então, a melhor “fórmula”.

Esta proposição emergiu de reflexões provocadas nos trabalhadores. Tem, como uma de suas premissas, a conscientização necessária para que nasça a crítica, tanto individual quanto coletiva, para que se reflita sobre a organização tecnológica do trabalho, e se produza, dentro do próprio trabalho, a reformulação de hábitos, visando a produção da saúde do trabalhador e a qualidade de vida.

E é exatamente neste ponto, de não existirem fórmulas ideais, mas, sim, necessidades emergindo do cotidiano ou sendo operacionalizadas na prática diária, fazendo surgir aspectos a serem explorados e refletidos, que está a essência do processo educativo do processo de trabalho.

A des-construção de certos hábitos, costumes, ações, para construir uma nova história, onde os atores são os mesmos, não é tarefa fácil. Envolve situações extenuantes, desgastantes. Envolve as lutas contra um modo de produção, contra uma organização que envolve os trabalhadores. É um desafio constante e novo, a cada ação que exige “educação”. Porém, é um desafio necessário, onde é preciso levantar-se e ouvir-se a voz do trabalhador. Mais do que isso, é preciso enfrentar a si mesmo, para poder reivindicar, para desacomodar e fazer acontecer as modificações necessárias, que emergem do cotidiano de trabalho.

Toda mudança exige planejamento, conhecimento da organização tecnológica a ser modificada. E é no confronto entre o planejado e a realidade vivida, que surgem as dificuldades, os obstáculos, como momentos que integram todo o processo de mudança. Mesmo quando o planejado é estruturado sobre

uma realidade previamente conhecida e estudada, as dificuldades persistem. O manejo destas, a forma de abordá-las, para que não impeçam as mudanças, está embasado no processo educativo que faz do trabalho, um espaço de construção de sujeitos no e pelo trabalho, de construção de sua saúde.

Enquanto determinante do processo saúde-doença, o trabalho deve ser um espaço, onde o ser humano possa reproduzir relações que o conduzam ao prazer, à saúde, ao crescimento, à qualidade de vida. Tendo esta valorização, a organização tecnológica, de todo e qualquer processo de trabalho, deve contemplar o processo educativo como um meio, para que o trabalhador, no constante exercício de sua prática cotidiana, possa empreender, apreender, evoluir e, acima de tudo, trabalhar com dignidade, participação e segurança, sendo parte integrante de um processo que considera as diferenças, buscando, através do coletivo do qual se compõem, atingir a qualidade final desejada, sem prescindir da qualidade das ações que compõem o processo em cada uma de suas etapas.

Do exposto, ressalta-se a contribuição do presente estudo tanto para o trabalho da enfermagem, como para o trabalho da saúde em geral: resgatar a cidadania do trabalhador, ou melhor, permitir que ele resgate sua própria cidadania, enquanto participe do processo de trabalho em constante movimento, produzido pelas próprias relações que se estabelecem entre trabalhadores é, mais do que nunca, prioridade, quando se pensa qualidade de vida. Esta cidadania exige participação e não acomodação; exige crítica construtiva ao invés de destrutiva; busca, no cidadão, resgatar os sentimentos de prazer no trabalho, de saber mais, de se envolver mais para, então, produzir com maior qualidade, não só o produto final, como as ações que se encadeiam sistematicamente durante o processo para que se chegue ao produto. Esse processo precisa produzir qualidade para ambos: paciente/cliente e trabalhadores, ou seja, produzir saúde para o trabalhador e seus pares, no cotidiano de trabalho.

Outra contribuição, está na possibilidade de elaboração de outros estudos, que busquem dar continuidade a este re-olhar para a organização tecnológica do trabalho em saúde, no que tange às situações de risco e acidente de trabalho, como uma forma de produzir a saúde e resgatar a cidadania do trabalhador.

CAPÍTULO V

APRESENTANDO A BIBLIOGRAFIA REFERIDA E CONSULTADA

ALESSI, N. P. et al. Saúde e Trabalho no Sistema Único de Saúde. São Paulo: HUCITEC, 1994.

ALMEIDA, M. C. P. O trabalho de Enfermagem e sua Articulação com o Processo de Trabalho em Saúde Coletiva - Rede Básica de Saúde em Ribeirão Preto. Dissertação de Mestrado. Ribeirão Preto, 1991.

ALMEIDA, M. C. P. e ROCHA, S. M. M. O Trabalho de Enfermagem. São Paulo : Cortez, 1997.

ALMEIDA FILHO, N. A Clínica e a Epidemiologia. Salvador - Rio de Janeiro: APCE – ABRASCO 1992.

AYRES, R. Ação comunicativa e conhecimento científico em epidemiologia : origens e significados do conceito de risco. Tese de doutorado. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, 1995.

AZAMBUJA, E. P. O Componente Educativo do Processo de Trabalho: Criando a Necessidade de uma Sistematização tecnológica na Prevenção e Controle de Acidentes de Trabalho. Relatório da disciplina de Prática Assistencial do Curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem. Florianópolis. Universidade Federal de Santa Catarina, 1998.

- AZAMBUJA, E. P., KERBER, N. P. C., CEZAR VAZ, M. R. **Condição de AIDS: um “risco qualitativo” desqualificante no processo de trabalho em saúde.** Texto inédito. Rio Grande, 1999.
- BARBOSA, A. **Riscos ocupacionais em hospitais : um desafio aos profissionais da área de saúde ocupacional.** Dissertação de Mestrado. Florianópolis, 1989.
- BARCHIFONTAINE, C. P. **Prazer no Trabalho de Enfermagem : uma visão antropológica.** In: Jornada Mineira de Enfermagem, 13, 1994, Belo Horizonte. **Anais.** Belo horizonte, 1994.
- BERLINGUER, G. **A Saúde nas Fábricas.** São Paulo : CEBES – HUCITEC, 1983.
- BETANCOURT, O. **La Salud e el Trabajo : Reflexiones Teórico Metodológicas.** Monitoreo Epidemiológico. Atención Básica en Salud. Quito: CEAS/OPS, 1995.
- BLANCK, Vera. **Saúde e Doença.** Florianópolis, 1997.(mim.)
- BLINDER, C. e ALMEIDA, B. **Cadernos de Saúde Pública.** São Paulo, 1997. p. 750-753.
- BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO - AIDS. Ano XII, nº 1, dezembro/98 a fevereiro/99. **SIM/CENEPI/DATASUS/MS, 1999.**
- _____. Ano XII, nº 3, junho a agosto/99. **SIM/CENEPI/DATASUS/MS, 1999.**
- BORDIEUR, P. **In Other Words : Essays Towards a Reflexive Sociology.** Trans. By Mathew Adamson, Stanford, Stanford University Press, 1990.
- BRASIL. Leis, etc. Lei nº 8.213, de 24 de Julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. **Diário Oficial da União.** Brasília : Seção 1, 1998.
- BRASIL. Leis, etc. Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União.** Brasília.

- BUENO, F. S. **Dicionário Escolar da Língua Portuguesa**. 11 ed. Rio de Janeiro : FAE, 1985.
- CAPELLA, B. **Uma Abordagem Sócio – Humanista para um modo de fazer o trabalho da enfermagem**. Tese de Doutorado. Florianópolis. Universidade Federal de Santa Catarina, 1996.
- CAPONI, G.; LEOPARDI, M. T.; CAPONI, S. **A Saúde como Desafio Ético**. SEFES : Florianópolis, 1995.
- CASTIEL, L. D. **O Buraco e o Avestruz: a singularidade do adoecer humano**. São Paulo : Papirus, 1994.
- CEZAR VAZ, M. R. **O Trabalho da Enfermeira na Rede Básica de Serviços de Saúde**. Análise de Depoimento. Dissertação de Mestrado. Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, 1995.
- _____. **Conceitos e Práticas de Saúde – Adequação no Trabalho de Controle da Tuberculose**. Tese de Doutorado. Florianópolis. Universidade Federal de Santa Catarina, 1996.
- CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais**. 2a. ed.; São Paulo: Cortez, 1995.
- CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM - COREN. **Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem**. Rio de Janeiro, 1993.
- COSTA, D. C. (org.). **Epidemiologia – teoria e objeto**. São Paulo : HUCITEC – ABRASCO, 1990.
- COSTA, M. R. **As Vítimas do Capital – Os Acidentados do Trabalho**. Rio de Janeiro : Achiamé, 1981.
- CZERESNIA, D. et al. **AIDS: ética, medicina e biotecnologia**. São Paulo- Rio de Janeiro : HUCITEC – ABRASCO, 1995.
- DEJOURS, C. **A Loucura do Trabalho**. São Paulo : Cortez/Oboré, 1988.
- EGRY, E. Y. **Saúde coletiva: construindo um novo métodos em enfermagem**. São Paulo : Ícone, 1996.

ENGUIITA, M. F. **Trabalho, escola e ideologia** - Marx e a crítica da educação. Porto Alegre : Artes Médicas, 1993.

ESQUIVEL, H. et al. **Infecciones hospitalaria**. 1. ed. Colômbia : Médica Internacional, 1995.

FAZENDA, I. (org.) **Metodologia da Pesquisa Educacional**. 3. ed. São Paulo : Cortez, 1994.

_____. **Interdisciplinaridade** – Um projeto de parceria. São Paulo : Loyola, 1993.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 21. ed. Rio de Janeiro : Paz e Terra, 1993.

_____. **Conscientização**. São Paulo : Editora Moraes LTDA, 1980.

FRIGOTTO, G. **Trabalho, Conhecimento, Consciência e a Educação do Trabalhador: Impasses Teóricos e Práticos**. In : GOMEZ, C. M. et al. **Trabalho e conhecimento: dilemas na educação do trabalhador**. 2. ed. São Paulo : Cortez, 1989. p. 13-25.

GELAIN, I. **Aspectos éticos na assistência de enfermagem**. Florianópolis : Universidade Federal de Santa Catarina, 1997.

GELBECKE, F. L. **Processo Saúde-doença e Processo de Trabalho** : a visão dos trabalhadores de enfermagem de um hospital-escola. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro, 1991.

GODOY, A. S. **Pesquisa qualitativa - tipos fundamentais**. Revista de Administração de Empresas. São Paulo, v. 35 , n. 3, p. 20-29, maio/jun. 1995.

GOELZER, B. **Palavra de Especialistas** – Resumo das Conferências Internacionais apresentadas no Congresso de Prevensul. In : **Revista Prevenção** – Revista Mensal de Segurança e Saúde no Trabalho. n. 73. Jan/1998. p. 46-54.

GOMEZ, C. M. Processo de trabalho - Processo de conhecimento. In : GOMEZ, C. M. et al. **Trabalho e conhecimento: dilemas na educação do trabalhador**. 2. ed. São Paulo : Cortez, 1989.

GONÇALVES, D. C. **O Discurso sobre as Relações Educação – Saúde - Trabalho de Professores Universitários e Trabalhadores da Construção Civil**. Dissertação de Mestrado. Florianópolis : Universidade Federal de Santa Catarina, 1996.

GONZAGA, F. R. S. R. **Para além do cotidiano: reflexões acerca do processo de trabalho de educação em saúde**. Dissertação de Mestrado. Florianópolis : Universidade Federal de Santa Catarina, 1992.

HAAG, G. S. et al. **A enfermagem e a saúde dos trabalhadores**. Goiânia : A-B, 1997.

HENICKA, H. **A Educação e a Organização do Processo de Trabalho no Capitalismo Contemporâneo: uma redefinição nos pressupostos e fundamentos educacionais**. Dissertação de Mestrado. Florianópolis : Universidade Federal de Santa Catarina, 1993.

HERRERA, M. A. S. **Fatores de Risco numa Empresa Eletricitária: uma perspectiva cultural**. Dissertação de Mestrado. Florianópolis. Universidade Federal de Santa Catarina, 1988.

LAURELL, A. C. ; NORIEGA, M. **Processo de Produção e Saúde - Trabalho e Desgaste Operário**. São Paulo : HUCITEC, 1989.

LEOPARDI, M. T. (org.). **Estruturas conceituais de enfermagem**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 1995.

LUNARDI FILHO, W. D. **Prazer e Sofrimento no Trabalho**. Contribuições a Organização do Processo de Trabalho da Enfermagem. Dissertação de Mestrado. Porto Alegre, 1995.

_____. **O Mito da Subalternidade do Trabalho da Enfermagem à Medicina**. Tese de Doutorado. Florianópolis. Universidade Federal de Santa Catarina, 1998.

MACIEL, E. M. G. S. **Medicina, Risco e Sujeito**. s/d. (mim.).

- MACHADO, A. A. ; SASSI, M. G. M. **Projeto: Avaliação de exposição ocupacional a patógenos virais veiculados pelo sangue**. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo /Rio Grande: Fundação Universidade do Rio Grande,1998.
- MATTOS, V. O. E QUEIROZ, A. R. Mapa de Risco. In: TEIXEIRA, P. e VALLE, S. (orgs.) **Biossegurança : uma abordagem multidisciplinar**. Rio de Janeiro : FIOCRUZ, 1996. p. 111-122.
- MELO, C. M. M. **Divisão Social do Trabalho e Enfermagem**. São Paulo : Cortez, 1986.
- MENDES-GONÇALVES, R. B. **Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde** – Características Tecnológicas do Processo de Trabalho na Rede Estadual de Centros de Saúde de São Paulo. São Paulo : HUCITEC – ABRASCO, 1994.
- _____. **O Processo de Trabalho em Saúde**. São Paulo : Departamento de Medicina Preventiva, Universidade de São Paulo, 1988. (mim.)
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento - pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo – Rio de Janeiro : HUCITEC – ABRASCO, 1992.
- _____. Os homens de ferro. Rio de Janeiro : Dois Pontos, 1986.
- MIMAYO-GOMES, C. ; THEDIN-COSTA, C. **Cadernos de Saúde Pública**. Vol. 13, São Paulo, 1997. P. 27-32.
- MORAES JR., C. P. Segurança real. In: **Revista Prevenção** – Revista Mensal de Segurança e Saúde no Trabalho. n. 77. Maio 1998. p. 44-45.
- ODA, L. M.et al. AIDS como Doença ocupacional. In : TEIXEIRA, P. ; VALLE, S. (orgs.) **Biossegurança : uma abordagem multidisciplinar**. Rio de Janeiro : FIOCRUZ, 1996. p. 239-256.
- PIRAGINE, Maria de Lourdes da Rocha. **Cartilha papareia : informativo turístico de A/Z do Município do Rio Grande**. Rio Grande : FURG, 1992.
- PIRES, D. **Hegemonia Médica na Saúde e a Enfermagem**. São Paulo : Cortez, 1989.

- _____. **O Problema dos Acidentes de Trabalho na Enfermagem e a necessidade de nova interpretação teórica.** Campinas : Universidade Estadual de Campinas, 1992.
- _____. **Restruturação Produtiva e Trabalho em Saúde no Brasil.** 1 ed. São Paulo : Annablume, 1998.
- PINTO, C. A. G. **Boletim: Controle de Infecção.** n. 39, ano IX, Fev/Mar/Abr 1999.
- POSSAS, C. **Saúde e Trabalho – A Crise da Previdência Social.** Rio de Janeiro: Graal, 1981.
- RATTNER, H. **Tecnologia e Sociedade – uma proposta para os países subdesenvolvidos.** São Paulo : Brasiliense, 1980.
- REZENDE, A. L. M. **O compromisso de educar para a saúde.** Belo Horizonte: ANAE Educando UFMG. SIV., SIN., jun./1984. p. 25-28.
- _____. **Educação e Assistência de Enfermagem.** Florianópolis : Universidade Federal de Santa Catarina, 1997.
- SANTOS, E. M. Comportamentos Sexuais, práticas sexuais, *habitus*, trabalho erótico: uma contribuição ao estudo das sexualidades. In : CZERESNIA, D. et al. **AIDS : ética, medicina e biotecnologia.** São Paulo – Rio de Janeiro : HUCITEC – ABRASCO, 1998. p.77-100.
- SCHIMITT, M. **A percepção de trabalho de um grupo de trabalhadores em uma empresa frigorífica – Itajaí / SC.** Projeto de Dissertação. Itajaí, 1996.
- SILVA, G. B. **Enfermagem Profissional – Análise Crítica.** São Paulo : Cortez, 1986.
- STIER, C. J. N. Et al. **Rotinas em Controle de Infecção Hospitalar.** Curitiba : NETESUL Editora, 1995.
- TEIXEIRA, P. e VALLE, S. (orgs.) **Biossegurança : uma abordagem multidisciplinar.** Rio de Janeiro : FIOCRUZ, 1996.

TREIN, E. S. A requalificação do trabalhador na perspectiva do capital e do trabalho – uma discussão atual. In: COELHO et al. **Sistema Educacional e Novas Tecnologias**. Rio de Janeiro : tempo Brasileiro, 1991.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em Ciências Sociais**. São Paulo : Atlas, 1992.

VAGHETTI, H. H. **Ações de saúde na tuberculose em Rio Grande na década de 40 : a história contada**. Dissertação de Mestrado. Florianópolis. Universidade Federal de Santa Catarina, 1999.

VÁZQUEZ, A. S. **Filosofia da Práxis**. 3. ed. Rio de Janeiro : Paz e Terra, 1986.

VERMELHO, L. L. Estratégias de Desenvolvimento de Ensaio para a Avaliação de Vacinas ou de Produtos Candidatos : a Pesquisa Social e Comportamental. In : CZERESNIA, D. et al. **AIDS : ética, medicina e biotecnologia**. São Paulo- Rio de Janeiro : HUCITEC – ABRASCO, 1995.

YOSHIDA, C. F. T. Hepatite B como Doença Ocupacional. In : TEIXEIRA, P. e VALLE, S. (orgs.) **Biossegurança : uma abordagem multidisciplinar**. Rio de Janeiro : FIOCRUZ, 1996. p. 257-271.

ANEXOS

ANEXO 1 – MEDIDAS DE BIOSSEGURANÇA

Precauções básicas, conforme recomendações do CDC e reflexões de Stier et al (1995).

LAVAGEM DAS MÃOS: é o meio mais importante para a prevenção da infecção. Previne e reduz a colonização transitória da flora microbiana não residente à flora microbiana residente. Deve ser realizada sempre, antes e após contato com líquidos orgânicos.

LUVAS: previnem o contato com ou exposição aos líquidos, objetos contaminados com fluidos orgânicos, membranas mucosas e soluções de continuidade da pele. Devem ser usadas quando do manuseio de qualquer líquido orgânico; quando se prevê o contato com membrana mucosa ou pele não íntegra de todos os pacientes; para manuseio de objetos ou superfícies contaminadas com líquidos orgânicos; quando da realização de venopunções ou outros procedimentos de acesso vascular. As mãos devem ser sempre lavadas por ocasião da retirada das luvas. As luvas devem ser trocadas após contato com cada paciente.

AVENTAIS: protegem a roupa contra a contaminação com líquidos orgânicos. Devem ser usados quando da realização de procedimentos passíveis de provocar respingos de líquidos orgânicos na roupa do trabalhador.

MÁSCARAS/PROTETORES OCULARES: protegem as membranas mucosas, a pele não íntegra da face contra a borrifação ou respingos de líquidos orgânicos. Devem ser usados em procedimentos passíveis de provocar respingos de líquidos orgânicos na face do trabalhador.

MATERIAIS PÉRFURO-CORTANTES: cuidados especiais devem ser dispensados a estes materiais durante os procedimentos que os exigem e na manipulação subsequente. As agulhas não devem ser recapadas, entortadas ou quebradas, removidas das seringas descartáveis ou manipuladas de outra forma após o uso. Devem ser desprezadas em recipientes de paredes rígidas, resistentes à punção. Estes recipientes devem ser preenchidos apenas até 2/3 de sua capacidade, para que possam ser fechados e transportados com segurança.

PROFISSIONAIS DA SAÚDE: quando portadores de lesões de pele, devem evitar contato direto com pacientes, principalmente quando existe a

possibilidade de exposição a sangue e/ou fluidos corporais, e, também, evitar o manuseio de equipamentos ou superfícies contaminadas. Este procedimento assegura a proteção de trabalhador e do paciente.

ANEXO 2 – ROTEIRO PARA ENTREVISTA

ROTEIRO DA ENTREVISTA

PERGUNTA DESENCADEADORA:

O que entendes por acidente de trabalho e situação de risco?

ITENS QUE COMPÕEM O ROTEIRO DA ENTREVISTA:

EM RELAÇÃO AO ACIDENTE:

- Circunstância que envolveu o acidente;
- Objeto que causou o acidente;
- Causa do acidente;
- Culpa pelo acidente: sua, de outro trabalhador, da instituição;
- Tempo passado da ação de evitar o acidente;
- Tempo presente da ação de evitar o risco de acidente;
- Percepção em relação ao acidente vivido;
- Relações que envolveram o acidente: pessoais, estruturais, de trabalho.

EM RELAÇÃO A SITUAÇÃO DE RISCO:

- Situações que oferecem risco;
- Envolvimento pessoal com a situação de risco;
- Percepção em relação à exposição ao risco antes do acidente;
- Momentos do trabalho que percebe como oferecendo “risco” que julga necessitarem de modificações;
- Dificuldades e/ou facilidades no trabalho para produzir as modificações apontadas.

EM RELAÇÃO AO PROCESSO EDUCATIVO NO TRABALHO:

- Conhecimento das medidas de biossegurança;
- Fazia uso ou não no momento do acidente, por que;
- Percepção da ação de prevenir;
- Momentos do trabalho (passado, presente), em que a prevenção se faz necessária (julgamento no sentido de conhecimento);
- Condutas que considera importantes diante de situações de risco;
- “Faltas” no processo de trabalho para compor as ações de prevenção em relação a risco e acidente de trabalho envolvendo sangue e/ou fluidos corporais.

ANEXO 3 – DIÁRIO DE CAMPO

NOME DO ESTUDO:

LOCAL:

DIA: MÊS:

ANO:

HORÁRIO:

RELATOS	REFLEXÕES PESSOAIS	ANÁLISES BIBLIOGRÁFICAS

ANEXO 4 – RECOMENDAÇÕES PARA QUIMIOPROFILAXIA EM EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL

TIPO DE EXPOSIÇÃO	MATERIAL FONTE	PROFILAXIA ANTIVIRAL	DORGAS INDICADAS
Percutâneo	#Sangue Maior risco* Menor risco #Fluidos contendo sangue visual ou fluidos ou tecidos de maior risco (1) #Outros fluidos (p. ex. Urina)	Recomendar Oferecer Oferecer Não oferecer	ZDC com 3TC** ZDC com 3TC ZDC com 3TC
Membrana mucosa	#Sangue #Fluidos contendo sangue visível ou fluidos ou tecidos de maior risco (1) #Outros fluidos (p. ex. Urina)	Oferecer Oferecer Não oferecer	ZDC com 3TC** ZDC com 3TC
Pele	#Sangue #Fluidos contendo sangue ou fluidos ou tecidos de maior risco (2) #Outros fluidos (p. ex. Urina)	Oferecer Oferecer Não oferecer	ZDC com 3TC** ZDC com 3TC

A) * Avaliar o risco em relação a: volume, carga viral, origem profundidade e extensão da lesão.

** O risco de toxicidade adicional de outras drogas, como os inibidores de protease (principalmente Indinavir), deve ser pesado em relação ao risco de contaminação associado ao acidente.

(1) Inclui: sêmen, secreção vaginal e líquidos cérebro-espinhal, sinovial, pleural, peritoneal, pericárdico e amniótico.

(2) Apenas para casos de exposição de maior risco, isto é, com envolvimento de alta carga viral, contato prolongado, associados a lesões de pele ou envolvendo grande extensão de pele.

B) O AZT é a única droga da qual se dispõe de dados que mostram a eficácia da ação profilática nessas situações, por isso, deve ser incluída em qualquer esquema de profilaxia. Outras drogas como 3TC, Indinavir, quando utilizadas, devem passar por uma avaliação cuidadosa, devido ao risco de toxicidade.

C) A profilaxia deve ser iniciada dentro de, no máximo, 02 horas após o acidente. Apesar de estudos realizados em animais após 24 a 36 horas terem sugerido que a profilaxia não é eficiente, esta deve ser iniciada mesmo após transcorrido este tempo, principalmente em casos de maior risco, pois mesmo que a infecção não seja prevenida, o tratamento precoce da infecção aguda é benéfico. O tempo ideal de profilaxia não está definido, sendo recomendado uma duração de quatro semanas.

D) Trabalhadores com exposição ocupacional devem receber atenção médica, aconselhamento, apoio psicológico e avaliação sorológica no momento do acidente, na 6^a e 12^a semana, e após 6 meses. Quando do uso da profilaxia, deve haver um monitoramento clínico e laboratorial do trabalhador e se for observado algum grau de toxicidade, deve ser avaliada a conveniência de redução ou substituição das drogas.