

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
MINTER UFSC/UCS/FEEVALE/UNIVATES**

ANA PAULA STEFFENS

**REPERCUSSÕES DE ACIDENTES DE TRABALHO COM PÉRFURO-
CORTANTE NA VIDA DE TRABALHADORES DE ENFERMAGEM**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem – Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Dra. Francine Lima Gelbcke

**FLORIANÓPOLIS
2006**

ANA PAULA STEFFENS

**REPERCUSSÕES DE ACIDENTES DE TRABALHO COM PÉRFURO-CORTANTE
NA VIDA DE TRABALHADORES DE ENFERMAGEM**

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de:

Mestre em Enfermagem

E aprovada na sua versão final em 27 de Julho de 2006, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Dra. Maria Itayra Coelho de Souza Padilha
Coordenadora do Programa

BANCA EXAMINADORA:

Dra. Francine Lima Gelbcke
– Presidente –

Dr. Gelson Luiz de Albuquerque
- Membro -

Dra. Vania Elisabete Schneider
- Membro -

Dra. Vania Marli Schubert Backes
- Suplente -

Dra. Nilva Lúcia Rech Stédile
- Suplente -

Agradecimentos

Ao longo desses dois anos tive em minha caminhada uma série de pessoas verdadeiramente especiais, às quais não poderia deixar de agradecer, ainda mais num momento como esse, momento de fechamentos, de amarrar os últimos barbantes do pacote, de finalização de uma grande etapa.

Inicialmente agradeço a Deus, pela luz, serenidade e força nas horas mais difíceis, não só do trabalho em si, mas também da minha vida.

Agradeço aos meus pais, Paulo e Maria, por serem simples, pelos valores que me ensinaram e por me incentivarem mesmo não entendendo bem o significado de todo esse processo.

A todos os meus familiares, especialmente à minha irmã Juliana, meu cunhado Joel e meus lindos sobrinhos Arthur e Nicholas.

Agradeço muito à minha orientadora, Francine Lima Gelbcke, por toda a paciência no decorrer do processo, por compreender as minhas dificuldades, e de modo muito especial, ao incentivo que me foi dado nos últimos dias, quando eu achei que não conseguiria terminar essa dissertação!

Aos professores da banca, Gelson Luiz de Albuquerque e Vania Marli Schubert Backes, e à doutoranda Eliana Pinho Azambuja, pela disponibilidade de aceitar o convite e partilhar deste momento, e de poder estar novamente contribuindo para o meu crescimento.

À professora Vania Elisabete Schneider, por aceitar esse

compromisso, pela amizade ao longo dos anos e por ter me proporcionado experiências tão ricas no último ano de minha graduação, sendo que estas terão repercussão em toda minha carreira.

À professora Nilva Lúcia Rech Stédile, não apenas por aceitar ser suplente desta banca, mas pela amizade e por ser uma referência de profissional de sucesso desde os meus tempos da graduação.

Agradeço aos trabalhadores que participaram desta pesquisa, por terem aberto para mim detalhes de vivências tão doídas, transformando o sonho de realizar esta pesquisa em realidade.

À todos os professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC que contribuíram de alguma forma para o meu crescimento, bem como à professora Suzete Marchetto Claus, pela intermediação UCS/UFSC.

À todos os meus colegas de curso, que passaram em minha vida e deixaram um pouco de si. Agradeço de modo especial à Maria Berra, ao Júlio e à Márcia, estes mais próximos, dividindo angústias, medos e vitórias.

Agradeço à todos os funcionários da UUEM, de modo muito especial à equipe da manhã, me deu tanto colo e me entendeu tantas vezes, e aos enfermeiros, em especial à enfermeira Marli, por me ajudar fazendo mil trocas de plantão.

À minha amiga Danusa, pelo companheirismo, pela força em vários momentos, até na degravação das entrevistas. Nunca imaginei que conheceria uma pessoa como você, obrigada!

Agradeço à direção, gerência de enfermagem e coordenadores de área da instituição envolvida, pelo estímulo e permissividade sempre que

eu precisei. Agradeço de maneira especial a coordenadora Jaqueline e o coordenador Bira, por me conceder férias, folgas e dispensas de acordo com as minhas necessidades.

Agradeço finalmente as demais pessoas que tiveram espaço em meu coração durante esse processo, que me proporcionaram momentos de reflexão crítica, que me apoiaram, aplaudiram e acreditaram em minha capacidade.

Se, em algum momento, eu pensei em não continuar, foi por cada um de vocês que ergui a cabeça, enxuguei as lágrimas e pude dar mais um passo.

“L’U ESTAVA COM LUVA, ENTÃO ELE PICOU, FUROU, MAS A PERDA NÃO FOI ASSIM TÃO GRANDE, NÃO FOI TÃO PROFUNDO... MAS PRA QUEM É PICADO, NÃO IMPORTA A PROFUNDIDADE...” (T15)

STEFFENS, Ana Paula. Repercussões de acidentes de trabalho com pérfuro-cortante na vida de trabalhadores de enfermagem, 2006. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 133p.

Orientadora: Dra. Francine Lima Gelbcke

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, do tipo convergente assistencial, cujos objetivos foram determinar quais as repercussões do acidente de trabalho com pérfuro-cortante na vida dos trabalhadores de enfermagem, com base nas vivências e sentimentos relatados, bem como refletir sobre estratégias que possam minimizar o processo de desgaste do trabalhador decorrente do acidente e construir um corpo de conhecimentos que possa subsidiar novas alternativas de atuação frente a estas ocorrências. Foi tomada como pergunta de pesquisa: Quais são as repercussões de um acidente de trabalho com pérfuro-cortantes para a vida dos trabalhadores de enfermagem? Partiu-se da hipótese que o acidente de trabalho gera mais desgaste psíquico no trabalhador do que realmente impactos que alterem seu comportamento frente à manipulação com pérfuro-cortantes. Para dar conta destes aspectos, montou-se um marco teórico com base na Teoria Sócio-Humanista de Beatriz Bedushi Capella (1998). A pesquisa foi realizada em um hospital escola do interior do Rio Grande do Sul, com trabalhadores da equipe de enfermagem que já tivessem tido um acidente de trabalho com material pérfuro-cortante potencialmente contaminado. A coleta de dados desenvolveu-se em dois momentos: no primeiro foram realizadas três oficinas, cujas discussões foram gravadas, e no segundo momento realizaram-se 13 entrevistas para aprofundamento dos dados. Os dados foram analisados conforme a proposta de Minayo (2004). Após a análise dos dados chegou-se às seguintes categorias: Significados acerca de acidentes de trabalho; Acidente de trabalho: de quem é a culpa?; Repercussões do acidente de trabalho na vida do trabalhador; Redes de apoio, Estratégias para a prevenção e para a resolução do acidente. Os resultados apontam para a existência de sérias repercussões na vida dos profissionais, nas dimensões biológicas, psíquicas e sociais, ocorrendo grande desgaste psíquico imediato ao acidente e ao longo do seguimento sorológico, verbalizado principalmente pelo medo da contaminação e de sofrer outro acidente. Foi proposto o conceito de redes de apoio pensando em estruturas sociais para amparar o trabalhador neste momento de fragilidade. Conclui-se sugerindo como alternativas para minimizar o desgaste causado pelo acidente de trabalho o fortalecimento das redes de apoio, entendidas como estruturas sociais para amparar o trabalhador neste momento de fragilidade, as quais incluem a humanização no atendimento ao trabalhador, as práticas reflexivas em substituição dos treinamentos e atendimento psicossocial ao profissional acidentado.

Palavras-chave: enfermagem, equipe de enfermagem, exposição ocupacional.

STEFFENS, Ana Paula. Repercussions of work accidents with hole cutting equipment in nursing workers' lives, 2006. Dissertation (Master in Nursing), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 133 p.

Orientator: Dra. Francine Lima Gelbcke

This is an assistance converging type qualitative research, whose objectives were to determine the repercussions of work accidents with hole cutting equipment in nursing workers' lives, based on the experiences and feelings related, as well as to reflect on strategies that may minimize the workers' stress resulting from the accident and to construct a body of knowledge that may subsidize new action alternatives when these incidents happen. As a research question it was asked: What are the repercussions of a work accident with hole cutting equipment in the nursing workers' lives? It was started from the hypothesis that the work accident causes more psychological stress on the worker than real impacts that alter his behavior in handling hole cutting equipment. To give an account of these aspects, a theoretical landmark was mounted based on the Socio-Humanistic Theory of Beatriz Bedushi Capella (1998). The research was carried out in a school hospital in the interior of Rio Grande do Sul, with nursing workers who had already had a work accident with potentially contaminated hole cutting equipment. The data collection took place in two steps: in the first step, three workshops were organized and the discussions were recorded, and in the second step 13 interviews were made to further explore the data. The data were analyzed according to Minayo's proposal (2004). After analyzing the data, the following categories were established: Meanings about work accidents; Work accident, whose fault is it?; Repercussions of the work accident in the worker's life; Support nets; Strategies for accident prevention and resolution. The results indicate the existence of serious repercussions in the workers' lives, in biological, social and psychological dimensions causing a great psychological stress immediately after the accident and along the serological follow-up, verbalized mainly due to the fear of contamination and of having another accident. The concept of support nets was proposed having in mind social structures to give support to the worker at that moment of fragility. To conclude, it is proposed as an alternative to minimize the stress caused by a work accident the strengthening of support nets, perceived as social structures to support the worker at that moment of fragility, which include the humanization in the assistance to the worker, reflexive practices in substitution to the trainings and psychosocial assistance to the worker victim of an accident.

Key words: nursing, nursing team, occupational exposition

STEFFENS, Ana Paula. Repercusiones de accidentes de trabajo con objetos corto punzantes en la vida de trabajadores de enfermería, 2006. Disertación (Maestría en Enfermería), Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 133p.

Orientadora: Dra. Francine Lima Gelbcke

Se trata de una investigación cualitativa, del tipo asistencial, cuyos objetivos fueron determinar cuales son las repercusiones de los accidentes de trabajo con objetos corto punzantes en la vida de los trabajadores de enfermería. Con base en las vivencias y sentimientos relatados, así como también reflexionar sobre estrategias que puedan minimizar el proceso de desgaste del trabajador lo que produce como consecuencia accidentes y de esta forma construir un cuerpo de conocimientos que puedan subsidiar nuevas alternativas de actuación frente a estos hechos. Fue tomada como pregunta de la investigación: ¿Cuáles son las repercusiones de un accidente de trabajo con objetos corto punzantes para la vida de los trabajadores enfermeros? Se partió de la hipótesis que el accidente de trabajo genera más desgaste psíquico al trabajador que realmente impactos que alteren su manera de portarse relacionados a la manipulación de objetos corto punzantes. Para tener en cuenta estos aspectos se creó un marco teórico con base en la Teoría Socio-Humanista de Beatriz Bedushi Capella (1998). La investigación fue realizada en un Hospital Escuela del interior de Rio Grande do Sul, con trabajadores del equipo de enfermería que relataron haber tenido algún accidente de trabajo con objeto corto punzante potencialmente contaminado. La colecta de datos se desarrolló en dos momentos: en primer lugar, se realizaron tres talleres, cuyas discusiones fueron grabadas y en segundo lugar se realizaron 13 entrevistas para profundizar los datos. Los mismos fueron analizados de acuerdo a la propuesta de Minayo (2004). Después de la análisis de los datos se llegó a las siguientes categorías: Significados acerca de accidentes de trabajo; Accidente de trabajo: ¿De quién es la culpa? ; Repercusiones del accidente de trabajo en la vida del trabajador; Redes de apoyo; Estrategias para la prevención y para la resolución del accidente. Los resultados demuestran la existencia de serias repercusiones en la vida de los profesionales, en las dimensiones biológicas, psíquicas y sociales, ocurriendo gran desgaste psíquico después del accidente y a lo largo del seguimiento serológico, puesto en palabras principalmente por el miedo de la contaminación y de sufrir otro accidente. Fue propuesto el concepto de redes de apoyo pensando en estructuras sociales para amparar al trabajador en este momento de fragilidad. Para concluir se sugiere como alternativas para minimizar el desgaste causado por el accidente de trabajo el fortalecimiento de las redes de apoyo, entendidas como estructuras sociales para amparar al trabajador en este momento, las cuales incluyen la humanización en la atención al trabajador, las prácticas reflexivas como substitución a los entrenamientos y atención psicológica y social al profesional accidentado.

Palabras-clave: enfermería, equipo de enfermería, exposición ocupacional.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	12
2 REVISÃO DE LITERATURA	16
2.1 Saúde do Trabalhador: contexto histórico.....	16
2.2 Cargas de trabalho.....	20
2.3 Acidentes de Trabalho.....	22
2.4 Cargas e acidentes de trabalho na enfermagem.....	22
3 MARCO TEÓRICO.....	29
4 METODOLOGIA.....	33
4.1 Caracterização do local da coleta de dados.....	35
4.2 Sujeitos participantes.....	37
4.3 Estratégias:.....	38
4.3.1 Oficinas	38
4.3.2 Entrevistas.....	42
4.4 Registros.....	42
4.6 Considerações éticas.....	43
4.7 Análise dos dados.....	44
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	46
5.1 Significados acerca de acidentes de trabalho.....	46
5.2 Acidentes de trabalho: quem é o culpado?.....	56
5.2.1 Acidente de trabalho: culpa do trabalhador?.....	58
5.2.2 Acidentes de trabalho: fatores institucionais.....	63
5.2.3 O acaso/ fatalidade	79
5.2.4 A culpa do outro.....	83
5.3 Repercussões do acidente de trabalho na vida do trabalhador.....	85
5.3.1 Dimensão biológica.....	86
5.3.2 Dimensão psíquica.....	89
5.3.3 Dimensão social.....	97
5.4 Redes de Apoio.....	103

5.4.1 Redes de Apoio Pessoais.....	104
5.4.2 Redes de apoio institucionais.....	107
5.5 Estratégias para a prevenção e para a resolução do acidente	115
5.5.1 Estratégias Pessoais.....	115
5.2 Estratégias Institucionais.....	119
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	125
7 REFERÊNCIAS.....	130
8 APÊNDICES.....	136
8.1 Apêndice A: Termo de consentimento livre e esclarecido.....	137
8.2 Apêndice B: Roteiro da entrevista.....	139
9 ANEXOS.....	140
9.1 Anexo A: Descrição das dinâmicas	141
9.2 Anexo B: Criações das dinâmicas.....	143
.....	143

INTRODUÇÃO

Este estudo trata da percepção de trabalhadores de enfermagem que já se acidentaram, durante o seu processo de trabalho, com material pérfuro-cortante contaminado. Os trabalhadores de enfermagem, assim como tantos outros trabalhadores da saúde, estão expostos cotidianamente a uma série de cargas de trabalho, sendo o desgaste gerado por estas concretizado, dentre outras formas, em acidentes de trabalho. Assim, embora experiência individual, o acidente ganha visibilidade através da visão de coletividade. Tem havido, porém, uma lacuna, tanto na produção científica sobre acidentes como no planejamento de medidas assistenciais aos acidentados, em se perceber o sujeito ali presente. Desta forma, o sofrimento dos trabalhadores em seus acidentes mostra a importância de trabalhar estas questões com um enfoque diferenciado.

O estudo dos acidentes e as situações de risco permeiam a minha trajetória profissional. Ao escolher o tema desta pesquisa, me reportei aos anseios e dúvidas que tive, ainda na Graduação em Enfermagem, acerca da proteção do trabalhador. De um lado, a enfermagem envolvia uma série de cargas que eu ainda não havia percebido e, de outro, os trabalhadores pareciam ter certa despreocupação com situações de riscos para exposição laboral, principalmente, aos meus olhos de acadêmica, no que se referia ao sangue e fluidos corporais. Os professores muitas vezes não utilizavam proteção ao prestarem cuidado direto ao paciente, não enfatizavam aos alunos orientações de biossegurança, e mesmo em disciplinas teóricas, pouco se falava sobre equipamentos de proteção individual e precauções padrão. Eu me questionava se o uso da proteção, nas vezes em que acontecia, estava ligado ao auto-cuidado ou era apenas o seguimento de mais uma rotina.

Durante o último ano da faculdade, comecei a trabalhar como bolsista na área de pesquisa com resíduos de serviços de saúde. Paralelo a isso, estudava precauções padrão para desenvolver minha monografia de conclusão de curso. Durante a revisão bibliográfica, comecei a notar que a maioria dos acidentes de trabalho na enfermagem envolvia exposições a material biológico, sobretudo com materiais pérfuro-cortantes. Levei este revés para a pesquisa com resíduos pérfuro-cortantes, onde me deparei com taxas de reencape de agulhas de cerca de 60% (STEFFENS; SCHNEIDER, 2003).

Defendi minha monografia com o título “Percepções da Equipe de Enfermagem acerca das Precauções Universais”, mas algumas inquietações ainda não se haviam resolvido. Os participantes deste estudo demonstravam ter conhecimento sobre as normas de prevenção, não apresentavam dificuldades em utilização dos equipamentos de proteção individual e ainda assim, relataram acidentes com exposição a material biológico. Em uma das situações, o enfermeiro que se acidentou estava trabalhando há cerca de quinze horas sem descanso. Havia outros fatores ligados ao acidente, além do engajamento às normas de segurança (STEFFENS, 2003).

Hoje atuo em uma unidade de Urgência e Emergência, onde tenho contato com trabalhadores acidentados no trabalho, com exposição à material biológico, quando estes acontecem em horários que o Serviço de Engenharia e Medicina do Trabalho (SESMT) está fechado. Nessa experiência percebi as mais diversas reações dos trabalhadores, mostrando-se desde muito transtornados e chorosos até apáticos e desdenhosos diante das condutas de realização de sorologias. Uma das situações que mais me chamou a atenção foi a de uma funcionária que era gestante de primeiro trimestre, que ficou muito abalada. Minha prática me levou a refletir sobre os transtornos causados por este tipo de acidente. O que muda na vida deste sujeito? Que relação ele passa a ter com o trabalho? Como lidar com a possibilidade de contaminação com alguma doença? Qual a reação da família, do parceiro? Existe

alguma mudança de atitude quando o sujeito se depara novamente com a situação que causou o acidente?

Essa motivação pessoal me direcionou à convivência com trabalhadores que já haviam sofrido acidentes de trabalho durante oficinas realizadas na disciplina Projetos Assistenciais¹. Conhecer a dor de cada trabalhador ao contar a sua história, juntamente com a premência de reduzir a lacuna de conhecimento existente me levou a seguinte pergunta de pesquisa: **“Quais são as repercussões de um acidente de trabalho com pérfuro-cortantes para a vida dos trabalhadores de enfermagem?”**

Este estudo tem como objetivos determinar quais as repercussões do acidente de trabalho com pérfuro-cortante na vida dos trabalhadores de enfermagem, com base nas vivências e sentimentos relatados, bem como refletir sobre estratégias que possam minimizar o processo de desgaste do trabalhador decorrente do acidente e construir um corpo de conhecimentos que possa subsidiar novas alternativas de atuação frente a estas ocorrências. Partiu-se da hipótese que o acidente de trabalho gera mais desgaste psíquico no trabalhador do que realmente impactos que alterem seu comportamento frente à manipulação com pérfuro-cortantes.

Conforme Brandão Júnior (2000), um acidente envolvendo material biológico causa transtornos psicossociais e pode ser causador da transmissão de doenças graves. Este tipo de acidente tem um grande potencial de prevenibilidade, não tão somente ligado a normas de biossegurança, mas relacionado a intervenções que reduzam o desgaste do trabalhador.

Os acidentes de trabalho com material biológico são altamente dispendiosos para a instituição. A parte o custo social, os custos financeiros de realização de sorologias num acidente com paciente fonte são de cerca de R\$100,50². Assim,

¹ Disciplina do curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, que prevê a execução de um projeto com intervenção real na prática de enfermagem exercida.

² Dados coletados junto a Coordenação do Laboratório da instituição pesquisada em dezembro de 2005.

pensando no total de 543 acidentes envolvendo exposição biológica registrados na instituição estudada, no período de agosto de 2000 a novembro de 2005, tem-se o montante de R\$ 54.571,00, com um gasto médio anual de R\$ 10.394,00. Além disso, existem os custos indiretos para a instituição, com o afastamento do trabalhador de suas atividades para o atendimento médico, além da potencial diminuição na produtividade desse sujeito devido ao impacto psicossocial do acidente. Embora não seja uma quantia monetária alta, frente às repercussões que um acidente com material potencialmente contaminado possa trazer ao sujeito que sofreu o acidente, deve existir uma preocupação institucional com vistas à redução desse tipo de ocorrência, a fim de proporcionar aos trabalhadores um ambiente de trabalho mais saudável e seguro.

Assim, a presente proposta de estudo possui importância científica e prática, fornecendo subsídios para a intervenção na prevenção de acidentes e no cuidado aos profissionais acidentados.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Saúde do Trabalhador: contexto histórico

Relacionar doença com trabalho é algo antigo, reportado desde papiros egípcios e pensadores gregos (WAISSMANN; CASTRO, 1996). Na Antigüidade, Hipócrates, Plínio e Galeno teciam considerações sobre as relações da profissão, ambiente e sazonalidade na vida e saúde dos trabalhadores. Provavelmente, estas declarações não tinham teor de denúncia, uma vez que a sociedade da época baseava-se em trabalho escravo de nações subjugadas (FRIAS JÚNIOR, 1999).

Em 1700, surge a obra de Bernardino Ramazzini, médico italiano que apresenta em seu estudo as causas de adoecimento e morte de mais de 50 profissões, antecipando conceitos da Medicina Social e com sutil crítica aos costumes da época. Hoje é considerado pai da Medicina do Trabalho, pela importância de sua obra e por introduzir o questionamento de ocupação na anamnese médica (WAISSMAN; CASTRO, 1996; FRIAS JÚNIOR, 1999).

Por volta de 1760, o feudalismo começa a dar lugar ao modo de produção industrial, este muito mais acelerado, caracterizando a Revolução Industrial. Substituindo as oficinas dos artesãos surgem as fábricas, com seus ambientes confinados e insalubres, acompanhadas de profundas mudanças sociais. Com o êxodo rural, pronuncia-se a miséria e a falta de saneamento, que aliadas às péssimas condições de trabalho dão lugar às grandes epidemias (FRIAS JÚNIOR, 1999).

O impacto da Revolução Industrial na vida dos operários foi tão intenso, que

chegou a colocar em risco a reprodução da força de trabalho, com as taxas de mortalidade superando as de natalidade (LAURELL; NORIEGA, 1989). Preocupados com a redução da força motriz causada pela morte dos operários doentes, os governos intervêm dentro das fábricas. Surge a Medicina do Trabalho, baseada na óptica da medicina do corpo. Sua ação é centrada na figura médica, este como agente de atuação sobre o objeto – o trabalhador. O modelo unicausal solidifica-se com as descobertas microbiológicas (FRIAS JÚNIOR, 1999.). Conforme afirmam Laurell e Noriega (1989), uma das conseqüências do surgimento deste tipo de assistência foi obscurecer ainda mais o entendimento da relação saúde-trabalho.

No início do século XX, o mundo depara-se com novas mudanças. Surge no cenário internacional o socialismo, o comunismo e o marxismo se contrapondo ao capitalismo, seguidos pela I Guerra Mundial. O sindicalismo começa a forma-se, amparando socialmente os trabalhadores. Dentro das fábricas, novas tecnologias não chegam impunes, causando mudanças nos processos de trabalho, causando maior desgaste do trabalhador e aumentando/mudando as doenças e os acidentes de trabalho (FRIAS JÚNIOR, 1999.)

As teorias administrativas ganham força, surgindo a organização científica do trabalho com o taylorismo e o fordismo, visando um aumento na produtividade (FRIAS JÚNIOR, 1999.). O trabalhador firma-se como objeto dentro da engrenagem do sistema produtivo, cada vez mais distante de ser sujeito deste processo.

Com a evolução das ciências, as áreas de higiene industrial, engenharia de segurança e ergonomia vão se firmando. Internacionalmente, são criadas novas escolas de Medicina Preventiva, onde a Saúde Pública se desenvolve. Quando o modelo da Medicina do Trabalho não consegue mais sustentar-se devido ao grande número de doenças e exposições ocupacionais, nasce a Saúde Ocupacional, baseada no conceito de saúde-doença como multicausal, tolerâncias à exposição de produtos e ergonomia. Atuando e intervindo sobre o ambiente, ainda que de forma multidisciplinar, mantém o

trabalhador como mero objeto das ações desenvolvidas. Prega uma visão do processo saúde-doença determinada pela multicausalidade (FRIAS JÚNIOR, 1999).

Nas décadas de 60 e 70, surge um “questionamento global da organização capitalista do trabalho” (LAURELL; NORIEGA, 1989, p23), juntamente com movimentos sociais buscando a redemocratização e a mudança de valores. Na Itália, eclode um movimento que buscava maior participação dos trabalhadores nas decisões em saúde e segurança – o Movimento Operário Italiano. Todas essas novas idéias, ao intensificarem-se, chegam a uma América Latina que vivia uma conturbada fase político-social – as ditaduras. Aliando a situação com a vontade de mudança, lutas democratizantes e reforma sanitária, o continente mostrou-se um terreno fértil para o surgimento de transformações (FRIAS JÚNIOR, 1999).

A partir de meados dos anos 70 e durante toda a década de 80, o recrudescimento dos movimentos de massa impulsionou o Brasil em direção a um processo de redemocratização. Nesse contexto, surgiu o Movimento de Reforma Sanitária. A Saúde do Trabalhador surge então, mostrando a ruptura com o modelo ecológico de vínculo causal, porém sem cair no extremo do determinismo social exclusivo (FRIAS JÚNIOR, 1999). Ela veio se somar às outras respostas institucionais, diante dos diversos movimentos sociais que reivindicavam, entre outras questões, que ela fizesse parte do direito universal à saúde, incluída no escopo da Saúde Pública defendido pelo movimento social (BRASIL, 2005).

Em 1986 acontecem a VIII Conferência Nacional de Saúde e a I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, representando uma contribuição importante para o processo de redemocratização, não só do setor saúde, mas também da própria vida política brasileira, discutindo a saúde como direito do cidadão e dever do Estado (BRASIL, 2005). Foi um passo importante na história da saúde no país, pois era neste momento que a Assembléia Nacional Constituinte preparava o texto da nova constituição, com medidas para a transformação do setor da saúde.

A constituição de 1988, juntamente com a lei 8080/90, trouxe uma nova orientação das políticas de saúde, exigindo assim a introdução de novas práticas em relação à saúde do trabalhador (SÊCCO et. al., 2002). A principal mudança com a nova constituição é a proposição do Sistema Único de Saúde (SUS), que é criado pela lei 8080/90. Assim, a configuração da saúde do trabalhador dá-se no âmbito do direito à saúde e como competência do SUS (BRASIL, 2005).

A 2ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador acontece em 1994, com o tema Construindo uma Política de Saúde do Trabalhador. Suas propostas finais trataram principalmente sobre o tema Organização das Ações em Saúde do Trabalhador. Conforme Minayo-Gomes, Thedim-Costa (1997), um de seus avanços foi a proposta de substituição das Comissões Internas de Prevenção de Acidentes por Comissões de Saúde, que poderiam interferir nas formas de produção e organização do trabalho.

Em âmbito nacional, começam a se realizar acordos referentes ao uso do amianto, à abolição do benzeno nas indústrias do setor de álcool e à implantação de programas de prevenção nas demais empresas que o utilizam (MINAYO-GOMES, THEDIM-COSTA, 1997).

Em 2002, através da Portaria GM/MS nº 1679/02 de 20 de setembro de 2002, é instituída a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – RENAST, principal estratégia para a Política de Saúde do Trabalhador no âmbito do SUS.

A Política Nacional de Saúde do Trabalhador é aprovada em dezembro de 2004, após consulta pública, tendo sido desenvolvida com a contribuição dos Ministérios do Trabalho, da Saúde e da Previdência Social, buscando a desfragmentação das ações isoladas de cada um desses ministérios.

No ano de 2006, são publicados vários protocolos para a atenção integral da saúde do trabalho, com base na Política Nacional de Saúde do Trabalhador. Entre eles, o protocolo de acidentes do trabalho, protocolo de câncer relacionado ao trabalho por

exposição ao benzeno e protocolo de chumbo. É publicada também a NR32, que trata das cargas de trabalho relacionadas ao ambiente hospitalar, com atenção especial aos acidentes com material biológico.

A Saúde do Trabalhador constitui-se, então, como um campo da Saúde Coletiva em franca construção, e o seu objeto de atenção é o processo saúde-doença dos trabalhadores dos diversos grupos populacionais e a sua relação com o trabalho, buscando estabelecer as causas dos agravos à saúde destes, reconhecer seus determinantes, estimar os riscos, dar a conhecer os modos de prevenção e promover saúde (MENDES; DIAS, 1999).

2.2 Cargas de trabalho

O trabalho caracteriza-se pela atividade humana direcionada à transformação de um objeto, através do processo de trabalho, que se desenvolve sob denominado processo de produção. Estes englobam as relações determinantes para o desgaste do trabalhador (SÊCCO et. al., 2002).

Laurell e Noriega (1989, p 109) afirmam que “risco”, na concepção unicausal da medicina do trabalho, são “agentes nocivos isolados que podem causar doença”, diferindo dos “fatores de risco” do modelo multicausal, que prevêm a necessidade simultânea de vários deles para que se produza a doença.

Conforme Sêcco et. al.(2002., p. 6), o termo risco reflete “o grau de probabilidade de ocorrência de um determinado evento” e Coeficiente de Risco “pode estimar a probabilidade do dano vir a ocorrer em futuro imediato ou remoto, bem

como levantar um fator de risco isolado ou vários simultâneos”. Conforme estes autores, a Organização Mundial de Saúde classificou-os como biológicos, físicos, químicos, ergonômicos e psicossociais. A concepção de risco remete às premissas da Saúde Ocupacional, que, com destaque para os programas de higiene no trabalho e promoção e manutenção da saúde dos trabalhadores, teve importante papel nas décadas de 60 e 70. Atualmente, frente às novas concepções de saúde, o conceito de cargas de trabalho consegue uma maior amplidão no tocante aos acidentes de trabalho.

As cargas de trabalho propõem-se a abarcar todos os impactos dos elementos que constituem o processo de trabalho, sob a ótica do objeto, da tecnologia, de sua organização e divisão, consumindo a força de trabalho e suas capacidades vitais do trabalhador (FACCHINI, 1994). Conforme Laurell e Noriega (1989, p. 110), as cargas são os elementos do processo de trabalho “que interatuam dinamicamente entre si e com o corpo do trabalhador, gerando aqueles processos de adaptação que se traduzem em desgaste, entendido como perda da capacidade potencial e/ou efetiva corporal e psíquica”. Ao investigá-las, foram decompostas em tipos específicos – físicas, químicas, biológicas, mecânicas, fisiológicas e psíquicas – que também compreendem os riscos particulares. Todavia, os autores destacam não serem as cargas de trabalho simples somas dos riscos, já que “só adquirem pleno significado a partir da dinâmica global do processo de trabalho” (LAURELL; NORIEGA, 1989, p. 110).

As cargas físicas, químicas, biológicas e mecânicas possuem uma materialidade externa ao corpo, e interagindo com este transforma-se em uma nova materialidade interna. As cargas fisiológicas e psíquicas, entretanto, somente adquirem materialidade no corpo humano quando expressam transformações nos processos internos deste corpo (LAURELL; NORIEGA, 1989).

2.3 Acidentes de Trabalho

Os acidentes de trabalho são conceituados pela Lei 8.213, alterada pelo decreto 611, artigo 19 como sendo “aquele que ocorre pelo exercício do trabalho, a serviço da empresa ou ainda, pelo serviço de trabalho de segurados especiais, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte, a perda ou a redução da capacidade para o trabalho, permanente ou temporária” (BRASIL, 1992). Desta forma, representam a concretização dos agravos à saúde em decorrência da atividade humana, ou seja, concretização das cargas de trabalho, sofrendo interferência de variáveis inerentes a própria pessoa (físicas e/ou psíquicas), além do contexto social, econômico e político (SÊCCO et al., 2002).

Concordo quando Laurell e Noriega (1989) apontam que a doença e os acidentes de trabalho não são acontecimentos aleatórios, mas sim, uma condição da coletividade com influências sociais marcantes. Estes autores afirmam que, mesmo que o padrão de desgaste se manifeste através dos indivíduos é através da coletividade que adquire pleno significado e visibilidade. Porém, em consonância com a proposta deste trabalho, não há que se deixar de lado a visão individual do acidente, pois como afirma Brandão Júnior (2000), a vivência do trabalhador ocupa um lugar particular no processo saúde-trabalho.

2.4 Cargas e acidentes de trabalho na enfermagem

Na área da saúde, os profissionais estão expostos a diversos fatores de riscos ³

³ Apesar de acreditar que o termo cargas de trabalho represente melhor as exposições nos ambientes de trabalho, durante a revisão de literatura será usado o termo “riscos”, mantendo assim a fidelidade aos autores. Todavia, neste estudo, o entendimento de “risco” deve ultrapassar a relação causa-efeito.

ocupacionais: químicos, físicos, mecânicos, biológicos, ergonômicos e psicossociais (MARZIALE; RODRIGUES, 2002). Segundo Souza e Vianna (1993), o trabalhador da saúde está sujeito a maior número de riscos que outros profissionais. Particularmente, os riscos para aquisição de doenças carreadas pelo sangue, como as hepatites B e C e a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) são de grande importância devido a gravidade e complicações destas doenças.

Entre os profissionais da saúde, a equipe de enfermagem é a mais sujeita aos acidentes com material biológico, devido ao fato de serem estes profissionais que permanecem o dia todo com os pacientes e realizam o maior número de procedimentos (MENDOZA et al., 2001; SOUZA; VIANNA, 1993). Cerca de 88% dos acidentes de trabalho notificados na área de saúde acometem o pessoal da enfermagem (MARZIALE; RODRIGUES, 2002). Devido às características da maioria dos trabalhos hospitalares, o contato físico entre o trabalhador de saúde e paciente pode ser muito próximo, favorecendo a disseminação da doença (BARBOSA, 1995).

As medidas mais conhecidas para evitar acidentes de trabalho com exposição ao material biológico são as precauções padrão, definidas por Brevideilli et al. (1995) e por Oda et al. (1996) como um conjunto de orientações que visam evitar as exposições laborais à patógenos. Existem, basicamente, duas orientações centrais: uso de barreiras de proteção (equipamentos de proteção individual - EPI) ao realizar procedimentos com risco para contato com fluidos corporais, espirros ou respingos e manejo adequado de pérfuro-cortantes, com descarte em caixa rígida apropriada, sem tentativas de reencape, retirada ou quebra da agulha.

Frente ao potencial risco ao qual estão expostos, se esperaria uma completa adesão dos profissionais a estas medidas, que aumentam a segurança laboral e favorecem o auto-cuidado. Mesmo assim, por diversos motivos, entre os quais falta de conhecimento, de sensibilização e de percepção dos riscos ocupacionais, isto não acontece, como é evidenciado por Brevideilli (1995), Marziale e Rodrigues (2002),

Souza e Vianna (1993), entre outros.

Brevidelli et al. (1995), em seu estudo sobre o comportamento da equipe de enfermagem frente às precauções padrão, perceberam uma adesão não satisfatória a estas. Contando as agulhas reencapadas, descartadas em recipientes rígidos em unidades de terapia intensiva, eles perceberam que quase a metade das agulhas estava reencapada. Ao aplicar questionários à equipe de enfermagem da mesma instituição, 42% dos funcionários declararam ter conhecimento incompleto das precauções universais. Como motivos para a não adesão, os autores citam que alguns profissionais reclamam que as precauções padrão interferem no relacionamento com o paciente, diminuem a destreza manual e muitos achavam desnecessária a aplicação de tais práticas. Ao final do estudo, os autores concluíram que muitos profissionais demonstram interpretação incorreta das precauções padrão e que a equipe de enfermagem da instituição continua reencapando as agulhas, mesmo após receber o treinamento específico.

Marziale e Rodrigues (2002), ao pesquisarem 55 artigos que tratavam de acidentes com material perfuro-cortante entre trabalhadores de enfermagem, identificaram que o principal fator associado a ocorrência de acidentes percutâneos é o reencape de agulhas. Estas autoras mostram que os enfermeiros atribuem os acidentes de trabalho à negligência de outros profissionais e à sobrecarga de trabalho, enquanto que os atendentes de enfermagem os relacionam a fatalidades. Os autores comentam ainda que a “falta de sensibilização e conscientização, a inadequada supervisão contínua e sistemática da prática, a não percepção individual sobre o risco e a falta de educação continuada” são os principais fatores relacionados com a ocorrência deste tipo de acidente (MARZIALE e RODRIGUES, 2002, p.576)

Souza e Vianna (1993) relacionaram diretamente a incidência de acidentes de trabalho com a não utilização das precauções padrão. Trabalhando com 57 casos de acidentes de trabalho, conseguiram traçar o perfil dos trabalhadores acidentados,

mostrando que eram, em sua maioria, mulheres jovens, ainda em idade fértil e com escolaridade geralmente maior do que a exigida para o exercício de seu cargo. A maioria dos acidentes ocorreu com materiais perfuro-cortantes. As autoras concluem o estudo dizendo que 78% destes acidentes poderiam ter sido evitados, sendo que 57% deles apenas com a utilização das precauções padrão.

Lopes et al. (1999) realizaram seu estudo em uma instituição que nos dois anos anteriores (1996-1998) havia oferecido reciclagem sobre precauções padrão para seus funcionários. Utilizando como método a observação dos procedimentos realizados, constataram que em 29% das ocasiões não houve total seguimento da preconização das precauções padrão. Isso se nota fortemente na orientação de lavar as mãos após os procedimentos (não adesão de 44%) e reencape de agulhas (45%).

Mendoza et al. (2001) investigaram exposição ocupacional a sangue e fluidos em um hospital pediátrico no Chile. A partir deste estudo, relataram que mais da metade dos casos de exposição ocorreram durante a realização de algum procedimento e que quase 30% dos casos restantes, a exposição foi devida a má disposição do material perfuro-cortante contaminado. Além disso, em 58% dos casos não houve o uso correto das barreiras de proteção. Um dado interessante revelado pelos autores é que pode haver uma distorção dos dados devido à subnotificação dos acidentes. Segundo eles, quando o paciente é sabidamente portador de HIV, os acidentes são notificados com mais eficiência. Estes autores também trazem dados relativos a acidentes com estudantes de enfermagem, onde a subnotificação pode ser maior devido ao desconhecimento de como agir, ao temor de represálias e de pouco conhecimento acerca da sua proteção.

Conforme afirmam Sêcco et al. (2002), as precauções padrão são a melhor alternativa para a preservação da saúde dos trabalhadores expostos ao risco biológico, porém muitas vezes a ocorrência de acidentes é atribuída somente ao não seguimento destas normas, deixando de lado muitos outros fatores que também contribuem para os

acidentes. Entre eles, os autores citam falta de treinamento, inexperiência, indisponibilidade de equipamentos de segurança, cansaço, repetitividade de tarefas, dupla jornada de trabalho, distúrbios emocionais, excesso de autoconfiança, qualificação profissional inadequada, falta de organização do serviço, trabalho em turnos, desequilíbrio emocional na vigência de situações de emergência, negligência de outros e carga de trabalho. Nhamba (2004) concorda, apontando ainda a sobrecarga de trabalho, o cansaço e o estresse. É oportuno lembrar também os atuais programas de educação permanente, que vislumbram com maior ênfase as questões técnicas, deixando de lado a reflexão e a saúde do trabalhador.

Ao estudar os acidentes com material biológico entre profissionais de enfermagem de um hospital de Angola, Nhamba (2004, p 105) observou que, na maioria das vezes, os trabalhadores não atribuíram causas aos acidentes e quando o fizeram, citaram motivos nos quais se destacam a culpa para si próprios e a falta de material na instituição. Em relação às condutas administrativas da instituição, em 97% dos casos não houve qualquer assistência para estes trabalhadores, sendo que estes ainda acharam normal não haver tomada de providências e perceberem o acidente como parte de seu trabalho. Em relação às causas de acidentes, o autor considera

uma combinação de vários fatores relacionados tanto aos aspectos ligados aos conhecimentos e atitudes dos trabalhadores como aos riscos, e ainda àqueles referentes às políticas de assistência vigentes no país, promovendo atitudes negativas por parte dos trabalhadores e propiciando condições para o agravamento da saúde ocupacional.

Nhamba (2004) ainda considera que os fatores envolvidos no estudo de acidentes de trabalho não podem ser analisados à margem do contexto de organização do processo de trabalho. Ao concluir seu estudo, ele percebe um distanciamento entre a realidade da prática dos trabalhadores e a produção de conhecimentos em nível mundial sobre o assunto. Ao final, são apresentadas sugestões, entre elas o desenvolvimento de estudos mais profundos evidenciando as causas dos acidentes para

uma melhor intervenção na realidade, treinamentos e esclarecimentos a estes trabalhadores.

Sêcco et al. (2002, p 5) destacam que os acidentes de trabalho que acometem trabalhadores de unidades hospitalares derivam de complexas inter-relações e não devem, portanto, ser analisados de forma isolada, como sendo um evento particular, mas

através da análise do contexto do processo de trabalho e produção, das forma como o trabalho é organizado e realizado, das condições de vida dos profissionais expostos, enfim, das cargas de trabalho presentes no dia-a-dia dos trabalhadores.

Os acidentes de trabalho possuem grandes impactos psicossociais, aliados ao risco de transmissão de doenças. Brandão Júnior (2003) afirma que mesmo existindo um trabalho intensivo secundário ao dinamismo da tecnologia hospitalar, criando um sentido coletivo de trabalho, na área da saúde este ainda trata-se de uma atividade individual, que tem como consequência a vulnerabilidade. Em pesquisa buscando as dimensões subjetivas do acidente com material biológico, este autor revela que a maioria dos participantes considera-se vulnerável ao HIV no trabalho, sendo que quase a metade dos profissionais nunca havia realizado testagem para HIV. Os profissionais preocupam-se com os acidentes, mas continuam sem utilizar EPI. As causas apontadas para os acidentes foram descuido, sobrecarga de trabalho, trabalho em três ou quatro instituições, falta ou inadequação de EPI, cansaço físico, estresse e precarização do trabalho. Como repercussão na vida pessoal, profissional e familiar, após os acidentes os profissionais apresentaram: medo de contaminação no trabalho, ansiedade, depressão, medo da morte, fantasias de contaminação, preocupação com a vida sexual, receio de críticas, sentimentos de culpa pelo acidente e raiva do hospital.

Para a mudança dessa situação, o processo educativo é um importante caminho a ser percorrido, pois a educação, em seu processo de reflexão-ação busca a transformação da realidade (AZAMBUJA, KERBER, VAZ, 2001).

Caixeta e Barbosa-Branco (2005) apontam que treinamentos envolvendo biossegurança não diminuíram a acidentabilidade dos profissionais de saúde, talvez por não atingir uma melhoria na capacitação destes profissionais. Cabe aqui o questionamento: de que maneira estão sendo realizados estes treinamentos? Dentro da realidade hospitalar é bastante comum treinamentos pontuais, onde o trabalhador só recebe instruções de como proceder, sem espaço para reflexões, críticas e exercício da cidadania.

A alternativa de atuação frente a acidentes de trabalho proposta por Osório, Machado e Minayo-Gomez (2005) é vista como uma ferramenta de formação dentro dos hospitais, onde os trabalhadores fazem a análise dos motivos do acidente, observando como cenário o processo de trabalho como um todo. Este tipo de iniciativa acaba trazendo mudanças na realidade, uma vez que o trabalhador é inserido no processo, é ouvido e valorizado.

Dessa forma, tem-se na Educação Permanente uma estratégia para potencializar a reflexão-ação, podendo com isso possibilitar um modo de fazer o trabalho de maneira mais consciente das situações de risco. A proposição de espaços para a reflexão coletiva não só proporciona momentos para um aprendizado para além dos treinamentos, como permite ao trabalhador exercer sua cidadania ao discutir assuntos relativos ao seu processo de trabalho. E ainda por ser a Educação Permanente a ferramenta escolhida pelo Ministério da Saúde para a capacitação dos profissionais da saúde, este tipo de prática serve como ferramenta para se trabalhar a consolidação do SUS dentro das instituições (BRASIL, 2004).

3 MARCO TEÓRICO

Segundo Neves e Gonçalves (1984, p. 213), o “marco teórico é uma construção mental, logicamente organizada, que serve para dirigir o processo de investigação”. As autoras afirmam que sua finalidade é proporcionar um foco para onde a pergunta de pesquisa irá se dirigir, formando um conjunto onde a questão, os aspectos teóricos e os dados são examinados, a fim de explicar as relações propostas e criar novos conhecimentos.

Assim, este estudo foi desenvolvido fundamentando-se em alguns pressupostos da teoria a Sócio-Humanista de Beatriz Beduschi Capella. Esta teoria possui dois aspectos fundamentais: valorização do sujeito e a valorização do trabalho (LEOPARDI, 1999).

Dentre vários pressupostos teóricos propostos por Capella, destaco:

1. O processo de trabalho em saúde é coletivo, mas faz-se necessário uma reconstrução das ações integradas para a democratização do pensar e do fazer;
2. Não basta investir somente em mudanças estruturais, pois a assistência de enfermagem pressupõe um envolvimento pessoal. O modo de realizar o trabalho, as relações que aí se estabelecem, aliado a técnica, vão imprimir qualidade ao trabalho, pois o trabalhador se coloca, tanto quanto o sujeito hospitalizado, como pessoa, numa relação baseada na equidiversidade;
3. Um processo de formação permanente, através da reflexão coletiva, leva a reorientação de valores, formação de consciências e mudanças de atitudes;
4. Para exercer plenamente a Enfermagem, há que se ter a disposição os meios

adequados e a força de trabalho qualificada, com necessidade de serviços de apoio também qualificados;

5. A valorização do trabalhador se dá, dentre outros aspectos, por condições adequadas de trabalho: jornadas menos extensas, salários compatíveis 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 suficientes para o desenvolvimento do trabalho. Ainda, através da implantação de um processo de formação continuada, que o leve a desenvolver-se pessoal e profissionalmente, o que, através do seu trabalho, pode criar as condições necessárias para o desenvolvimento de uma vida digna de ser vivida, além da consequência do seu trabalho se tornar um atendimento ético, humano, técnico e politicamente competente (CAPELLA, 1998, p. 93-95).

Além destes, elejo como pressupostos pessoais:

6. As tentativas para redução de acidentes com trabalhadores de saúde não se resumem à educação permanente, mas passam por ela. É necessário efetivo comprometimento por parte da instituição, criando condições dignas de trabalho, e do trabalhador, aderindo a estratégias de proteção, para haver uma real redução de acidentes de trabalho;
7. Ao se propor uma política para a redução de acidentes, esta deve contemplar as questões de auto-cuidado e qualidade de vida. Um trabalhador insatisfeito não se compromete com as propostas da instituição e também deixa de lado o auto-cuidado, aumentando assim os riscos para acidentes;
8. Embora o acidente de trabalho represente uma condição da coletividade, ele é único para cada trabalhador acidentado, necessitando ser abordado como tal. Portanto, as políticas institucionais não devem esquecer de programar como será o

cuidado aos trabalhadores frente a estas situações, respeitando as suas individualidades.

Além de pressupostos, foram firmados conceitos para pontuar os significados dos termos ao longo do texto, além de uniformizar a linguagem deste. São termos interrelacionados, que partem das minhas concepções, embasadas por Capella e outros autores e servem para a aplicação deste estudo.

Inicialmente, cabe caracterizar o sujeito desta pesquisa, o trabalhador de enfermagem. O trabalhador de enfermagem é um ser humano, único em suas vivências e experiências. Conforme Capella (1998, p 96), o ser humano ou homem é um

ser natural que surge em uma natureza dada, submentendo-se às suas leis para sobreviver. É parte dessa natureza, mas não se confunde com ela, pois usa a natureza, transformando-a conscientemente, segundo suas necessidades. Nesse processo, se faz humano e passa a construir a sua história, se fazendo histórico.

Este trabalhador, embora único, possui as dimensões biológica, social e emocional. Ele caracteriza-se por desenvolver como atividade básica o trabalho em enfermagem, neste caso em instituição hospitalar, ou seja, são auxiliares de enfermagem, técnicos de enfermagem e enfermeiros.

Como trabalho, entende-se a mudança na realidade com algum propósito, ou conforme Capella (1998, p 98) “o trabalho consiste em um modo diferenciado de intervenção sobre a natureza, definindo projetos, implementando-os, realizando produtos para além de si mesmo” recriando a natureza.

Ao desenvolver o seu trabalho, este sujeito está exposto às cargas de trabalho, que são elementos do processo de trabalho que “que interatuam dinamicamente entre si e com o corpo do trabalhador, gerando aqueles processos de adaptação que se traduzem em desgaste, entendido como perda da capacidade potencial e/ou efetiva corporal e psíquica” (LAURELL; NORIEGA, 1989, p.110).

O processo de desgaste do trabalhador, causado pela interação com as cargas de

trabalho se manifesta de duas formas: na doença do trabalho e no acidente de trabalho. Assim, assumo o conceito de acidente de trabalho como sendo a concretização das cargas de trabalho, tendo interferência de variáveis inerentes a própria pessoa (físicas e/ou psíquicas), além do contexto social, econômico e político (SÊCCO et al., 2002). São eventos que ocorrem pelo exercício do trabalho, a serviço da empresa ou no deslocamento entre essa e a residência do trabalhador, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte, a perda ou a redução da capacidade para o trabalho, permanente ou temporária (BRASIL, 1992).

Atualmente, a área que trata dos acidentes de trabalho é a Saúde do Trabalhador, que pode ser conceituada como uma

prática social que se institui no âmbito da saúde pública, buscando contribuir para a transformação da realidade dos trabalhadores, e por extensão, da população em geral, a partir da compreensão dos processos de trabalho particulares, de forma articulada com o consumo de bens e serviços, e o conjunto de valores, crenças, idéias e representações sociais próprias de um momento da história humana (MENDES e DIAS, 1999, p 64)

A principal estratégia de atuação na prevenção dos acidentes de trabalho consiste na Educação Permanente, que é uma

definição pedagógica para o processo educativo que coloca o cotidiano do trabalho – ou da formação – em saúde em análise, que se permeabiliza pelas relações concretas que operam realidades e que possibilita construir espaços coletivos para a reflexão e avaliação dos atos coletivos para a reflexão e avaliação dos atos produzidos no cotidiano. (Ceccim, 2005, p 161).

Com base nestes conceitos apresentados foi possível a criação de uma proposta de pesquisa, cujos dados foram também analisados à luz deste marco teórico.

4 METODOLOGIA

Metodologia, para Minayo (2002, p. 16) é “o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade”. Para a autora, pesquisa é “a atividade básica da Ciência na sua indagação e construção da realidade” (MINAYO, 2002, p 17), sendo que desta forma se alimenta a atividade de ensino e a atualiza frente ao mundo.

Minayo ainda traz que toda a investigação se origina de uma dúvida que articula com conhecimentos anteriores. Este conhecimento anterior foi construído por outros pesquisadores, instituindo-se enquanto teoria. Como nenhuma teoria, mesmo que muito bem elaborada, consegue explicar todos os fenômenos e processos, afirma-se que elas são explicações parciais da realidade. Seu papel é de colaborar no esclarecimento do objeto de investigação, ajudar a levantar questões e hipóteses, permitir maior clareza na organização dos dados e iluminar a análise destes dados (MINAYO, 2002).

Köche (1997) afirma que a ciência e seus procedimentos devem ser encarados como um processo histórico e um processo aberto, sujeitos a mudanças, de acordo com a cultura de cada época e as particularidades de cada área do conhecimento, não existindo assim um método científico estanque ou modelos prontos do tipo fórmula mágica. De acordo com este autor, a compreensão do método deve ser de que forma a descrição e a discussão dos critérios básicos são utilizados no processo de investigação científica.

Kude (1992, p. 172), ao discutir os propósitos dos paradigmas de metodologias, refere que enquanto que a pesquisa quantitativa tenta explicar as causas de mudança

social através da mensuração objetiva, a pesquisa qualitativa está “preocupada em compreender o fenômeno social sob a perspectiva do sujeito através de participação em sua vida”.

Enquanto as metodologias quantitativas, muito associadas à tradição experimentalista e filosofia positivista, estão eivadas da ideologia capitalista vigente no Primeiro Mundo, as pesquisas qualitativas, geralmente de caráter social, são mais comuns no Terceiro Mundo, comumente associadas a pesquisas ação e participante, de cunho político e francamente anti-capitalista (KUDE, 1992.).

Esta é uma pesquisa social, de caráter qualitativo. A abordagem qualitativa preocupa-se com o que não pode ser quantificado: significados, crenças, valores e atitudes. Assim, trabalha-se com a vivência, a experiência, a cotidianidade e com a compreensão das estruturas como resultado da ação humana (MINAYO, 2002).

Segundo Smith, nossa visão do mundo e nosso conhecimento estão inevitavelmente baseados em nossos interesses, valores e disposições, não podendo assim o pesquisador sair dele mesmo e conduzir sua pesquisa divorciada de seu lugar determinado no mundo. Assim, “investigar o mundo social e educacional é um processo que está social e historicamente condicionado; isto é, nossos valores e interesses modelarão o modo como estudaremos e discutiremos a realidade” (SMITH, 1994, p 49).

Definiu-se como abordagem da presente pesquisa a convergente-assistencial, proposta por Trentini e Paim. Esta modalidade de pesquisa social procura a resolução ou a minimização de problemas existentes no cotidiano ou proposição de mudanças nas práticas de saúde, sendo o mesmo caminho apontado pelos objetivos deste projeto (TRENTINI e PAIM, 2004).

Este tipo de pesquisa tem como pressupostos que a vivência da prática assistencial suscita inovações e alternativas de atuação frente aos problemas

cotidianos, sendo um campo aberto a questões de pesquisa. Assim, existe o benefício do contexto de assistência durante esse processo investigativo, através da construção de novas idéias originadas das informações obtidas na investigação científica (TRENTINI; PAIM, 2004).

4.1 Caracterização do local da coleta de dados

A pesquisa desenvolveu-se em uma cidade no interior do estado do Rio Grande do Sul, localizada na Serra Gaúcha, com cerca de 400.000 habitantes. Destaca-se pelas indústrias metal-mecânicas, em especial as do segmento de transportes. Possui 1364 leitos hospitalares, dos quais 784 são leitos do Sistema Único de Saúde (SUS) ⁴.

O cenário da coleta de dados foi um hospital de médio porte em funcionamento há oito anos. Foi fundado a partir de um convênio do governo do estado com a instituição administrativa de uma universidade. Embora só reconhecido como hospital de ensino em 2005, desde a sua fundação sempre recebeu alunos de diversas áreas para estágios, pesquisas e residência médica.

A instituição é a única a prestar atendimento exclusivo pelo SUS na cidade, servindo de referência para outros 49 municípios do estado nas áreas de infectologia, oncologia, gestação de alto risco e neonatologia.

Possui 274 leitos de internação e conta com serviço de urgência e emergência clínico para adultos, urgência pediátrica, oncologia ambulatorial e clínica, centro cirúrgico com seis salas, unidade de terapia intensiva adulto, pediátrica e neonatal, centro obstétrico e maternidade, unidade de internação pediátrica, unidades de internação clínica, unidade de internação cirúrgica e unidade de internação psiquiátrica

⁴ Dados do IBGE (www.ibge.gov.br acessado em 02/07/2006)

infantil e hemodiálise. Atualmente está iniciando o serviço de hemodinâmica.

O corpo funcional da instituição é de 800 funcionários, sendo 438 profissionais de enfermagem, divididos em 54 enfermeiros, 322 técnicos e 62 auxiliares de enfermagem. Desde 2002, a instituição adotou a postura de contratar apenas técnicos ao invés de auxiliares de enfermagem, buscando com isso uma maior qualificação da assistência. Assim, a enfermagem é predominantemente exercida nesta instituição por técnicos de enfermagem (nível médio) e enfermeiros (nível superior). Existem alguns auxiliares de enfermagem que já faziam parte do quadro funcional da instituição, mas a maioria destes tem buscado qualificação profissional, cursando a complementação para alcançar o grau de técnico de enfermagem ou a graduação.

O vínculo com a instituição é celetista, com jornada proposta de 42 horas semanais, divididas em 6 horas diárias e um plantão de final de semana de 12 horas. Nesse aspecto percebe-se uma diferenciação na carga horária dos enfermeiros e técnicos de enfermagem, uma vez que os primeiros realizam apenas dois plantões mensais se atuam no turno diurno e contam com três folgas de 12 horas se atuam no noturno, num total de 144 horas mensais trabalhadas, enquanto os técnicos de enfermagem trabalham 168 horas mensais.

A instituição possui um Serviço de Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT), onde atuam um médico do trabalho, um médico clínico, uma enfermeira do trabalho, uma técnica de segurança do trabalho e uma secretária. Nos dias úteis, todos os acidentes de trabalho são encaminhados para atendimento neste serviço, mediante o preenchimento de um memorando interno pela chefia direta do trabalhador, onde é informada sucintamente a descrição do acidente. Nos finais de semana ou feriados, quando o serviço permanece fechado, o atendimento aos funcionários dá-se na Unidade de Urgência e Emergência Médica (UUEM) da mesma instituição, mediante prévio contato da chefia direta com o enfermeiro de plantão.

No caso de acidente com exposição a material biológico, há o preenchimento

dos formulários constantes no “envelope de acidente”, modo que a instituição encontrou para manter os formulários juntos e de fácil acesso, seguido ao atendimento médico. Compõem os formulários um questionário que visa a caracterização do acidente, requisição de exames para o paciente fonte, requisição de exames para o funcionário e uma prescrição padrão de antiretrovirais. Este envelope está disponível no SESMT e na UUEM. Como nesta última, os atendimentos são feitos por médicos plantonistas contratados, e há uma alta rotatividade destes, ficou estabelecido pelo SESMT que o atendimento de acidentes envolvendo material biológico seria realizado pelos médicos residentes do primeiro ano, que receberam capacitação específica para isto.

Após o atendimento inicial, se há um paciente fonte, são coletados exames imunológicos deste para hepatite B, hepatite C e HIV (vírus da imunodeficiência adquirida), mediante autorização por escrito do mesmo. No caso específico do HIV, o exame realizado é o teste rápido, que tem o seu resultado em alguns minutos, e dá a margem de tempo necessária para o início de tratamento com antiretrovirais, que é de duas horas. Se não há paciente fonte, o tratamento fica a critério médico.

4.2 Sujeitos participantes

Os participantes da presente investigação foram trabalhadores da equipe de enfermagem deste hospital, que já tenham sofrido algum acidente de trabalho com material pérfuro-cortante, escolhidos intencionalmente, através de uma lista de sujeitos acidentados, fornecida pelo SESMT. Na etapa das oficinas foram convidados quinze sujeitos, por entender que este seria um número adequado para facilitar o desenvolvimento destas, mas compareceram apenas cinco trabalhadores, todos de nível médio, que foram identificados como T1, T2, T3, T4 e T5 (T = trabalhador). Para

a etapa seguinte, foram realizadas inicialmente 10 entrevistas, sendo que este número foi determinado a priori, podendo ser ampliado ou diminuído conforme a saturação dos dados, ou seja, a partir do momento que houvesse a repetição dos dados, as entrevistas seriam encerradas. Estas entrevistas foram realizadas com enfermeiros (T7, T11, T13, T14 e T15) e técnicos de enfermagem (T6, T8, T9, T10 e T12). Após a pré-análise, em função de não ter-se alcançado a saturação dos dados, foi ampliada a amostra, com mais três técnicos de enfermagem, uma vez que a literatura aponta os profissionais de nível médio como as maiores vítimas dos acidentes com perfurocortantes (MARZIALE; RODRIGUES, 2002).

Foi realizado um contato inicial pelo Serviço de Medicina do Trabalho da instituição, órgão este possuidor de registros dos acidentes de trabalho, solicitando permissão ao trabalhador para meu contato enquanto pesquisadora. Esta medida, de minha iniciativa, foi uma consideração ética para não expor algum trabalhador que quisesse manter seu acidente de trabalho em sigilo. Após esta permissão informal, os sujeitos foram convidados a participar das atividades mediante contato telefônico.

4.3 Estratégias:

A coleta de dados foi desenvolvida em duas etapas: a primeira etapa em forma de oficinas, e a segunda em forma de entrevistas.

4.3.1 Oficinas

No Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina existe uma disciplina chamada Projetos Assistenciais, a qual prevê a proposição, aplicação e avaliação de um projeto assistencial, com abordagem individual, familiar ou de grupos

da sociedade, fundamentado em teoria de enfermagem ou de outra área do saber. Durante o curso daquela, é facultado ao aluno iniciar a coleta de dados para a dissertação, cujo tipo de pesquisa será então convergente assistencial, fruto do trabalho de pesquisadores desta mesma universidade.

Seguindo essa forma de trabalho, foram realizadas durante o mês de junho de 2005, três oficinas temáticas sobre acidentes de trabalho, formadas por um momento de acolhida e sensibilização sobre a temática desenvolvida, um momento de expressão e criação, um momento de discussão sobre as criações e um encerramento. Estas foram desenvolvidas dentro do ambiente da instituição e com apoio desta, sendo os trabalhadores liberados em horário de trabalho para a participação e os que já haviam encerrado o seu turno tiveram as horas compensadas em forma de folgas. Ao final da oficina também era servido um lanche para os participantes, como forma de confraternização. As oficinas contemplaram a momentos de reflexão coletiva, incitando o debate sobre cargas de trabalho, desgaste profissional e acidentes de trabalho.

As oficinas seguiram o seguinte planejamento:

a) OFICINA 1: REPENSANDO O TRABALHO

Objetivo: Oportunizar um momento de reflexão sobre cargas de trabalho e risco profissional.

Acolhida: Apresentação dos participantes utilizando a dinâmica “A rede” (Anexo A). Finalizadas as apresentações, foi realizada uma pactuação para que os assuntos discutidos no grupo permanecessem apenas para grupo. Após a apresentação foram apresentados novamente os objetivos do trabalho e foi realizada a entrega e assinatura

do termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice A)

Criação: Os participantes foram convidados a representarem o seu processo de trabalho através de desenhos em impressos com a planta básica de uma unidade. Foram disponibilizadas canetas esferográficas para os desenhos.

Expressão e discussão: Sentados em círculo, os participantes explicaram os seus desenhos, comentando como se dá o seu processo de trabalho na unidade em que atua. Foi iniciada uma discussão sobre cargas de trabalho, e no desenrolar desta os participantes foram marcando nas plantas e nos desenhos do processo de trabalho as cargas que perceberam, com canetas hidrográficas de cores diferentes.

Encerramento: Foi utilizada a dinâmica "Trem da Solidariedade" (Anexo A). Após a dinâmica, foi realizado um momento de reflexão para a avaliação.

b) OFICINA 2: REPENSANDO MEU ACIDENTE DE TRABALHO

Objetivo: Identificar os sentimentos e vivências dos profissionais após um acidente de trabalho.

Acolhida: Após recepcionar os participantes, foi aplicada a dinâmica “Telefone sem fio” (Anexo A). Após a dinâmica, foi realizado um fechamento, mostrando que muitas vezes a comunicação sofre interferências. Então, como neste dia a proposta era contar histórias, seria melhor que cada participante conte a sua.

Criação: Foi disponibilizada massa de modelar de diversas cores sobre uma mesa larga, e os sujeitos foram convidados a sentarem em volta da mesa e a representarem o seu acidente de trabalho em forma de modelagem.

Expressão e discussão: Após todos terem terminado sua modelagem, cada um deles apresentou sua criação, e contou a sua história, abrindo um espaço para um debate, que apontou questões como: a percepção do acidente, os fatores que contribuíram e o

cuidado recebido pelo trabalhador.

Encerramento: Foi realizada a dinâmica “Balão na roda”, utilizando a música “Lindo Balão Azul”. Após a dinâmica, foi realizada uma reflexão de avaliação.

c) OFICINA 3 REPENSANDO MINHA TRAJETÓRIA

Objetivo: Identificar quais mudanças aconteceram na prática profissional após o acidente de trabalho, e se houveram, quais foram. Identificar repercussões psicossociais do acidente de trabalho.

Acolhida: Após a recepção dos participantes, foi realizada a Dinâmica do Feitiço (Anexo A).

Criação: Após a dinâmica, foi proposta ao grupo que, a partir do material disponível, fosse construída uma representação que mostrasse o que aconteceu na vida de cada um após o acidente. Foi disponibilizado ao grupo material de sucata, papel, lápis de cor, tinta guache, giz de cera, revistas, cola, tesoura, barbantes, sementes, massa de modelar.

Expressão e discussão: Cada participante apresentou a sua criação e se iniciou uma discussão: como eu lidei com o acidente? Houve uma mudança de atitude depois do acidente? Minha percepção sobre o ambiente de trabalho mudou? Houve repercussões para minha vida profissional? Ainda, o grupo foi convidado a avaliar as vivências de oficina, as dinâmicas e apontar se houve uma aprendizagem com o processo.

Encerramento: Foi utilizada a dinâmica do “Diploma Afetivo”. A música escolhida para este momento foi “Tocando em frente”, de Almir Sater, que cada participante recebeu por escrito.

4.3.2 Entrevistas

Para a complementação e o aprofundamento dos dados obtidos nas oficinas, foram realizadas entrevistas individuais semi-estruturadas, gravadas com gravador de voz e posteriormente transcritas. Para fins de validação, foram entregues aos sujeitos participantes a transcrição da entrevistas, sendo permitido aos mesmos fazerem alterações caso o relato não estivesse fiel às suas percepções e convicções.

O roteiro de entrevistas proposto (ver apêndice B) foi elaborado após a pré-análise dos dados das oficinas, buscando aprofundar aspectos que não tenham sido esclarecidos naquelas. Foi realizado um teste piloto com uma entrevista (T 6), na qual houve a necessidade de mudança apenas de terminologia, substituindo, na questão 21, “quais foram os fatores que contribuíram para o acidente?” para “alguma coisa contribuiu para o acidente?”.

4.4 Registros

Durante as oficinas, os momentos de discussão do grupo foram gravados por gravador de voz, mediante autorização do grupo e posteriormente transcritos. As criações foram fotografadas com máquina fotográfica digital ou escaneadas, conforme a sua natureza (Anexo B).

As entrevistas foram gravadas por gravador de voz, transcritas e entregues para a validação, conforme descrito no item anterior.

4.6 Considerações éticas

Segundo Pinto (1998), a ética vai além de conjuntos e normas e prescrições, significando o comportamento adquirido ou modo de ser e viver do homem aprendido na convivência social.

Este projeto foi encaminhado para a Comissão de Ética e Pesquisa da instituição envolvida e da Universidade Federal de Santa Catarina, para devida apreciação e autorização formal para a realização da pesquisa, onde foi aprovado sem ressalvas, através do parecer CESH/UFSC nº 0094.0.242.555-05.

Os sujeitos foram convidados a fazerem parte do trabalho, e aceitando, assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, elaborado conforme a resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde (apêndice A). Ao se convidar os sujeitos para participarem das oficinas e entrevistas, houve um contato inicial do SESMT da instituição, possuidor dos dados de acidentes e responsável pelo seu sigilo. Esse contato serviu de elo entre o pesquisador e o sujeito, em um momento inicial, com vistas a solicitar autorização do trabalhador para o contato da pesquisadora. Acreditei ser importante este primeiro contato vir de quem mantém o dados de acidente, pois alguns trabalhadores podem querer manter sigilo acerca de seu acidente.

Ainda, os sujeitos não foram identificados por nome ou qualquer descrição que permitisse caracterizá-los de qualquer forma, garantindo assim o sigilo das informações. Coloquei-me a disposição dos mesmos, disponibilizando meu telefone residencial e comercial, autorizando-os a entrar em contato comigo frente a qualquer dúvida ou anseio relacionado ao trabalho, sempre deixando evidente a possibilidade de desistência em qualquer parte da pesquisa, sem que isso lhes acarretasse quaisquer constrangimentos ou represálias.

4.7 Análise dos dados

Conforme Lüdke e André (1986), a análise dos dados está presente durante toda a investigação, mas ganha um espaço mais formal depois de encerrada a coleta de dados. Inicialmente os dados obtidos nas entrevistas e oficinas foram lidos diversas vezes, sendo organizados e divididos em partes na busca de tendências e padrões. Para estes autores, a formulação das categorias iniciais prevê a necessidade de leituras exaustivas até ocorrer uma impregnação do seu conteúdo, não se restringindo ao que foi dito, mas também ao que foi silenciado.

Os dados foram analisados conforme a proposta de Minayo (2004), a qual aponta o seguinte caminho:

- 1) Ordenação dos dados: compreende o período de transcrição das discussões das oficinas e entrevistas (a), seguido pela releitura deste material juntamente com as anotações do diário de campo (b), e pré-agrupação por semelhança de conteúdo (c) (MINAYO, 2004).
- 2) Classificação dos dados: Compreende a “leitura flutuante” (a), ou seja, leitura exaustiva e repetida do material, buscando compreender as idéias centrais. O próximo passo será a constituição de um “Corpus”, ou seja, uma agrupação em temas amplos (b), subdivididos em categorias formadas pelas idéias principais contidas nos dados. As categorias vão sendo “enxugadas” por temas mais relevantes, resultando em “múltiplas gavetas” agrupadas em categorias centrais (MINAYO, 2004).
- 3) Análise Final: Compreende a análise descritiva das categorias, fundamentado no marco teórico e em confronto com a revisão de literatura (MINAYO, 2004).

A partir da análise dos dados, chegaram-se as seguintes categorias analíticas, conforme quadro abaixo:

Quadro A: Categorias de análise

1. Significados acerca de acidentes de trabalho
2. Acidente de trabalho: de quem é a culpa?
2.1 Acidente de trabalho: culpa do trabalhador?
2.2 Acidentes de trabalho: fatores institucionais
2.3 O acaso/ fatalidade e a culpa do outro
3. Repercussões do acidente de trabalho na vida do trabalhador
3.1 Dimensão biológica
3.2 Dimensão psíquica
3.3 Dimensão Social
4. Redes de Apoio
4.1 Redes pessoais
4.2 Redes institucionais
5. Estratégias para a prevenção e para a resolução do acidente
5.1 Estratégias pessoais
5.2 Estratégias institucionais

Acredita-se que com a análise dos dados, a partir do aprofundamento teórico, contribuir-se-á não apenas na produção do conhecimento acerca dos acidentes com matérias perfuro-cortantes, mas sobretudo como estes devem ser percebidos principalmente pelos serviços de atenção à saúde do trabalhador e pelos gestores, no sentido de buscar estratégias que minimizem o desgaste, principalmente psicológico, que estes acidentes causam.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir deste momento são apresentados os dados resultantes da pesquisa, bem como sua discussão, à luz do referencial teórico e da revisão de literatura. A análise dos dados visa interpretar os achados, aprofundar a reflexão e, principalmente, contribuir na construção do conhecimento.

5.1 Significados acerca de acidentes de trabalho

Esta categoria retrata as concepções de acidente de trabalho, a valorização deste acidente e a culpabilidade do trabalhador frente ao acidente. Segundo Clément et al (1997), a significação é um sinônimo de sentido e designa aquilo a que se refere ou aquilo que um signo representa. Assim, acontecimentos podem ter atribuído a si um significado que permite às pessoas explicá-lo ou interpretá-lo.

Conhecer o significado do acidente para o trabalhador é o primeiro passo para entender as repercussões deste acidente e pensar as estratégias para minimizar o desgaste sofrido por este trabalhador durante a vivência deste processo. Azambuja (1999) afirma que é imprescindível conhecer a dinâmica do processo de trabalho para se propor qualquer política de prevenção de acidentes, e que isso é possível através da concepção de acidentes dos próprios trabalhadores.

Ao se trabalhar com os significados individuais dos acidentes, entende-se que os trabalhadores não possuem um conhecimento organizado ou científico, mas tem plena consciência das condições de trabalho as quais são submetidos, pois vivem a realidade do trabalho no dia-a-dia (GELBCKE, 1991). Conforme Azambuja (1999, p.

85), “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”, de modo especial neste contexto onde cada sujeito já sofreu um acidente de trabalho. Alguns conceitos estão vinculados às concepções sociais e institucionalizadas, mostrando o pouco espaço no ambiente de trabalho para a reflexão-ação, que poderia aproximar estes conceitos à realidade do trabalhador.

Para Braga (2000), o significado etimológico do termo acidente está relacionado à idéia de evento fortuito, de acaso, de imprevisto e de fatalidade, referindo-se a eventos caracterizados pela impossibilidade de controle de seus fatores causais. No caso de acidentes de trabalho, os quais acontecem em cenário extremamente complexo, este acaso não ocupa lugar central no que tange as razões pelas quais ocorrem os acidentes. Pelo contrário, diversos autores mostram as relações deste com o processo de trabalho e as relações de trabalho (AZAMBUJA, 1999; GELBCKE, 1991; LAURELL, NORIEGA, 1989), conforme declaram os entrevistados:

T7: Acidente, a gente não está livre de acontecer, você tem momentos... até o paciente, um movimento brusco, alguma coisa... Você não vê, de repente uma agulha que está ali na bandeja e tu não viu... Mas pra mim é uma coisa que pode acontecer independente da pessoa, às vezes pela falta de atenção e cuidado, às vezes a gente põe as coisas fora do lugar correto...

T10: é uma coisa que te acontece e que você não está esperando, um acidente... se picar com uma agulha ou cortar um dedo... qualquer coisa assim que você não esteja esperando...

A percepção dos trabalhadores mostra essa face de imprevisibilidade e vulnerabilidade, onde o acidente pode vir a acometer qualquer trabalhador a qualquer momento.

A legislação define como acidente de trabalho as lesões ocorridas “pelo

exercício do trabalho, a serviço da empresa ou ainda, pelo serviço de trabalho de segurados especiais, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte, a perda ou a redução da capacidade para o trabalho, permanente ou temporária” (BRASIL, 1992). Por ser um conceito bastante difundido entre a classe trabalhadora, fica implícito no discurso dos participantes, como mostram as falas abaixo:

T11: É todo acidente que ocorre quando a gente está em um ambiente hospitalar.

T14: Qualquer situação que possa por em risco a integridade física de um funcionário dentro da instituição ou no trajeto casa-trabalho, trabalho-casa.

T8: É quando eu estou trabalhando e causo algum dano para a minha pessoa.

Conforme Azambuja (1999), a legislação mostra determinados propósitos na sua promulgação, onde alguns parágrafos servem como respostas às reivindicações trabalhistas e outros elucidam sobre os benefícios que os trabalhadores teriam após o acidente. Não há referências à prevenção nem às relações de trabalho que se processam no momento do acidente, referenciando a visão de causa-efeito.

Embora os trabalhadores hospitalares estejam expostos a diferentes cargas de trabalho que causam os mais diversos tipos de acidentes, houve uma tendência a conceituar o acidente de trabalho como uma exposição à material biológico, principalmente com pérfuro-cortantes. Isso é explicado por Azambuja (1999), que constata em sua pesquisa que os trabalhadores utilizam elementos concretos do processo de trabalho vinculados a ações individuais para conceituar acidentes, com dificuldades de extrapolá-los para estabelecer relações com o trabalho. As falas abaixo confirmam a posição da autora:

T15: Acidente de trabalho, acho que é quando (ocorre) uma agressão, uma lesão. Toda lesão é considerada um acidente de trabalho. Considera-se mais grave a lesão com pérfuro-cortante.

T13: É tudo que acontece quando o trabalhador entra em contato com secreções do paciente... no caso da instituição hospitalar. Com punções, com quedas dentro do setor ou erguendo o paciente da cama... Enfim, dentro da instituição hospitalar é tudo o que acontece no trabalho. É que eu estou falando especificamente de trabalho em hospital.

T12: Quando você se pica ou se corta ou acontece qualquer coisa fora da rotina.

Outra forma importante de significação do acidente é a percepção do trabalhador sobre a gravidade de ter um acidente e de como percebe seu acidente. Embora as entrevistas afirmassem que o acidente normalmente se apresenta como um fato memorável, seja pelo sofrimento psíquico gerado, seja por mudanças frente a situações semelhantes às causadoras do acidente, em alguns casos, o acidente é minimizado com se fosse algo simples, comum e inerente ao tipo de trabalho desenvolvido, como relatam os participantes nos seus discursos:

T3: O meu foi há tanto tempo que eu nem me recordo direito...

T12: Não... nunca comentei (com a família)... acho que é uma coisa tão banal... pra nós, né?

T7: Eu preenchi várias coisas, várias questões que tinha, e me perguntaram como foi o acidente, pensando numa coisa mais grave... foi bem simples... não tinha sido um machucado tão sério. (Mas sangrou bastante?) Sim, sangrou bastante.

Nhamba (2004), em sua pesquisa com acidentes ocupacionais com trabalhadores de enfermagem angolanos, relata que dentre os sujeitos que não tomaram condutas administrativas (atendimento institucional) frente ao acidente (97% dos acidentados), 34% não o fizeram por não achar importante o acidente e 22%, por considerar que faz parte do trabalho acidentarem-se.

Osório-Silva (2002) afirma que dentre os tipos de acidentes de trabalho, há

aqueles de menor porte, que incluem os acidentes com perfuro-cortantes e as exposições biológicas, que ainda hoje passam por vezes despercebidos, vistos como inerentes ao processo de trabalho e, no discurso comum, inevitáveis: “ossos do ofício”, ainda que tenham ganhado considerável destaque pelo advento da AIDS.

Os dados também apontam para a minimização dos acidentes, quando nas situações onde os trabalhadores já têm conhecimento prévio do estado sorológico do paciente, como no caso da UTI Neonatal, em que os paciente já chegam do Centro Obstétrico com a sorologia da mãe definida, seja pelos atendimentos de pré-natal ou pelo teste rápido realizado em todos os casos onde não se conhece a situação sorológica da mãe. Essa minimização se faz presente nas seguintes falas:

T14: Na verdade o meu acidente não foi uma coisa grave... E eu acho que eu já estava meio tranqüila por ter acesso a pasta, de saber que o bebê não tinha nada...

T14: Eu acho que aqui a gente se sente mais tranqüila do que nos outros setores, porque na verdade quando o bebê chega pra gente, a gente tem toda uma triagem antes. Então a gente tem sorologia de pré-natal, se tem alguma dúvida no pré-natal e gente já tem a sorologia do nenê... então eu, a princípio, fiquei tranqüila.

Em algumas situações, o trabalhador embora afirmando que não está preocupado com a exposição, adota algumas ações visando buscar prevenir-se de uma potencial transmissão de doença, mesmo que muitas vezes seja pautada em um conhecimento empírico, que não atua efetivamente sobre o acidente. Mesmo negando a preocupação, esta efetivamente ocorre, porém é como se ao negar, o trabalhador também buscasse uma proteção, um mecanismo de defesa para o desgaste psicológico gerado pelo acidente. Isso é evidente na seguinte fala:

T3: Mas eu não me preocupei, botei debaixo da água, lavei, passei álcool ...

Ainda que a gravidade do acidente fique mais perceptível no discurso dos trabalhadores em relação às repercussões psíquicas, em que são denotados os sentimentos com o acidente, a fala abaixo reflete que, embora minimizado, às vezes até mesmo pelas chefias, o acidente é uma vivência pessoal bastante delicada, e as suas definições e repercussões tem grande respaldo no discurso do trabalhador que já vivenciou esta situação.

T15: eu estava com luva, então ele picou, furou, mas a perda não foi assim tão grande, não foi tão profundo... mas pra quem é picado, não importa a profundidade...

A culpabilidade é um tema bastante discutido nas pesquisas atuais. Em uma perspectiva histórica, nota-se que a Medicina do Trabalho indicava como culpado pelos acidentes sempre o próprio trabalhador, sem abrir espaços para discussão. Na emergência da Saúde Ocupacional, onde são estabelecidos os limites de exposição e as normas de segurança, a culpa continua recaindo sobre o trabalhador pelo “ato inseguro”, ou seja, pela não adesão às recomendações. Nota-se que estas normas referem-se ao modo de fazer o trabalho e eram ditadas muitas vezes por órgãos que não conheciam a realidade do trabalhador. Já no surgimento da Saúde do Trabalhador, se tem uma visão mais ampla das causas dos acidentes, quando se valoriza o processo e o ambiente de trabalho. Embora a Saúde do Trabalhador esteja prevista em legislação há mais de 15 anos, as vivências dos trabalhadores dentro das instituições ainda remetem aos sentimentos de culpa (FRIAS JÚNIOR, 1999; ALMEIDA, 2001).

Braga (2000, p. 47) afirma que mesmo estando claro que o acidente é fruto das relações sociais do trabalho e que estas precisam ser modificadas, “ainda hoje a culpa recai sobre aquele que está mais diretamente envolvido com o processo produtivo, o trabalhador”, o qual é o menos habituado à linguagem das mediações jurídico-institucionais. A autora ainda referenda que a “legislação nacional vigente se apóia na vertente que admite a existência de fatores causais sem ligação direta com a

vítima”, estando o acidente “percebido como elemento exógeno ao processo produtivo e não como um de seus resultados” (BRAGA, 2000, p. 47).

A partir destas proposições, os dados abaixo mostram que existe uma disposição dos trabalhadores a não quererem revelar seu acidente ou procurar atendimento. Conforme as falas, estas atitudes estão mais relacionadas a sentimentos de vergonha e culpa, do que a indiferença e/ou desconhecimento das possíveis conseqüências de um acidente de trabalho.

T3: Eu olhei os exames, isso eu tenho certeza, que eu olhei os exames para ver se indicava alguma coisa, eu nem ia descer (para buscar atendimento), mas aí como a enfermeira da unidade viu que estava sangrando o dedo um pouco, ela me perguntou e eu tive que dizer, senão eu nem tinha descido. Aconteceu outra vez também, da mesma maneira, assim, com uma agulha, assim de picar. Acho que foi aplicando insulina. Não sei o que aconteceu, na hora eu apliquei a insulina, acho que o paciente se mexeu, e deu assim no dedo. Também foi assim, eu olhei os exames, não tinha nada, esse até eu nem comuniquei.

T8: Eu falei até, falei logo (notificou o acidente)... Aí pensei será que precisa, será que não precisa... e ela (a chefia direta) disse: não, vamos lá. Até os colegas disseram: não, você não vai deixar, vai lá e faz o que tem pra fazer senão depois vai ficar pra sempre pensando... (o paciente) tem (alguma doença infecto-contagiosa)? Não tem?

T7: Acho que tem muitas pessoas tem medo, não falam, acho que tem muito acidente que a gente não fica sabendo, que acontece por medo acho que a pessoa tem de ser recriminada talvez: olha só o que tu fez, olha só que descuido... Acho que mais por parte dos colegas, acho que nem tanto da instituição, porque eu não fui (mal atendida) em nenhum momento assim... Ninguém disse: nossa, onde é que tu estavas com a cabeça? Eu fui bem acolhida, preenchi todos os papéis, foram coletados os exames e ninguém se manifestou de forma grosseira, ou (me) recriminando naquele momento. Só que eu acho que os colegas, de repente, têm medo do colega, da chefia talvez também (dizendo): Ah, você não se cuidou.

T7: Eu acho que sim, acho que (um sentimento de) vergonha: Ah, me piquei! Já aconteceu com uma funcionária aqui do setor, de ter se picado com abocath e não queria ir. Não, tu tens que ir, porque de repente tem alguma coisa que a gente pode estar trabalhando antes, né, tu não sabes o que o paciente tem... Daí depois dessa conversa a pessoa foi, mas tem uma resistência grande... Por receio, por medo, por vergonha... Mas eu fui bem acolhida, o atendimento foi bom, pra mim foi bom. Acho que é com todos assim.

Conforme Braga (2000), a subnotificação de acidentes com material biológico está relacionada a mecanismos de defesa do trabalhador, quando esse se depara com a possibilidade de contaminação, está associada com a idéia de morte, gerando assim o medo. Essa premissa baseia-se no conceito de Dejours (1992) que conceitua como estratégias de defesa os mecanismos utilizados frente a uma situação de perigo e/ou medo. O principal deles é a negação do risco, assumindo atitudes inseguras frente ao perigo.

Na divisão de trabalho na enfermagem, cabe ao técnico e ao auxiliar de enfermagem a realização do cuidado planejado pelo enfermeiro. Assim, estes têm maior contato com os pacientes e com o material perfuro-cortante, ficando assim mais expostos aos acidentes. As falas mostram que em alguns casos a reação/atuação do enfermeiro, enquanto chefia de equipe, deixa a desejar nos momentos onde ocorreram os acidentes. Ainda, em outros casos, a rigidez com que controlam suas equipes deixa os trabalhadores atemorizados de comunicar os acidentes.

T6: (não ia falar) Porque eu achava, conhecendo a minha chefia, ela ia me xingar, porque eu tinha pego uma coisa que não tinha sido eu que tinha deixado, mas como ela queria sempre o setor organizado, eu fui tentar ajudar e... (me acidentei).

T7: Não ficou brava, nada, só me orientou a procurar, me encaminhou tudo... Não teve assim... (uma reação negativa).

Destaca-se aqui o papel das chefias, cujo papel no atendimento dos acidentes

consiste normalmente em dar um primeiro atendimento a esse trabalhador, orientando para a lavagem do local do ferimento com água e sabão (SAILER, 2004) e encaminhando o mesmo para o atendimento com o SESMT. Estas chefias precisam estar orientadas quanto ao fluxo de atendimento dentro da instituição assim como acerca dos impactos de um acidente de trabalho para aquele sujeito, afim de também poder atender as demandas apresentadas por este.

A abnegação aparece na história da enfermagem quando esta era exercida e controlada por religiosas, e hoje essa visão foi substituída pela ótica do profissionalismo, embora ainda haja reflexos daquela na fala dos trabalhadores, ilustrando momentos em que o cuidar de si é deixado de lado em prol do paciente.

T4: Não sabia se socorria a paciente, se eu me socorria, aí a socorri, a ajeitei na cama e sai correndo do quarto.

T4: Eu me cuido, mas na hora, eu não pensei que eu ia me picar, eu pensei na paciente que estava caindo da cama.

Brandão Júnior (2000) aponta que muitos trabalhadores pensam primeiro no atendimento dos pacientes, em detrimento de sua proteção individual. Sailer (2004, p. 98) complementa essa percepção com a seguinte hipótese: “como se 'fazer o bem' pudesse isentá-lo da possibilidade de lhe acontecer algo negativo, como um acidente”.

Estryn-Behar apud Braga (2000) afirma que o trabalho do enfermeiro ainda está envolto na ideiação de vocação, caridade e benevolência, extrapolando assim as relações típicas de trabalho. Em sua pesquisa, Braga (2000) afirma ter ouvido dos trabalhadores que, mesmo quando cansados, quando estavam com os pacientes, não havia espaço para a manifestação do cansaço, pois alguém estava necessitando de sua atenção.

O momento do atendimento adquire também um significado para o trabalhador, pois ocorre no momento em que ele está mais fragilizado, logo após o acidente. A isso

se soma a questão culpa, onde o trabalhador teme uma punição por ter feito “algo errado”. Embora seja discurso dos trabalhadores que a parte mais importante do atendimento foi o resultado rápido dos exames sorológicos, a descrição do atendimento mostra uma percepção de importância do atendimento centrada no preenchimento de papéis, já que os questionários interrogando a maneira que ocorreu o acidente servem para clarear o julgamento clínico sobre a indicação de antiretrovirais e talvez para indicar para a instituição onde se deve intervir para a redução de acidentes, mas seu objetivo não é o cuidado. Ainda assim, os trabalhadores sentem-se protegidos e alvo de cuidados ao preencherem estes questionários.

Ainda durante o atendimento, outro momento de importância para o trabalhador é a coleta do próprio sangue para exames. A forma de proteção deste procedimento é a coleta do Anti-HBS, que informa a situação dos títulos de anticorpos contra a hepatite B, podendo haver uma intervenção efetiva caso ele não esteja imunizado – o uso de imunoglobulina. Além desse, todos os outros exames que o trabalhador coleta neste momento do são para fins legais de proteção à instituição do vínculo causal de uma doença infecto contagiosa: hepatites B, C e HIV. Ou seja, se algum destes resultados é positivo, pode ser entendido pela instituição como uma contaminação fora do ambiente de trabalho. Desta forma, o trabalhador tem uma falsa sensação de segurança calcada em medidas jurídicas de proteção à instituição, como exemplificado nas falas que seguem:

T3: Aí conversei com a enfermeira, ela me mandou para a medicina, preenchi todo aquele questionário...

T4: Ela me mandou preencher um questionário, nisso ela já me mandou para o laboratório coletar sangue, coletaram da paciente também.

T8: Eu preenchi aqueles papéis e fiz a coleta de sangue. Coletaram de mim e da paciente. Daí eu guardei o resultado e pra minha sorte a paciente, uma senhora idosa, não tinha nada.

Esta última fala nos remete a ilustração apresentada por Azambuja (1999), da

comparação do acidente a uma mesa de jogo, em que

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). (AZAMBUJA, 1999, p 138).

A vida do trabalhador não é um jogo e o acidente de trabalho possui muitas dimensões além de uma “jogada de sorte”. A partir das percepções dos trabalhadores é que se constrói o significado do acidente, para poder vislumbrar as intervenções acerca deste. Uma forma especial de entender a percepção do trabalhador em relação ao acidente é conhecendo os motivos relatados como causadores deste, o que será discutido na próxima categoria.

5.2 Acidentes de trabalho: quem é o culpado?

Essa categoria engloba a percepção dos trabalhadores sobre os motivos que desencadearam o acidente e discute fatores apontados como corroboradores deste. Foi dividida em três subcategorias: Motivos e fatores pessoais, Motivos e fatores institucionais, O acaso/fatalidade e a culpa do outro.

A análise dos motivos e fatores relacionados ao acidente possibilita ampliar a construção do significado do acidente, e apontar uma forma diferenciada de trabalhar a prevenção, baseada na percepção do próprio trabalhador. Para Oddone apud Gelbcke (1991), a denúncia dos trabalhadores é a medida mais científica que se pode imaginar sobre as condições de trabalho, pois reflete a experiência, no tempo, de trabalhadores de um determinado setor e a observação constante e diária dos reflexos destas condições.

A análise do acidente de trabalho, embora partindo da experiência individual, revela uma condição da coletividade, possuindo influências sociais. O acidente de trabalho no ambiente hospitalar deriva de complexas interrelações, não podendo ser analisado de forma isolada do contexto do processo de trabalho e produção, da organização do trabalho, das condições de vida dos trabalhadores e das cargas de trabalho presentes no dia-a-dia (SÊCCO et al, 2002).

Sarquis apud Sêcco et al (2003) afirma que a grande maioria dos acidentes de trabalho que atinge os profissionais de enfermagem e compromete a sua saúde, está relacionada ao instrumento de trabalho utilizado no desempenho da função, ao ritmo do trabalho empreendido na jornada, e às contingências pessoais da vida particular destes trabalhadores. Esses fatores contribuem para a ocorrência desses acidentes.

Brandão Júnior (2000) aponta como motivos dos acidentes o recapeamento de agulha, a não utilização de EPI, a falta de atenção do (a) profissional, o ritmo de trabalho intenso, as condições de trabalho e a inadequação dos equipamentos de proteção individual.

Para Cohn et al. (1985) é inegável que as condições de trabalho sejam responsáveis por grande parcela dos acidentes de trabalho.

Conforme Nishide, Benatti e Alexandre (2004), os principais motivos dos acidentes são a falta de atenção, a não utilização do EPI correto/descuido, o condicionamento de reencapar agulha, e outros motivos relacionados com materiais ou circunstâncias que ocorrem durante o trabalho, como a obstrução do sistema hemodialítico, a grande quantidade de drenos e cateteres e/ou o acidente como um acontecimento inesperado.

Os autores concordam no importante papel desempenhado pelas condições de trabalho como causas do acidentes. Diante desses dados, partiremos agora para o discurso dos trabalhadores participantes, que reforçarão estes achados.

5.2.1 Acidente de trabalho: culpa do trabalhador?

Os acidentes de trabalho, como colocado anteriormente, têm vários fatores relacionados, quer com o processo de trabalho, com a organização do trabalho, com a sobrecarga, entre outros. No entanto, muitos trabalhadores atribuem a si a “culpa” do acidente, como se o conjunto de situações que envolvem o evento não tivessem importância.

Conforme Sêcco et al. (2002) o acidente de trabalho representa a concretização do desgaste provocado pelas cargas de trabalho, tendo interferência de variáveis inerentes a própria pessoa (físicas e/ou psíquicas), além do contexto social, econômico e político. Muitos dos estudos sobre motivos de acidentes de trabalho provém de uma vertente onde a culpa do acidente é do próprio trabalhador.

Cohn et al (1985) apontam que, embora muitas vezes remetido à fatalidade, o trabalhador busca um responsável direto pelo acidente, inclusive ele mesmo. Mesmo quando são conhecidas as más condições de trabalho, a tendência do trabalhador é de assumir a culpa do acidente.

Vilela, Iguti e Almeida (2004) afirmam que a visão predominante, tanto no Brasil como no mundo, é que o acidente de trabalho se constitui em um evento simples, originado em uma ou poucas causas, cuja principal é a falha dos trabalhadores (ações ou omissões) em relação a normas prescritas, resultando no ato inseguro. Laurell e Noriega (1989, p. 264) definem como ato inseguro

todo aquele que os trabalhadores foram informados que não devem realizar

ou aquele que se afasta das instruções que foram dadas para a realização das tarefas. O conceito de ato inseguro projeta, portanto 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.

Conforme afirma Almeida, as publicações brasileiras que rezam sobre o assunto, editadas sob os auspícios da Fundacentro⁵, difundem essa concepção de acidentes. Binder et al (apud Almeida 2001) e Almeida et al (apud Almeida 2001, p 5) consideram que a adoção de “práticas de investigação de acidente baseadas nessa teoria contribuiu para a difusão de procedimentos de atribuição de culpa às vítimas de acidentes do trabalho no Brasil.”

Conforme Cohn et al (1985), existe uma "produção da consciência culposa", ou seja, uma concepção que culmina em atribuição quase sistemática de culpa ao acidentado. Estes autores apontam o Ministério do Trabalho e de organismos privados patronais como importantes nesse processo, por meio de publicações, vídeos, filmes, campanhas e cursos que imputam o trabalhador como responsável pelo acidente. Os autores concluem

De vítima a réu no processo de trabalho, de vítima a agente do acidente do trabalho, o trabalhador apesar de não ter nenhum controle sobre a organização e o processo de trabalho, [...] deve, necessariamente, administrar as condições adversas do trabalho, no sentido de evitar o acidente, caso contrário corre o risco de ser acusado de ter inclusive praticado um ato de automutilação (p.149).

Dentro dessa concepção casuística de acidentes, alguns trabalhadores que participaram dos estudos elencam como motivos dos acidentes, a imprudência, falta de cuidado, a pressa, como exemplificado abaixo:

T3: Eu fiz uns óculos, como sinal de enxergar, por causa da cegueira da gente e prestar mais atenção no que a gente está fazendo porque eu acho que quando eu me piquei eu, afobada, não prestei atenção no que eu estava fazendo (o trabalhador

⁵ Fundação José Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho, ligada ao Ministério do Trabalho e Emprego.

descreve sua modelagem da terceira oficina, no momento em que se tratava das repercussões geradas no acidente).

T3: (quando se) Quer fazer uma coisa afobada, a gente tem que parar e dar uma pensadinha...

T11: foi um descuido na hora de retirar a gilete ali, na hora em que estava fazendo a tricotomia...

Gelbcke (1991, p 149-50) nega a relação causa-efeito em relação ao processo trabalho-doença, afirmando que há uma interação entre cargas de trabalho, condições de trabalho, condições de vida e corpo do trabalhador que devem ser considerados ao se pensar no acidente de trabalho. A autora relaciona a percepção causa-efeito afirmada pelos trabalhadores como “fruto do pensamento hegemônico na área da saúde, que ainda se fundamenta numa concepção positivista” (p. 149-150). Na fala abaixo, o trabalhador, embora reconhecendo que existem fatores externos envolvidos no acidente (e cita a sobrecarga e os altos ritmos de trabalho), ainda atribui a culpa a si.

T14: Olha, eu acho que na verdade a gente quanto profissional é que peca muito, né? Porque às vezes a gente está correndo, sempre, e tu vai fazer as coisas às vezes com pressa. E então você passa a ter um pouco menos de atenção naquilo que você está fazendo, ou então se acostuma com aquela rotina. Você faz aquilo todo dia e quando você vê, está deixando de usar algum equipamento, está deixando de fazer alguma coisa que poderia evitar um acidente. Porque assim, na verdade a gente recebe luva, a gente tem óculos no setor, a gente tem tudo. Então eu acho, na verdade, às vezes a gente realmente está correndo, correndo, correndo, pela própria necessidade da unidade... E acaba fazendo as coisas com pressa, correndo...

Nesse momento cabe um questionamento sobre esses altos ritmos dentro da enfermagem. Qual é o motivo de tanta pressa, de tanta correria? Estará ligado ao dimensionamento inadequado de pessoal? À falta de organização do trabalho? Esses altos ritmos acabam gerando um desgaste brutal no trabalhador, uma exploração da força de trabalho e um gasto desnecessário de energia. Essa exposição demasiada do sujeito acaba se manifestando no absenteísmo, aumentando ainda mais o volume de trabalho a ser realizado. Daí a importância de haver uma investigação para determinar o verdadeiro motivo da sobrecarga de trabalho.

As medidas mais conhecidas para evitar acidentes de trabalho com exposição a material biológico são as precauções padrão, ou seja, um conjunto de orientações que visa evitar as exposições laborais a patógenos (ODA et al., 1996). Durante a década de 90 foram desenvolvidos vários estudos abordando a adesão dos trabalhadores às precauções padrão (BREVIDELLI, 1995, SOUZA e VIANNA, 1993, LOPES et al., 1999). Alguns autores percebem o acidente de trabalho sendo causado por uma rebeldia do trabalhador frente às normas prescritas de segurança, sem perceber a multifatorialidade dos acidentes. Um exemplo disso é a citação de Figueredo (1992, p 28), ao afirmar que “a displicência dos manuseadores é o principal motivo da causa de acidentes com material perfuro-cortante”.

Conforme afirmam Sêcco et al. (2002), as precauções padrão são a melhor alternativa para a preservação da saúde dos trabalhadores expostos ao risco biológico, porém muitas vezes a ocorrência de acidentes é atribuída somente ao não seguimento destas normas, deixando de lado muitos outros fatores que também contribuem para os acidentes, como a sobrecarga de trabalho, a falta de treinamento, inexperiência, indisponibilidade de equipamentos de segurança, cansaço, repetitividade de tarefas, dupla jornada de trabalho, entre outros. Ainda cabe assinalar que a execução real do trabalho quase nunca segue ao pé da letra as normas e instruções, sob o risco de

prejudicar o próprio ritmo imposto ao trabalho (Laurell; Noriega, 1989). Isso é assinalado nas falas abaixo:

T5: Eu tentei fazer uma seringa aqui, que a minha colega da noite tinha deixado então, lá às vezes ficam as seringas de 10 (ml) com o extensor enrolado e a agulha, e daí eu fui trocar a agulha para fazer a medicação e a agulha estava torta dentro da capinha e furou a capinha e pegou no dedo.

T7: Acho que foi por descuido mesmo, por pressa de tirar o mandril... Que foi na retirada que ele passou assim pela mão, um descuido, uma falta de atenção no momento... Talvez a falta de experiência, (contribuiu) um pouco... Você está estagiando, acho que pode ter sido (isso)...

T3: Foi aquela velha estupidez de sempre: não reencapar a agulha... Aí a T3 foi lá, pegou a agulha e reencapou! E espetou o dedinho!

Conforme Osório, Machado e Minayo-Gomez (2005), a informação e a formação centrada em aspectos técnicos não são suficientes para reduzir a ocorrência de acidentes. Em seus estudos embora os trabalhadores tivessem conhecimento das normas de segurança de biossegurança atualmente recomendadas, este não foi suficiente para garantir seu seguimento.

Osório-Silva (2002, p 95) aponta que os trabalhadores, em especial os de enfermagem, citam como fator importante na tomada de atitude para o reencape de agulha (que sabiam ser de risco), o “hábito bem aprendido” em sua formação. Em seguida à alegação do hábito bem fixado, o profissional completava: “eu tenho medo de ferir alguém, andando com uma agulha desencapada pela enfermaria”. Até o ano de 1986, era orientado à equipe de enfermagem o reencape de agulhas e a sua disposição

em recipientes de resíduo infectante (Brandão Júnior, 2000). Além disso, a distância das caixas rígidas para a coleta de agulhas leva o profissional ao reencape ou à circulação com agulhas desprotegidas pelo ambiente de trabalho.

No entanto, há que se pensar o que realmente leva os trabalhadores a reencaparem as agulhas, será apenas o hábito? Será a formação? As atividades de educação permanente desenvolvidas nas instituições de saúde não têm abordado esta questão? São várias as interrogações que nos vem à mente ao pensarmos nos acidentes com material pérfuro-cortante, e, principalmente, ao identificarmos que os trabalhadores de enfermagem ainda se julgam culpados, sem considerar as condições de trabalho, a sobrecarga, as dificuldades encontradas no dia a dia. Isto nos leva a refletir sobre a necessidade de intensificarmos o processo de educação permanente no trabalho, que contribua efetivamente para a mudança no processo de trabalho e que possibilite ao trabalhador a reflexão acerca do seu dia a dia de trabalho, contribuindo, também para a mudança de condutas, visando minimizar as possibilidades de acidentes de trabalho e principalmente minimizando a sensação de culpa pelo acidente ocorrido.

5.2.2 Acidentes de trabalho: fatores institucionais

Em alguns momentos, o trabalhador percebe que existem outros fatores envolvidos no acidente de trabalho, além do seu próprio agir. Nestas situações, o trabalhador aponta como culpado pelo acidente fatores institucionais, como condições de trabalho, adequação e disponibilidade de material e sobrecarga de trabalho.

Em relação à sobrecarga de trabalho, grande parte dos relatos se referia a falta de funcionários nos setores. O dimensionamento de pessoal parece ser condizente com a realidade do serviço, embora não haja nenhum estudo a respeito de dimensionamento na instituição. Um grande problema identificado foi o absenteísmo. No momento da

coleta de dados a instituição sofria uma grave crise financeira, o que resultou em uma postura de não realizar demissões. Alguns trabalhadores insatisfeitos, desejando serem desligados pela instituição, encontraram como forma de “agilizar” esse processo as faltas não justificadas, às vezes por períodos de até uma semana. Dessa forma, sem esses trabalhadores nas unidades, e também sem ninguém para cobrir essas abstenções, houve um aumento na sobrecarga de trabalho já existente, conforme verbalizaram os trabalhadores.

T10: (o acidente) Foi num final de semana muito agitado, a gente estava em poucos funcionários, a gente estava em três ou quatro, foi muito agitado, já era quase hora da passagem de plantão e faltava ainda um monte de coisas pra gente fazer...

T10: (eu atribuo a) aquela coisa que tu está com pressa, fazer as coisas com pressa, cansada, poucos funcionários com muitos pacientes, aquele agito que ficou no fim de semana, que foi muito agitado, com muitas intercorrências, parada, foi bem agitado.

T9: Às vezes o acidente de trabalho eu acho que acontece por falta de pessoal pra ajudar a gente...

T17: Estava agitado, trabalhando de manhã, aí tinha banhos, curativos, medicação, levar paciente pro bloco, buscar, então, eu tava acostumada, mas eu nunca imaginei que numa dessas correrias... Quando a gente menos espera, acontece.

Além das atividades de cuidado direto ao paciente, existe um grande número de tarefas burocráticas ligadas à assistência, atividades não próprias de enfermagem, mas ligadas ao processo de trabalho. No caso dos técnicos de enfermagem, há uma série de tarefas afastadas do paciente a serem realizadas a fim de garantir a assistência daquele.

Dentre essas, pode-se citar as conferências de estoque e a obtenção dos materiais e medicamentos para o cuidado direto como exemplos de processos que demandam tempo e afastamento físico da unidade, que geram sobrecarga de trabalho, que implicam em desgaste do trabalhador, o qual se vê imbuído de atender bem a clientela, mas também em buscar condições para tal. Há um rol de atividades que são identificadas como burocráticas, que geram também uma sensação de estar fazendo além do que é seu, bem como geram conflito no trabalhador.

T3: Atender ao telefone, digitar, ir à farmácia...

T5: Lá no setor uma pessoa é responsável pela farmácia durante 1 mês, eu era mês passado. Daí naquele mês você tem os teus bebês mais a farmácia, aí quase enlouquece, você cuida da farmácia e tem que contar todo o estoque sempre... Às vezes acontece de o bebê se extubar ou tirar o acesso porque você tem que ficar mais em função da farmácia do que dos pacientes...

Nesse caso, uma vez que essas tarefas acabam por refletir diretamente na qualidade da assistência prestada, poderia se repensar uma nova organização do trabalho, delegando atividades de controle de estoque e digitação para as secretárias das unidades.

A sobrecarga de trabalho também fica evidente nos relatos que não estão ligados diretamente ao acidente. Para os participantes, o relato do seu processo de trabalho envolve excesso de atividades e responsabilidades, atrelado a altos ritmos de trabalho, como mostram as falas:

T2: Vira um bolo de neve... Termina, começa tudo de novo.

T4: O paciente já tomou banho, quer que faça o curativo, mas o médico nem passou ainda, daí tu tem que dar um jeitinho, porque o curativo está molhado, tem que tratar de trocar... Ou

algum paciente que já está vomitando...

T1: Eu acho que quando tem muitos pacientes, você quer fazer as coisas rápido, não deixar nada para o outro turno, você acaba (se expondo). Como aconteceu comigo, eu não manejei mal a agulha...

T4: Eu queria fazer tudo ao mesmo tempo, e naquele meio tempo a paciente estava se virando, quase caindo... Eu quis fazer rápido e reencepei a agulha, a agulha estava no equipo, quase sem contato com o paciente, mas mesmo assim...

T1: Aquele dia o pronto socorro estava lotado, lotado, então na ânsia de fazer tudo e não deixar, nada acontece essas coisas...

T5: Eu acho que foi imprudência da minha colega ter deixado a agulha e minha também, porque eu estava sozinha com um monte de bebês, deviam ter 8 bebês, minha colega estava folgando, era horário de visitas, estavam todos os pais junto, eu tinha que dar mama para todos eles, e na pressa de dar mama, trocar fralda e fazer a medicação...

Na área da saúde, as condições de trabalho afetam a assistência ao paciente. Assim, perde-se qualidade.

T1: E depois vem me dizer que tem excesso de funcionários... Tem excesso quando está calmo, mas não vêem quando está cheio e você se ferra lá, quando está calmo tem excesso, mas quando tem 4 ou 5 entubados, eu disse que se estivesse na UTI eu estaria com 2 entubados, lá a gente fica com 3 entubados e mais 3 fora de regime de UTI, isso ninguém vê. A falta de consideração é gritante, daí te pedem para anotar sinais vitais de meia em meia hora, não vou fazer porque não dá, porque eu não tenho só ele, tenho ele e mais cinco.

Conforme Gelbcke (2002) a sobrecarga de trabalho devido a uma relação usuários/funcionários desequilibrada resulta em perda da qualidade da assistência, além de gerar desgaste para os trabalhadores envolvidos. Dejours (1999) denomina de sofrimento ético o trabalho desenvolvido sem as condições adequadas, tendo o trabalhador que lançar mão do improvisado, prejudicando assim os resultados do trabalho.

Os altos ritmos da jornada imposta pela sobrecarga de trabalho afetam diretamente a saúde do trabalhador, uma vez que ele deixa de lado o cuidar de si para trabalhar, para cuidar do outro.

T4: eu já esqueci até de tomar água...

Além da sobrecarga de trabalho, a remuneração na área da enfermagem é indigna, obrigando os profissionais a manterem dois e até três empregos. Considerando o grande contingente feminino da enfermagem, há que se considerar a questão da jornada no lar, onde existe um esforço no sentido de conciliar as atividades profissionais às domésticas, estas prestadas gratuitamente à família (ROBAZZI, MARZIALE, 1999). A dupla jornada é exposta na fala abaixo:

T15: Eu acredito que os acidentes de trabalho, não foi o meu caso, mas estão bastante relacionados ao setor, né? O setor mais agitado, o funcionário que trabalha em dois empregos... Ele vem muito cansado... No setor com muitos pacientes ao mesmo tempo... o que não foi o meu caso.

Para estes trabalhadores sobrecarregados, praticamente inexistem momentos de lazer e o prazer é estar menos preocupado com a sua condição financeira e ser mais

reconhecido pelos colegas de trabalho. Muitas vezes responsáveis pela subsistência da família, é dominado pela retórica ideológica dominante capitalista, que impõe ao trabalhador que o homem digno é aquele que trabalha muito (SENTONE; GONÇALVES, 2002).

A precarização do trabalho – falta de material, falta de recursos humanos e excesso de trabalho – gera desgaste físico e psíquico no trabalhador (BRANDÃO JÚNIOR, 2000; GELBCKE, 2002). As políticas de redução de gastos propostas na instituição normalmente acabam focando na equipe de enfermagem como alvo, pois estes profissionais estão em maior número e realizam um grande número de procedimentos utilizando recursos materiais. Assim, o controle rígido dos estoques, a liberação de materiais “especiais” apenas para setores de alta complexidade e a falta de material geram sofrimento para o trabalhador.

T2: No fim tu perde mais tempo para pegar uma abocath, uma agulha que falta, por que não tem (do que para realizar o procedimento)...

No caso explicitado abaixo, a discussão faz-se em torno do uso da cânula (ou torneira de três vias) para realizar conexões entre os equipos em um mesmo acesso venoso. A instituição definiu o uso de cânulas apenas em setores críticos, tendo como opção o extensor de duas vias (polifix), que deve ser conectado no momento da punção venosa, ao contrário da cânula, que pode ser acrescentada ao sistema em qualquer momento.

T3: Sem contar que neste tipo de situação, a gente reencapa mesmo, não tem como não... (ao utilizar uma agulha para acessar o tampolim de um equipo, conectando esse a um equipo bureta)

T1: Aí entra a dãnula, eles querem poupar com outras coisas, tu não precisaria reencapar a agulha se tivesse a dãnula, mas não, é só para a UTI e Pronto Socorro... Eles querem poupar em outras coisas, mas a saúde do profissional, zero. O que é uma dãnula perto de uma doença que o funcionário pode pegar? Você não precisaria colocar a agulha se eles cedessem a dãnula... Eles gastam no que não precisa, mas naquilo que precisa, que é a saúde do funcionário, eles economizam.

Embora o SESMT realize visitas mensais para avaliar o uso e a disponibilidade dos EPI, percebe-se que materiais adequados para a realização das tarefas também podem reduzir o risco de acidentes, evitando improvisações que colocam em risco o paciente, no que tange ao controle de infecção, e o trabalhador, no tocando a situações de risco para acidentes.

Além da falta de material de trabalho para a realização de procedimentos, é comum os trabalhadores contarem com falta de material permanente, no caso, falta de monitores, de respiradores, cadeiras de rodas e sucateamento dos disponíveis. Ainda, a falta de roupas de cama é constante, não por falta das mesmas, mas pelos altos custos da manutenção das máquinas de lavar.

T3: às vezes não tem nenhum lençol, o paciente pega e tira os lençóis por conta e depois que ir para a cama e não tem nenhum lençol...

Nestes casos, o trabalhador empreende-se a uma verdadeira caça a lençóis em outras unidades, para conseguir arrumar a cama e poder acomodar novamente o paciente. Outros autores também apontam um desgaste originado às precárias condições de trabalho, como Matos (2002) e Gelbcke (2002).

Além da sobrecarga e das condições de trabalho, as relações de trabalho

também podem contribuir na potencialização das cargas de trabalho, principalmente das cargas psíquicas. A pressão das chefias em manter o ambiente sempre impecável foi vista como contribuinte para o acidente deste trabalhador:

T6: Distração e o estresse da chefia, querer sempre em ordem, organizado.

Embora muitas vezes os trabalhadores não consigam relacionar os acidentes às cargas de trabalho presentes no seu dia-a-dia, é evidente para estes a existência dessas cargas, cujos exemplos estão contemplados na descrição de seu processo de trabalho.

As cargas podem ser divididas didaticamente em tipos específicos que compreenderiam os riscos particulares, mas vão muito além da soma destes “pois só adquirem pleno significado a partir da dinâmica global do processo de trabalho” (LAURELL e NORIEGA, 1989, p 110). Conforme estes autores, as cargas de trabalho podem ser agrupadas como físicas, químicas, biológicas e mecânicas, as quais têm uma materialidade externa ao corpo do trabalhador, podendo com ele interatuar e tornar-se uma nova materialidade; e fisiológicas e psíquicas, com a diferença que essas não possuem materialidade externa ao corpo do trabalhador, adquirindo-a apenas neste, quando se expressam em transformações em processos internos (LAURELL e NORIEGA, 1989).

Facchini (1994) trata como cargas biológicas a exposição do trabalhador a qualquer tipo de organismo animal ou vegetal que possa causar danos à sua saúde, destacando-se: bactérias, fungos, parasitas, fibras vegetais. Esta exposição decorre principalmente do objeto de trabalho e das condições de higiene ambiental em que este se desenvolve. As falas abaixo exemplificam a exposição a essas cargas:

T3: Fora o acidente que a gente teve, a gente pode ter acidente indiretamente causado por outros profissionais, por médicos, por residentes... Nós temos um paciente que ontem nós descobrimos que ele estava em isolamento de contato, e já faz mais de uma semana que ele está lá... É uma bactéria super fácil de se contagiar com ela.

T1: O pronto socorro é casa da mãe joana, chega de tudo lá. O paciente chega e fica dois, três dias lá com gente e então chega a residente da infectologia e diz, “ah, ele é TBC (tuberculose), isolamento respiratório”. “Que legal”, eu disse para ela, “já fazem três dias que ele está comigo e agora que você me diz... se tinha que pegar, agora eu já peguei, não preciso de máscara”. Ela disse: “Mas temos que nos proteger”, mas há de três a quatro dias o paciente já está lá com a gente... Só depois que entra isolamento... Às vezes o paciente tem AIDS, passa uma semana lá embaixo e depois que a gente fica sabendo...⁶

T3: (Estamos expostos) ao contágio de alguma doença que o paciente possa ter...

T1: Um paciente em isolamento respiratório, se você tu não usa máscaras, não utiliza precauções, você está exposto... Vai punccionar não está com a luva, ou até como aconteceu comigo, o paciente voou com a perna para cima de mim, foi aí que eu me piquei, está exposto também...

Facchini (1994, p 181) apresenta as cargas físicas como derivadas “das exigências técnicas para a transformação do objeto de trabalho e caracterizam um ambiente de trabalho que interage cotidianamente com o trabalhador”. Exemplos destas cargas no ambiente hospitalar são as vibrações, as radiações ionizantes,

⁶ Aqui fica evidente a questão já discutida na categoria Significados dos acidentes de trabalho, onde os trabalhadores assumem posturas diferentes na assistência quando há um conhecimento prévio da condição sorológica do paciente.

umidade, temperatura, ventilação e iluminação artificial, como evidenciado nas falas abaixo:

T2: Eles regulam o ar duas vezes por ano, ou para muito quente ou para muito frio, ou para o inverno, ou para o verão... Se estiver um dia de calor e estiver regulado para o verão, fica um forno, e não tem como ajustar... Essa semana, um calor, um calor, a gente ligou para a manutenção: “Por favor, arrumem esse ar...”. Arrumaram, e aí o que aconteceu? Todo o terceiro andar esfriou, os bebês lá na UTI neonatal... Daí liga o ar de novo...

T5: Quando os bebês estão fazendo fototerapia...

T1: Quando abre a porta (do pronto socorro) e a gente tem que buscar pacientes lá fora...

T5: E o raio X, quando o bebê tem que fazer o raio X a gente tem que ficar segurando...

As cargas químicas derivam normalmente do objeto de trabalho e dos meios auxiliares para a sua transformação, e a exemplo das cargas físicas caracterizam o ambiente de trabalho e a interação no cotidiano do trabalhador. São exemplos destas pós/poeiras, fumaças, gases, vapores, pastas ou líquidos (FACCHINI, 1994). As falas que seguem exemplificam:

T3: Esses dias eu derramei uma ampola de antibiótico na mão, ficou aquele cheiro, chegou a queimar a mão...

T1: Eu derramei (antibiótico) na roupa, ficou um cheiro

horrível...

T2: O sabão é muito químico, ressaca a mão...

As cargas mecânicas derivam principalmente das tecnologias envolvidas na transformação do objeto de trabalho, seja na operação ou manutenção, ou em objetos soltos no ambiente de trabalho, ao próprio objeto de trabalho (FACCHINI, 1994). No ambiente hospitalar destacam-se também os instrumentos de trabalho pérfuro-cortantes como ameaça à integridade física do trabalhador. São exemplos de exposições às cargas mecânicas:

T3: pegar o pé no elevador também (no transporte do paciente entre os andares da instituição, antes de ser instalado sensores nos elevadores, era muito freqüente acontecer acidentes tipo prensamento de partes do corpo).

T4: Ou quando fazem uma retirada (de pontos) e não te avisam que a lâmina está perto...

Conforme Laurell e Noriega (1989), as cargas fisiológicas e psíquicas só alcançam materialidade através de sua expressão no corpo humano. Assim, “um esforço físico pesado ou uma posição incômoda não podem existir senão através do corpo, da mesma forma como a alternância de turnos é impensável à margem de homens de carne e osso submetidos a esse regime de trabalho” (LAURELL e NORIEGA, 1989, p 111).

As cargas fisiológicas derivam da maneira de se realizar o trabalho, e são constituídas por elementos como esforço físico e visual, movimentos e posições assumidas na realização das tarefas, espaço de trabalho disponível, ritmo e duração da

jornada de trabalho, bem como turnos noturnos e rotativos (FACCHINI, 1994). Laurell e Noriega (1989) apontam que a materialidade das cargas fisiológicas consiste em processos corporais modificados, como no exemplo que trabalhos em turnos rotativos rompem o ciclo circadiano. As falas que seguem evidenciam situações onde há uma grande exposição às cargas fisiológicas:

T3: Para mim, é a cama, cadeira, tudo quebrado, caindo aos pedaços, tem que fazer mais força... Nós tínhamos uma cama que para levar o paciente, uma (pessoa) tinha que ir nos pés (da cama) empurrando e outra empurrava para o lado para ela ir em linha reta. E era uma paciente deste tamanho (afirmando com gestos que o paciente era obeso), precisava ir umas três vezes para o bloco, e para o raio X, e todos os dias, sabe?

T2: Quanto pesa um torpedo de oxigênio? Acho que uns 15 quilos... (ao fazer o transporte de um paciente em uso de oxigenoterapia, o trabalhador tem que se deslocar até o local de guarda do torpedo e ir carregando esse até o leito do paciente).

T1: Retirar paciente de dentro do carro, no banco de trás sem quatro portas (no pronto-socorro do hospital, chegam muitos pacientes inconscientes transportados por populares, necessitando os trabalhadores removerem os mesmos de dentro de automóveis)...

T3: E aqueles parados (em parada cardíaco-respiratória) no banheiro, sentados no vaso (situação onde os trabalhadores têm que retirar os pacientes de dentro do banheiro, levar para a cama antes de iniciar as manobras de reanimação cardíaco-respiratória).

T4: Que nem aquela vez do banheiro, para ir para a cadeira estava tudo bem... aí para voltar para cama, ela era enorme, para colocar ela de volta na cadeira, em quatro eram pouco, ela

afrouxou o corpo e se ajoelhou (contando uma situação de um paciente obeso sendo deslocado até o banheiro com cadeira de rodas, e depois de volta ao leito)...

T3: Situações como essa (exemplo da fala anterior) acabam com a coluna...

As cargas psíquicas são constituídas pelas fontes de estresse presentes no processo de trabalho. Estas cargas se relacionam com todos os elementos deste e com as demais cargas de trabalho. Após a organização científica do trabalho, com a fragmentação das tarefas e os tempos e ritmos ocupacionais pré-determinados, o trabalhador fica excluído de uma participação consciente do processo, gerando assim uma fadiga psíquica dificilmente recuperável (FACCHINI, 1994). Laurell e Noriega (1989) subdividem as cargas psíquicas em dois grupos, sendo que o primeiro engloba as situações onde há sobrecarga psíquica, ou seja, situações de tensão prolongada, e o segundo, envolvendo a subcarga psíquica, situações onde há impossibilidade de desenvolver e fazer uso da capacidade psíquica.

Na área da saúde existem inúmeros estudos envolvendo o sofrimento no trabalho, como por exemplo, Gonzales (2001), Pitta (1999), Seatone e Gonçalves (2002). Estes estudos apontam como maiores causadores de sofrimento referidos pelos trabalhadores o excesso de atividades e responsabilidades, as relações interpessoais tumultuosas, tanto entre colegas quanto entre familiares dos pacientes, as dificuldades com outros setores da instituição e as intercorrências com os pacientes. As falas dos trabalhadores participantes ilustram essas situações:

T1: Ai eu fico muito brava, porque eu sempre passo (o plantão com o estoque) completo e sempre recebo faltando... que saco! Eu me estresso...

T2: Todo mundo cuida os lixos, daí vem um e coloca um lixo que não é para estar aí, você está no box (leito de UTI), você é o responsável por aquilo ali...

T1: Não, eu não desenhei aqui o estresse (se referindo a primeira oficina, onde houve a representação do processo de trabalho através de desenho) senão eu tinha que desenhar todos os meus colegas que são um estresse... eu desenhei aqui um familiar...

T1: Alguns colegas adoram implicar com outro...

T1: (A enfermagem) não é uma continuidade porque nem todos são responsáveis, é uma minoria que é comprometida. Por isso é que não funciona...

T3: Não tem estresse maior que passar plantão...

T2: Eu acho que a rotina diária toda ela é estressante, toda... Mas não tem pior para mim que a passagem de plantão...

T3: Nós se não está (tudo) em ordem (para a passagem de plantão), vira guerra...

T2: Digitar e buscar uma medicação também é um estresse, essa farmácia é um estresse...

T4: Quando tem uma parada (cárdio-respiratória em um paciente da unidade)...

As relações entre as diferentes categorias profissionais da área de saúde também geram cargas psíquicas. Por ser a instituição um hospital escola, se recebe anualmente cerca de sessenta alunos do último ano de Medicina para cumprirem estágio de turno integral nas unidades. Além disso, o hospital oferece residência em Medicina nas áreas de Clínica Médica (sete vagas/ano), Pediatria (cinco vagas/ano), Gineco-Obstetrícia (quatro vagas/ano), Cirurgia Geral (quatro vagas/ano), Medicina da Família e Comunidade (quatro vagas/ano), Infectologia (uma vaga/ano) e Pneumologia (uma vaga/ano). Isso resulta em mais 26 profissionais que normalmente não conhecem as rotinas do serviço. Ainda ocorrem estágios ocasionais de Medicina, Enfermagem, Psicologia e Fisioterapia.

T3: Os residentes... Eles deixam tudo uma bagunça, eles já chegam tirando os pontos, eles não querem saber como é rotina, como funciona o setor...

T3: Às vezes você termina de fechar (o curativo), daí vem um (residente) e, abre tudo de novo... Daí você vai lá, briga com eles, um monte de coisas, dá confusão às vezes... Agora eles estão cuidando um pouquinho a mais, daí quando vem turma nova, começa tudo de novo...

T1: Lá em baixo (no pronto socorro) tem o mau hábito de chegar o paciente, o residente avalia... Daí eu digito, subo na farmácia, pego tudo, quando eu acabei de chegar, vem um outro, anula toda a prescrição do primeiro e tenho vontade de matar eles...

T4: Puxa vida, às vezes você já digitou e eles (residentes): ah, essa prescrição está alterada, não é mais isso...

T1: Eles (os residentes) acham que a gente é funcionária só deles...

T1: Você acha que terminou, daí vem o médico... troca toda prescrição...

De acordo com Robazzi e Marziale (1999, p 334)

a Enfermagem ainda encontra-se cerceada, sem soberania, submissa ao seu empregador que, em geral, espera que ela cumpra apenas as ordens médicas, sem grandes questionamentos. Como a fala resignada que tudo acaba sobrando para a Enfermagem, seus profissionais suportam ordens agressivas, descaso de outros profissionais, opressão de seu empregador, entre outros problemas.

Beck, Gonzales e Leopardi (2002) discorrem sobre o “estado de alerta” dos trabalhadores de unidades críticas, afirmando que estes trabalhadores não conseguem relaxar totalmente, ou seja, não conseguem “desligar” do trabalho, não conseguem relaxar e descansar quando estão em suas casas. Os autores afirmam que este estado está presente também em outras unidades hospitalares, mas em menor grau. Nas falas abaixo, percebe-se que, mesmo fora do ambiente de trabalho, os trabalhadores continuam preocupando-se e pensando nas tarefas realizadas durante a jornada.

T2: A gente pensa (quando sai do hospital): ficou alguma coisa (pendente no trabalho)...

T3: Acordar de noite e lembrar (que não tinha passado alguma informação para os colegas ou que não tinha feito alguma tarefa).

As condições de trabalho, a infra-estrutura, as relações de trabalho são aspectos da instituição que geram desgaste no trabalhador, bem como interferem na ocorrência dos acidentes de trabalho, sendo identificadas pelos trabalhadores. Estes aspectos são importantes, no contexto do estudo e das reflexões acerca dos acidentes de trabalho.

5.2.3 O acaso/ fatalidade

Essa subcategoria comporta as situações onde o trabalhador não percebe um motivo para a ocorrência do acidente, alegando esse acontecimento ser obra do acaso, designando-o como fatalidade ou mesmo referindo as situações onde a culpa do acidente é atribuída a outrem, particularmente aos colegas e ao paciente.

Nhamba (2004) aponta que quase 40% dos trabalhadores não atribuem alguma causa ou motivo para o acidente de trabalho. Os trabalhadores referem que estavam realizando suas tarefas e algo inesperado acontece, causando o acidente, como aparece nas falas que se seguem:

T14: Não (atribuo motivo ao acidente)... A princípio não... Porque na verdade é até estranho... Porque o abocath estava lá em cima, na pia, e a gente segurando o bebê onde a gente troca a fralda, né? Realmente eu não tava esperando que o bebê mexesse a perna daquele jeito...

T8: Não (atribuo motivo ao acidente), foi o paciente se movimentar. Nem eu nem ele tivemos culpa porque ela não sabia que ia me picar...

Não houve nenhum momento em que os trabalhadores participantes referissem que o acidente era algo inerente ao trabalho embora a literatura aponte essa tendência, principalmente entre trabalhadores com nível baixo de instrução (NHAMBA, 2004; MARZIALE e RODRIGUES, 2002). Enquanto que os enfermeiros apontam como motivo de acidentes a sobrecarga de trabalho, a negligência da classe médica, os atendentes de enfermagem os relacionam a fatalidade (MARZIALE e RODRIGUES, 2002).

Robazzi e Marziale (1999) afirmam que até pouco tempo atrás, a equipe de enfermagem não manifestava seus problemas de saúde, talvez por entendê-los como inerentes à profissão ou resultantes de alguma ação que não deveriam ter cometido e que comprometeria sua competência profissional.

Acidentes de trabalho e enfermidades vinculadas ao mesmo provavelmente foram entendidos por elas (pessoas – trabalhadores de enfermagem), no decorrer dos anos, como situações que ocorreram em decorrência de culpas particulares, incompetência pessoal e não devido a insalubridade e aos riscos oriundos do seu trabalho (MARZIALE e RODRIGUES, 1999, p 335)

Cohn et al (1985, p 34) apontam esse discurso como típico dos empregadores, que afirmam ser o acidente uma fatalidade e algo inerente ao trabalho humano, ou seja, “desde que o homem trabalhe, ele está sujeito a acidentarse”.

Quando se discute a motivação do acidente em torno da destinação, é oportuno retomar a ilustração sobre o azar citada na categoria anterior, onde o processo de trabalho é comparado a uma mesa de jogo. Azambuja (1999) reforça que perder significa muito além de encerrar uma jogada e partir para outra, pois está se tratando de acidentes com risco de contaminação do profissional com doenças potencialmente letais.

Em algumas falas, os trabalhadores apontaram a causa do acidente como falta de colaboração do paciente durante a realização de algum procedimento.

T4: (culpa foi) Minha e da paciente, que estava bem inquieta...

T15: A causa na verdade foi a imprudência da paciente. Eu confiei na paciente, que ela tava orientada... E a paciente levantou antes do horário e bateu... Ela me bateu... E eu não esperava que ela fosse levantar.

T10: Acho que realmente não foi porque eu fiz alguma coisa errada no meu modo de trabalhar, que eu me piquei com a agulha mas porque estava agitado, o paciente estava agitado e ele não parou quieto na hora em que eu coloquei a agulha nele, puxou a mão e eu acabei me fincando a agulha. Se eu estivesse sem luvas, vamos supor, aí tudo bem, ou tivesse ido recapar a agulha, que tem muita gente que faz isso, mas não foi nada disso...

Embora se tenha muitas ocasiões onde os pacientes estão confusos e realmente mostram-se agitados, na prática diária da enfermagem é comum os trabalhadores aproximarem-se dos pacientes, e iniciarem os procedimentos com um mínimo de comunicação, sem explicar o que e como vai ser feito, e quais as possíveis reações. Um exemplo disso é avisar o paciente que será puncionada uma veia, sem explicar que há uma picada de agulha, que se espera a colaboração permanecendo com o braço parado, que após os procedimentos ele ficará recebendo soroterapia.

Ainda que normalmente se possa contar com a colaboração dos pacientes que estão lúcidos e orientados acerca do procedimento a ser realizado, pode ocorrer uma reação inesperada destes, ocasionando uma situação de risco para o trabalhador.

T15: Eu me senti bastante injustiçada porque eu fui muito coerente com a paciente, eu orientei a paciente, e eu até não autorizei que a funcionária administrasse porque eu queria

oferecer mais qualidade e mais proteção pra mim e pra paciente... E a paciente foi bastante injusta... Ela levantou com muita rapidez, sabendo que tinha mais uma (injeção).

Na fala abaixo, além de responsabilizar o paciente pelo acidente, o trabalhador questiona a existência de uma intencionalidade no ato, uma vez que este paciente era soropositivo.

T1: Porque tem uns que fazem de propósito, você vai puncionar eles ficam se mexendo porque eles tem, porque foram sem-vergonhas, penso bem isso, aprontaram uma vida inteira, então vem aqui e vem infernizar, é bem esta a palavra e é bem isso que eu penso, então paciência nenhuma.

T1: nem vou falar (quem é o culpado), se eu queria que o paciente morresse, então...

Atualmente, dentro das instituições de saúde, o contato com pacientes portadores do vírus HIV é rotineiro, devido a pandemia mundial da doença. A instituição que serviu como palco desta pesquisa é referência na área de infectologia, de modo que todas as internações pelo SUS que ocorrem na cidade são nesta instituição. Uma vez instituídas as Precauções Padrão, que pregam a utilização de medidas de proteção universais – ou seja, a todos os sujeitos – não existe qualquer tipo de tratamento diferenciado aos portadores do vírus, como existia no início da epidemia, onde publicações recomendavam até coleta de sangue de forma diferenciada (SOUZA, 1987). Desta forma, o tipo de pensamento representado pelo trabalhador indica preconceito causado pelo conhecimento prévio da sorologia do paciente ou até mesmo como uma repercussão do acidente.

5.2.4 A culpa do outro

Como os acidentes não são fatos isolados desencadeados por fatores únicos, percebe-se em uma mesma fala os dois aspectos discutidos nesta categoria: a existência da fatalidade, onde o trabalhador fala que o paciente *acabou se mexendo* e logo ele *acabou se picando* e a culpa é do outro, pois mesmo aparecendo um traço de infortúnio, foi o ato do paciente que desencadeou o acidente.

T1: E não me piquei só esta vez, me piquei agora, há uns dois meses com um paciente lá, eu fui fazer a medicação, ele acabou se mexendo e eu acabei me picando.

O trabalho de enfermagem é um trabalho desenvolvido em equipe, onde o enfermeiro gerencia o cuidado, que é executado por ele mesmo e pelos técnicos e auxiliares de enfermagem. Este trabalho se dá em um mesmo ambiente, e diante disso é sabido que cada um tem a responsabilidade com a biossegurança do ambiente em prol do colega. Assim, no caso especial do manejo de material pérfuro-cortante, a responsabilidade de descarte adequado é do trabalhador que fez uso deste. Esse descarte é realizado com base no conhecimento – local correto, não reencepe, não manipulação desnecessária – e na consciência do trabalhador – respeito pelo ambiente mútuo. As falas abaixo ilustram acidentes que ocorreram pela má disposição de material pérfuro-cortante.

T9: (o acidente acontece) Por um descuido do colega, como no meu caso foi deixado uma agulha em cima (da maca da tomografia). Os colegas não prestam muita atenção e você acaba se acidentando...

T9: Foi descuido de um colega, pode ser que tenha sido só usada esta agulha para o contraste, a gente costuma tirar, né? Usa só a seringa... Essa agulha provavelmente que eu encontrei lá não foi ocupada com paciente nenhum, de repente, ocuparam, se descuidaram e ela caiu ali no meio e foi pra baixo do colchão... Acho que foi um descuido do colega.

T6: a colega colocou material dentro da pia, sabendo que tinha outras colegas, podia acontecer de alguém pegar como aconteceu, só que ela não se tocou que não tinha só ela no setor, haviam outras colegas.

T6: Acho que não, mas se a colega tivesse tirado e já tivesse desprezado não teria acontecido. Acho que daquela vez... Acho que tava um pouquinho agitado.

Além do descarte correto, durante a realização dos procedimentos, o seguimento das regras de Precauções Padrão nem sempre é possível, uma vez que as caixas rígidas estão fora do alcance no caso de punções ou administração de medicamentos, e nem sempre existem bandejas auxiliares disponíveis, e a técnica de punção com cateter flexível com guia (abbocath) não permite que se saia para descartar o mandril e volte para terminar o procedimento, como já citado anteriormente. Laurell e Noriega (1989) afirmavam que o seguimento restrito das normas pode tornar a execução do trabalho inviável. Procurando realizar este tipo de atividade considerada mais complexa, de forma mais rápida e até mais segura, muitas vezes os acessos venosos são puncionados em duplas, onde um trabalhador punciona a veia e o outro conecta o dispositivo desejado e auxilia na fixação. Como é necessário rapidez e destreza para a retirada do mandril, pode haver um acidente nesta situação, como evidencia a fala abaixo:

T13: Um descuido mesmo, meu e da chefe... Porque ela sabia que eu tava com um pérfuro-cortante na mão e ela fez um movimento brusco no braço do paciente que e eu acabei me picando.

Diante dessa discussão, de quem é a real “culpa” do acidente de trabalho? Do trabalhador que não usou proteção? Da instituição que não proveu recursos humanos suficientes? Sem dúvida, o acidente representa as condições de trabalho da coletividade, e é pela voz dos próprios trabalhadores que se têm as respostas.

Embora resultante da interrelação de vários fatores, o acidente de trabalho ainda é visto pelos trabalhadores como um acontecimento isolado, porém com articulação com as condições, o ambiente e as relações de trabalhos. A multiplicidade de faces do acidente também fica patente na próxima categoria, onde se discorre sobre as repercussões deste acidente para a vida do trabalhador.

5.3 Repercussões do acidente de trabalho na vida do trabalhador

Essa categoria apresenta os reflexos de um acidente de trabalho com pérfuro-cortantes na vida do trabalhador de enfermagem. Embora as repercussões de uma situação tão complexa acabem se entrelaçando e se (con)fundindo, mesmo apresentado os dados de forma fragmentada, reafirmo entender o trabalhador como um ser humano multifacetado, único e indivisível. Para fins didáticos, a categoria foi dividida em subcategorias: Dimensão biológica, Dimensão psíquica e Dimensão social. Assim, os dados apresentados não representam a fragmentação do trabalhador.

5.3.1 Dimensão biológica

Esta subcategoria engloba todo o tipo de repercussões corporais/físicas do acidente, desde as próprias lesões causadas pela perfuração e/ou corte, as reações adversas da utilização de antiretrovirais e somatização das emoções.

Diante do risco de contaminação por doenças infecciosas, a lesão mecânica causada pelo objeto pérfuro-cortante recebe uma atenção menor por parte do trabalhador. Em apenas um momento um dos trabalhadores manifestou sobre a natureza da lesão causada por um guia de abocath:

T7: quando eu tirei a luva, estava sangrando bastante, porque foi profundo, não foi só escoriação.

Embora a literatura consultada não faça referência sobre as lesões mecânicas causadas durante os acidentes de trabalho, chama-se a atenção nesse momento para a “abertura de uma porta de entrada”, já que o acidente com pérfuro-cortante não carrega em si apenas a chance de contaminação do trabalhador, mas também promove uma solução de continuidade na pele, o que pode propiciar outras exposições a material biológico.

Quando se pensa em acidente com exposição a material biológico, há uma ligação imediata com a possibilidade de contaminação. Em se tratando de um acidente com pérfuro-cortante, que representa a grande maioria dessas exposições, essa perspectiva é ainda mais preocupante, pois as taxas de contaminação dos profissionais são maiores, sendo responsáveis por 80 a 90% das transmissões de doenças infecciosas entre os trabalhadores da saúde. Os riscos de transmissão de infecção por meio de uma agulha contaminada são de um em três para hepatite B, um em trinta para hepatite C e um em trezentos para HIV (MARZIALE et al., 2004).

Para prevenir a aquisição da hepatite B existe uma vacina disponível na rede SUS, a qual é recomendada a todos os profissionais da saúde. No caso de um trabalhador não vacinado, existe a alternativa da administração de Gamaglobulina Hiperimune, cuja taxa de eficácia é maior no uso precoce (até 48 horas após o acidente). Em relação à hepatite C, não há nenhuma imunoprofilaxia que tenha se mostrado efetiva até o momento, não existindo qualquer medida específica para a redução da exposição ao vírus HCV. Já em relação ao HIV, após uma criteriosa análise das condições presentes no acidente, pode-se indicar um esquema de quimioprofilaxia com antiretrovirais (MARZIALE et al, 2004).

Dentre os trabalhadores envolvidos nesta pesquisa, apenas um (T1) necessitou do uso de medicamentos antiretrovirais. Este tipo de medicação é indicado pelo médico que realiza o atendimento ao trabalhador, após obter o resultado do teste rápido para HIV do paciente, o que demora cerca de 30 minutos. A orientação do SESMT é que o trabalhador que necessite deste tipo de tratamento receba a primeira dose da medicação antes que se completem duas horas do acidente. Quanto à atenção psicológica, até o presente momento não foram encaminhados trabalhadores para este tipo de atendimento, embora se perceba a necessidade deste tipo de acompanhamento.

Brandão Júnior (2000) afirma que os efeitos colaterais são freqüentes, mas em geral leves e transitórios, sendo os mais graves suprimidos pela suspensão da medicação. Pode ser realizada uma adequação do esquema e administrados medicamentos sintomáticos para alívio dos sintomas.

Já Sailer (2004) afirma que os efeitos colaterais podem ser intensos a ponto de constituírem um motivo para o abandono do tratamento. A autora cita como efeitos colaterais mais comuns náuseas, vômitos, dor abdominal, má digestão, tontura, pancreatite, formigamentos, fraqueza, ansiedade, insônia, icterícia, vermelhidão na pele, anemia. A fala abaixo mostra os efeitos colaterais vividos pelo trabalhador:

T1: Eu comecei a tomar aquelas medicações horrorosas lá, que

dá tudo que é reação, passava mal, aqui trabalhando de manhã, vomitava, fingiam que nem viam, eu não ia pedir para ir embora, segui fazendo o tratamento, tomando...

Normalmente não há liberação desse funcionário de suas atividades habituais. Nesse caso, o trabalhador seguiu suas atividades normais, sem terem sido oferecidas quaisquer alternativas para este. Uma possibilidade seria oferecer a possibilidade de transferência temporária para um setor com atividades diferentes daquelas causadoras do acidente, como por exemplo, farmácia ou centro de materiais. Esta seria uma forma de minimizar, principalmente, o desgaste psíquico do trabalhador, pois mais que a forma de contaminação esteja vinculada à dimensão biológica, é no psíquico que muito se manifesta, referendando o colocado anteriormente, qual seja, a interrelação das dimensões, já que o trabalhador é um todo.

Conforme Sailer, a decisão de recomendar a quimioprofilaxia baseia-se no tipo da exposição, na sua gravidade, no volume de material biológico, na profundidade e no paciente-fonte. Na instituição pesquisada, as medicações usualmente indicadas são a zidovudina (AZT) e a lamivudina (3TC), durante o período de 28 dias. Brandão Júnior (2000) afirma que a associação de duas ou mais drogas é muito mais eficiente contra o HIV, tornando o vírus praticamente indetectável no sangue.

A indicação de tratamento pode acentuar a percepção de gravidade do acidente para os trabalhadores, pois existe uma associação direta com a contaminação com o vírus da AIDS. A aceitação da quimioprofilaxia depende de vários fatores, entre eles o significado do acidente e a representação deste na vida do trabalhador (BRANDÃO JÚNIOR, 2000).

Além da dimensão biológica aqui discutida, há que se atentar para a intensificação dos efeitos colaterais da quimioprofilaxia por reações psicossomáticas decorrentes das repercussões psíquicas dos acidentes (SAILER, 2004; BRANDÃO JÚNIOR, 2000).

5.3.2 Dimensão psíquica

Esta subcategoria abarca os sentimentos gerados no pós acidente, as reações imediatas e o sofrimento psíquico gerado pelo medo da contaminação. Adicionada à dimensão biológica do acidente, a dimensão psíquica retrata que esta vivência pode acarretar severos problemas emocionais aos trabalhadores devido à possibilidade de contaminação por vírus causadores de patologias letais e envoltas em preconceitos, como a AIDS (MARZIALE, 2003).

Brandão Júnior (2000) afirma que os trabalhadores apresentam um sofrimento psíquico intenso logo após o acidente e durante o tratamento pelo medo de estarem contaminados, principalmente com o vírus HIV. Esse fato foi confirmado pelas falas dos trabalhadores, que afirmavam que havia um grande desconforto logo após o acidente, momento onde se sentiam com muito medo e descontrole emocional.

T16: Muito assustada, o primeiro momento foi muito, muito ruim.

T6: Ah, eu fiquei com medo, porque a primeira coisa que vem a cabeça é pegar uma doença transmissível.

T7: Porque te passa uma série de coisas pela cabeça naquele momento... (que coisas?) vou adquirir uma doença, e daí você olha para o paciente, o perfil dele também... Tudo isso assim, na hora que aconteceu eu consegui me manter tranqüila, porque eu achei que não tinha perfurado, mas quando eu vi... Passou (pelo pensamento o medo) de doenças, principalmente SIDA... A gente sabe que têm outras que são até mais fáceis de pegar, mas a primeira (que se pensa) é SIDA.

T5: Daí (depois do acidente,) eu chorava, só chorava.

T1: Chorava desesperada, chorava que parecia criança.

Normalmente os trabalhadores associam o acidente com a possibilidade de contaminação pelo vírus da AIDS, por acreditarem que esta é mais perigosa que as hepatites, pois não tem cura e a medicação só faz adiar o momento da morte (BRANDÃO JÚNIOR, 2000).

Estudos mostram que o conhecimento da condição sorológica do paciente pode influenciar na decisão da notificação (MARZIALE, 2003), embora fique claro que este conhecimento pode aumentar o desgaste do trabalhador com o acidente, como explicitado abaixo:

T15: (me senti) Péssima... A reação foi, assim, muito ruim... A experiência, acho que é a pior experiência que eu já tive, porque eu sabia que a paciente era hepatite, não tinha confirmado se ela era HIV. Era uma paciente bem relapsa, que não tinha pré-natal... Então tinha tudo pra ter um quadro bem mais complexo.

Quando se trata das precauções padrão, o caráter de universalidade é dado a partir da premissa que qualquer pessoa pode estar contaminada. Nas falas dos trabalhadores percebe-se que essa possibilidade é conhecida pelos profissionais, que não conhecendo o perfil sorológico do paciente-fonte, demonstraram ansiedade e medo no momento do acidente.

T12: Você fica assim: será que ele tem alguma coisa? Dá um

medinho, né? Você fica se perguntando, será que ele tem alguma coisa?

T10: Eu me senti bem nervosa, uma porque eu não conhecia outras coisas que o paciente tivesse, eu não tive nem tempo de pegar o prontuário para ficar lendo para saber mais detalhes sobre ele, né?

T8: (fiquei) Assustada, sem saber... O paciente estava chegando, o que poderia ter... A gente se assusta... Te deixa bastante apavorada.

O mesmo acontece quando existe um acidente e o paciente-fonte não é identificado. Nesses casos, principalmente nos setores onde o fluxo de pacientes é bastante alto, o trabalhador fica com uma dúvida ainda maior, já que não poderá ter o amparo do resultado da sorologia quanto à possibilidade de contaminação.

T9: Na hora assim a gente fica desesperado porque você não sabe do paciente, quem foi o último a ser atendido, aqui é um entra e sai... Ah, eu me senti mal, assim, até não vir o resultado dos exames você fica preocupado.

T2: Daí na hora eu comecei a pensar: será que esta agulha foi usada nesta paciente, ou será que este lençol já estava na maca, no lençol do transporte? De quem é essa agulha?(relatando um acidente que aconteceu ao transferir um paciente de uma maca de um serviço de emergência para um leito de UTI, quando havia uma agulha presa no lençol da maca). Daí fizeram os exames, a paciente não tinha nada, mas eu fiquei pensando comigo: “Será que essa agulha era dela?” O pessoal do SAMU (Serviço de Atendimento Médico de Urgências) não sabia de quem era a agulha, não sabiam me explicar como que aquela agulha estava ali, me pediram desculpas...

Os acidentes que acontecem com pacientes-fonte “suspeitos”, mas com sorologia desconhecida também geram grande sofrimento. Conforme Brandão Júnior (p. 103) os trabalhadores da saúde têm concepções acerca da AIDS muito semelhantes às da sociedade em geral, discriminando os portadores ao associar a doença com as drogas, a promiscuidade e o homossexualismo – “a grande peste e as sujeiras do mundo”. Assim, ao sofrer o acidente, os trabalhadores vivenciam todas essas discriminações existentes em si próprios, aumentando o desgaste psíquico.

T13: Eu fiquei com medo, porque como o paciente já tinha uma história de... Ele era institucionalizado em uma clínica de saúde mental... E ele tinha umas histórias “bruxescas”... A gente não tinha o diagnóstico dele ainda... Eu fiquei com medo que ele tivesse hepatite B, C, HIV...

T7: (fiquei) Em pânico. Porque eu vi que o paciente tinha umas tatuagens, daquelas que são as pessoas mesmo que fazem, e aquilo me preocupou muito na hora, corri, lavei as mãos, passei álcool...

T7: Até o que mais me preocupou, na situação, você começa a olhar com olhar mais crítico... O que realmente me preocupou foram as tatuagens do paciente, que eu vi que foi ele que fez... É uma coisa meio de preconceito da gente também, já associar com uma coisa... Mas foi o que mais me assustou no momento, que me preocupou...

Conforme Peres, Mercante e Nasselo (2005, p 133), a caracterização de um evento como traumático depende do estímulo estressor e da tendência do processamento perceptual do indivíduo, ocorrendo um trauma quando “um fluxo de excitações é excessivo em relação à tolerância do indivíduo e à sua capacidade de

dominar e de elaborar tais excitações”.

Assim, as repercussões psíquicas vão ser determinadas também pela forma como o indivíduo percebe e trata o acidente. Brandão Júnior (2000) refere que em dois casos de trabalhadores acidentados foi necessário um acompanhamento por um longo prazo pelo serviço de psicologia da instituição. Dos trabalhadores participantes desta pesquisa, destaca-se especialmente um caso em que deveria ter acontecido um acompanhamento em longo prazo, mas não foi sequer oferecido este tipo de acompanhamento para o trabalhador. Percebe-se, nas falas abaixo a questão da revolta contra o paciente, revolta com si mesmo pelo acidente e ideação suicida. Este trabalhador não estava com condições de prosseguir seu trabalho na assistência nesse momento, muito embora não tenha sido afastado de suas atividades.

T1: Eu olhei para aquele paciente, eu queria que ele morresse, eu odiei ele, mas eu queria assim, olha, que ele morresse na minha frente, sai chorando, larguei porta de isolamento aberta, sai chorando, chorando, chamei a enfermeira, disse chorando desesperada que eu tinha me picado.

T1: Cada vez que eu ia pegar os exames de sangue eu sempre dizia para a minha mãe, que ela não ia comigo, eu ia de noite, eu saía do outro emprego e às 20h30min da noite e ia lá à outra instituição pegar: “Mãe, presta bem atenção, se eu abrir este envelope lá e ver que deu alguma coisa de positivo eu vou me jogar, eu já sei os meios que tenho para me matar, eu vou me matar, porque eu não admito estar trabalhando na área da saúde, e por causa de um paciente assim, que fez tudo de errado na vida, eu pegar uma doença, que Deus não seria justo comigo se eu pegasse um HIV... E chorava... E realmente, se tivesse dado alguma coisa, eu tinha me matado. Eu sempre digo, antes que pegar alguma coisa de qualquer outra pessoa, eu nunca fiz nada, eu nunca usei nada, eu prefiro morrer, eu conheço bem os meios para me matar...

Nesse momento surge o questionamento: estamos nós, enfermeiros, prontos

para lidar com esse tipo de atitude? Sabemos perceber esse tipo de sentimento no trabalhador que se acidenta? E em relação ao SESMT, estará esse apto para reconhecer essa situação e atuar frente a ela? Será que durante o atendimento desse trabalhador foi dado algum momento para a expressão desses sentimentos? Daí ressalta-se a importância de iniciativas como a realizada nessa pesquisa, propondo momentos para a verbalização e expressão dos sujeitos acidentados.

O sofrimento psíquico aumenta de acordo com as fantasias relacionadas à AIDS, como por exemplo, o sentimento de “ser uma pessoa suja”, vinculada às questões morais e preconceitos ligados à área sexual. Alguns trabalhadores podem sentir-se como verdadeiros portadores de AIDS, sendo estes aspectos ainda de difícil manejo para os profissionais que atendem e acompanham os acidentados (BRANDÃO JÚNIOR, 2000).

As repercussões psíquicas não se encerram com o resultado das sorologias. Conforme Brandão Júnior (2000), os trabalhadores acidentados deveriam realizar um acompanhamento sorológico por seis meses, em caso de paciente-fonte positivo para HIV. Entre estes testes deveria ser incluído um aconselhamento pré e pós teste, o que não acontece na realidade pesquisada. Nos casos de paciente-fonte positivo para hepatites, o trabalhador deve ser encaminhado para um serviço especializado.

Um dos fatores que determinam a gravidade do acidente é a carga viral do paciente-fonte HIV positivo, que se encontra aumentada nos momentos de infecção aguda e em estágios avançados de AIDS (SAILER, 2004). Existem os chamados períodos de janela imunológica, onde o paciente-fonte pode estar contaminado sem apresentar sorologia positiva, e onde, teoricamente, há uma chance maior de transmissão de HIV por existir uma taxa de replicação viral alta (ABC da AIDS, 2006). Ressalta-se, no entanto, que na instituição pesquisada não é rotina oferecer testagens após seis meses do acidente.

Diante dessa situação, os trabalhadores mantêm-se inseguros por longos

períodos, e mesmo depois de conseguirem superar o acidente, ainda guardam algumas dúvidas e inseguranças. Muitos acabam buscando outras formas de realizar seus exames, por meio de planos de saúde. Outros, embora não buscando novos exames, desconfiam da fidedignidade dos resultados, como apontam as falas abaixo:

T1: Porque só eu sei o que eu passei naqueles 9 meses até virem todos os exames, por causa do período de janela. Eu nunca vou, vai fazer dois anos, e agora eles não fazem mais os exames de sangue, eu fui na minha ginecologista mês passado e eu pedi tudo, todos os exames de HIV, porque você fica numa neurose depois... Para controlar porque, é pavoroso... Eu falo e me vem tudo o que eu senti naquele dia, muito medo, muito medo.

T4: Mas mesmo, por mais que venha o resultado, você sempre fica assim, será que... A gente sempre fica na dúvida, acho que uma doença assim pode levar anos...

T5: Daí deu negativo, mas mesmo assim a gente fica um pé atrás.

T4: a gente fica assim tão assustada, sem ter certeza que era aquilo, mesmo fazendo os exames. A gente vê na televisão tantos exames que fazem errado...

T2: A gente pensa que vai aparecer alguma doença. Mesmo agora, passado um tempo a gente pensa em uma AIDS, um hepatite. Fiz os exames, não deu nada, mas sempre que posso pedir exames, peço também o HIV, hepatite,...

T9: Mesmo depois que vieram os exames, você fica (pensando) né? Porque se tem HIV, você sabe como é...

T6: Ah, fiquei porque sempre dizem que não é no primeiro exame que ele pode ser reagente, daí eu tive que fazer mais uma vez, me lembro que deu não reagente, daí eu fiquei mais calma, mas nos primeiros meses até fazer de novo os exames...

Para Brandão Júnior (2000), a não existência de cura para a AIDS e sua associação com morte e comportamentos imorais exacerbam o sentimento de impotência e sofrimento após o acidente. Este é expresso como ansiedade, depressão e medo da morte. Mesmo passado algum tempo após o acidente, os trabalhadores não demonstraram dificuldades para relatar a sucessão de fatos do acidente e a forma como se sentiram, o que mostra o quanto foi significativo o acidente na vida destes trabalhadores. Isso é evidente nas falas que seguem:

T4: Isso (o acidente) é uma coisa que marca.

T5: E agora, assim, passou, mas sempre fica um pouco de medo...

T2: Mas a preocupação é o mais difícil, porque fica, né?

T15: Por mais que a gente acredita que não tivesse HIV, já tinha vindo o resultado de urgência, veio meia hora depois, mas mesmo assim a gente sente um mal-estar muito grande. Eu não consegui dormir... Eu fiquei uns dias assim... Muito preocupada...

Como repercussões psíquicas de longo prazo, para estes trabalhadores o acidente resultou principalmente em medo: de ter adquirido uma doença que não se manifeste agora, que um dia os exames positivem, enfim, de adoecer como os pacientes que são vistos diariamente. Fica presente o questionamento: existem

profissionais preparados dentro das instituições para atender essas demandas dos trabalhadores? Os SESMT organizam-se ainda nos moldes da Medicina do Trabalho, preocupam-se e tratam o corpo dos trabalhadores, enquanto sujeitos fragmentados. É necessária uma nova percepção da realidade dos acidentes dentro das instituições, onde o trabalhador seja visto em todas as suas dimensões, e tratado com dignidade, respeito e interesse.

5.3.3 Dimensão social

Além das dimensões biológica e psíquica, a dimensão social do acidente de trabalho com perfuro-cortantes também apresenta sérias repercussões sociais, e está intimamente ligada às outras duas. Nessa subcategoria se trabalham com espaços sociais: o trabalho, a família e a vida em sociedade.

Uma vez que o acidente ocorre dentro do ambiente de trabalho, este sujeito continuará a desenvolver atividades semelhantes àquela onde ocorreu este acidente. Como já apontado pela literatura, nas falas que seguem percebe-se a existência do medo do trabalhador em acidentar-se novamente, principalmente ao defrontar-se com as mesmas condições que originaram o acidente. (BRANDÃO JÚNIOR, 2000).

T1: Eu tenho medo até hoje de puncionar pacientes com HIV. Eu tenho verdadeiro pavor, eu não tenho paciência, eu tenho medo, eu ainda tenho medo, eu odeio, quando eu sei que é ou quando você olha e desconfia, eu nem chego perto. E não adianta (a chefia) dizer você vai, eu não vou, não vou porque eu ainda tenho medo. Um sentimento horrível...

T1: Foi horrível, até hoje eu odeio, eu detesto trabalhar com paciente HIV, assim, quando eu sei que é eu coloco a luva, eu

procuro não puncionar.

T2: Cada vez que vai chegar um paciente e tem que trocar de cama, eu fico com receio também.

Os sentimentos de invulnerabilidade presentes nos trabalhadores acabam sendo rompidos por ocasião dos acidentes (STEFFENS, 2003). Dejours (1992) explica que existe uma ideologia ocupacional defensiva, existente nas categorias onde os perigos tem peso real. Nesta, os trabalhadores tendem a criar uma fachada onde desprezam os riscos, como se negando a existência destes. O autor relata que ao passar esta fachada, encontra-se de forma muito presente o medo e a ansiedade e, caso estes não fossem neutralizados por um mecanismo de defesa, seria praticamente impossível desempenhar tarefas cotidianas que envolvam perigo: “a consciência aguda do risco de acidente, mesmo sem maiores envolvimento emocional, obrigaria o trabalhador a tomar tantas precauções individuais que ele se tornaria ineficaz do ponto de vista da produtividade” (DEJOURS, 1992, p 70). Brandão Júnior (2000), frente a essas afirmações questiona-se se o coletivo dos trabalhadores da saúde “perdeu” esse sistema defensivo, e neste caso, quais seriam as repercussões futuras para a saúde biopsicossocial destes trabalhadores. A fala que segue aponta o rompimento da invulnerabilidade do trabalhador:

T3: Acho que eu comecei a me conscientizar que pode acontecer comigo, eu não sou imune, né?

Embora alguns trabalhadores manifestassem que o acidente não causou nenhum tipo de mudanças no modo de fazer o trabalho, a maioria referiu maior adesão aos equipamentos de proteção individual (EPI) e mais atenção no momento da realização

de procedimentos. Brandão Júnior (2000) refere que alguns trabalhadores passaram a apresentar uma postura “pró-ativa” no trabalho, cobrando mais da chefia e da instituição os seus direitos, principalmente relativos à biossegurança, como mostram as verbalizações dos trabalhadores:

T11: Mudou (algo com o acidente) sim, eu sou três vezes, quatro vezes mais cuidadosa na hora de retirar a gilete quando terminar a tricotomia.

T14: Mas eu passei a ter mais cuidado, assim... Logo que puncionar a gente (deve) desprezar (o mandril) direto... Porque às vezes a gente não punciona na primeira tentativa... É meio complicado... Você passa a ter mais cuidado.

T13: Agora eu tenho mais cuidados sim, eu procuro fazer a punção sozinha, que outras pessoas não venham me ajudar... Mas naquele dia era a minha chefe, e eu também tava no início do meu trabalho, fazia um ano que eu tava formada, mais ou menos, ou nem isso...

T7: Acho que sim, primeiro sempre usar... Tem que usar luvas, e sempre assim ter cuidado na hora de puncionar, não deixar o mandril em qualquer lugar, ter esse cuidado... Prestar mais atenção nesse momento, parece uma coisa simples, mas assim tem que cuidar, tirar (o mandril) com cuidado e deixar num que lugar onde outra pessoa não veja ela e tenha um acidente... Eu acho que (mudou o comportamento) positivamente pra mim...

T6: Depois que aconteceu (o acidente) você cuida mais, antes de pegar uma coisa que não foi você que colocou, você olha primeiro se tem algum pérfuro-cortante.

T4: Mas quando a gente vai fazer alguma coisa meio parecida

(com a situação do acidente), a gente fica alerta, se alerta mais e fica mais apreensiva, pode acontecer a mesma coisa de novo.

Brandão Júnior (2000) afirma que, ao mesmo tempo em que os trabalhadores aumentam o uso de equipamentos de proteção, alguns trabalhadores ainda usam o diagnóstico dos pacientes para usarem os EPI. Assim, perde-se a principal premissa acerca das precauções padrão, que é o caráter de universalidade, como mostrado na fala abaixo:

T5: Ah, estou tendo bem mais cuidado com as agulhas, fazendo as coisas com mais calma, e usando mais luva, porque eu não usava muita luva. Também continuo não usando para todas as coisas, porque têm alguns pacientes que tem que ter mais cuidado...

Todos esses aspectos mostram o quanto o acidente de trabalho interfere na realidade dos trabalhadores dentro das instituições, gerando desgaste psíquico e alterando o modo de se fazer o trabalho. Embora grande parte dos trabalhadores tenha referido cuidar mais de si, não se pode esperar que o aprendizado venha somente deste tipo de situação, uma vez que esta gera sérias repercussões na vida dos trabalhadores. Há que se investir em educação permanente, unindo as percepções dos trabalhadores com reflexões sobre condutas mais seguras.

Existe uma linha divisória muito tênue entre espaço de trabalho e espaço privado, principalmente quando se fala em acidente de trabalho. Normalmente as famílias sentem-se envolvidas com este tipo de situação (BRANDÃO JÚNIOR, 2000). As repercussões do acidente em relação à família foram também relacionadas principalmente ao medo da contaminação. Embora em alguns momentos os

trabalhadores afirmassem que suas famílias não entendiam o verdadeiro risco de sofrer um acidente com material potencialmente contaminado, alguns trabalhadores trouxeram falas que evidenciam os temores das famílias, como aparece na fala abaixo:

T13: Minha mãe ficou apavorada... Que eu pegue alguma doença infecto-contagiosa...

Em apenas um dos casos houve relato de críticas dos familiares, onde o marido culpa a esposa trabalhadora da saúde por expô-los a riscos.

T5: Daí quando eu saí daqui no domingo eu falei para o meu esposo, eu coloquei aqui nós no carro, o meu filhinho atrás, daí eu falei para ele e ele, assim, me xingou na hora, ficou bravo e disse: “Você vai trazer doença para casa ainda, a gente é todo certinho, e por causa dos outros, vai trazer doença para casa, para nossa família.”

Brandão Júnior (2000) afirma que durante o seguimento sorológico dos acidentes considerados de risco se faz necessário o uso de preservativo entre o casal, o que muitas vezes resulta em uma difícil negociação com o parceiro, que acusa a esposa de infidelidade. Assim, seria válido propor um atendimento que envolvesse também a família desses trabalhadores, a fim de dar conta dessas dúvidas e reações emocionais depois do acidente.

A família se preocupa com a saúde de seus membros expostos no hospital. Assim como o medo se faz presente no cotidiano dos trabalhadores acidentados, seus familiares também devem se sentir temerosos.

T4: Ele sempre pergunta, sempre liga, quando eu chego ele liga para sabe? Trabalhando bastante? Acho que ele liga mais para

saber se aconteceu alguma coisa...

Nos dados coletados, essa preocupação culminou com sugestões e recomendações dos familiares para abandonar a área da saúde, uma vez que os hospitais passaram a ser vistos como uma fonte de doença para os trabalhadores. Isso é percebido no discurso abaixo:

T10: Sim, eu contei para o meu marido que não tinha ido logo para casa, não tinha mais Trans-Ind (transporte dos funcionários do hospital), que eu tinha me picado com uma agulha e achava que não tinha nada de grave. Eles ficaram preocupados, eu contei que não tinha nada... O meu marido já não gosta muito que eu trabalhe nesta profissão, ele acha que é muito perigoso e é mesmo... Toda a profissão tem alguma coisa de perigo...

T1: Eu queria parar de trabalhar, eu falei com a minha mãe, ela disse: “Filha pensa, se é assim, procura outro emprego, porque a tua vida não vale só 500 reais”.

Ainda como repercussão social pode-se citar preconceitos que surgem ou se solidificam após o acidente, no caso do trabalhador culpar o paciente pelo acidente. Brandão Júnior (2000) afirma que o trabalho com pacientes soropositivo é uma área onde predominam reações baseadas em padrões morais e preconceitos, não sendo raros os casos de discriminação e recusa de atendimento a esses pacientes. E uma vez que o trabalhador de saúde faça parte dessa sociedade, é de se esperar um comportamento semelhante aos demais.

T1: Assim, eu trabalho na área, mas estes pacientes eu não tenho paciência, eu tenho medo, não gosto nem de chegar perto, e isso mexe comigo até hoje... E até hoje tem um paciente ali

conosco, eu só corri o olho na passagem de plantão e estava lá “SIDA” e eu procuro assim, olha, quanto mais longe de mim, melhor. Até hoje.

Apesar de estar sendo tratado aqui como uma repercussão social devido ao surgimento de preconceito, na prática diária, muitas vezes nos deparamos com situações onde os profissionais de enfermagem são agredidos verbalmente e, às vezes, fisicamente pelos pacientes. Dentro da instituição pesquisada esses problemas existem principalmente na Unidade de Urgência e Emergência Médica (UUEM), onde não existe nenhum tipo de vigilante, e costumeiramente a unidade é invadida por pacientes alterados por aguardar atendimentos e por familiares.

Um acidente de trabalho tem grandes repercussões em todos às dimensões do indivíduo. Essas ocorrem ao mesmo tempo, formando assim uma amálgama, onde é difícil analisar uma dimensão externamente às demais. O acidente representa um alto custo ao trabalhador, uma vez que a partir dele podem ser originados transtornos que afetam a saúde do indivíduo.

5.4 Redes de Apoio

O trabalhador, ao sofrer um acidente de trabalho, encontra-se fragilizado. Neste momento é importante a presença de pessoas que estejam próximas, cuja função seria ouvir e cuidar dele, até que haja uma superação do acidente.

A literatura mostra uma grande lacuna acerca do atendimento diferenciado para os trabalhadores acidentados. Sailer (2004) afirma que, diante do acidente com perfuro-cortante, o trabalhador busca apoio e não se sente acolhido, talvez por despreparo do sistema em percebê-lo nessa situação de fragilidade. A autora ainda

refere que há uma falta de humanização no ambiente de trabalho e que essa situação só pode ser revertida com esforços conscientes das chefias e dos trabalhadores.

Brandão Júnior (2000) refere que o trabalhador de saúde, em seu ambiente de trabalho, precisa sentir que há pessoas ao seu lado para dar-lhe também um suporte psicossocial, principalmente enquanto estiver mais vulnerável e frágil, como no caso do acidente com material biológico.

Osório-Silva (2002) utiliza o termo “rede terapêutica” para tratar do conjunto firmado entre a equipe de saúde e os pacientes de um determinado serviço. Utilizando uma nomenclatura semelhante, proponho o conceito de redes de apoio.

A rede de apoio pode ser conceituada como uma estrutura social onde o trabalhador acidentado receba apoio até a superação dos impactos provocados pelo acidente. Essa rede de apoio pode ser de cunho pessoal, incluindo a família, amigos, grupos sociais e/ou religiosos, ou de cunho institucional, quando inclui colegas, chefias e equipes multiprofissionais voltadas para o atendimento do trabalhador, como por exemplo, o próprio SESMT.

5.4.1 Redes de Apoio Pessoais

A rede de apoio pessoal é de fácil percepção no discurso dos trabalhadores. Por ser incondicional, ou seja, independente de laços empregatícios, assume uma grande importância uma vez que suplementa e pode vir até a substituir a rede institucional, em casos de desorganização ou inexistência desta.

Na maioria dos casos os trabalhadores informaram a família, que manteve uma postura de compreensão, acolhendo o trabalhador. Muitas vezes esse trabalhador chega ao seu domicílio com uma enxurrada de emoções contidas, que a instituição não

conseguiu dar conta de atender no momento do acidente, e a família é quem presta o suporte necessário para confortar este sujeito, como fica evidente nas falas que seguem:

T1: Tive bastante apoio da minha mãe, porque eu tive que fazer todos aqueles exames de controle.

T15: A primeira coisa que eu fiz quando cheguei a casa (foi contar para a família)... Eu estava muito mal.

T2: Eu contei, a gente fica assustado na hora, imagina, mas ele entendeu...

T8: Sim, contei pra minha filha, e ela ficou preocupada porque ela também é da área, até não saber o resultado... Bem ansiosa.

T4: Aí quando eu cheguei em casa, meus filhos já estão no colégio, meu marido também já está trabalhando, daí eu me lembro que eu liguei para ele, olha aconteceu um acidente lá, não é coisa grave, sempre que eu chego eu conto para ele... Ele até me pergunta como foi o serviço, aí eu digo: “hoje foi bem puxado...” e era um dia que foi bem agitado... Eu disse assim “eu me piquei” pediu “e daí?”, eu falei que me coletaram lá sangue, e me fizeram um questionário.

Os trabalhadores podem ter receio de informar à família sobre o acidente, por medo de uma reação negativa por parte dos familiares e do parceiro, como críticas e acusação de infidelidade por parte dos parceiros (BRANDÃO JÚNIOR, 2000).

T11: Não (contei para a minha família)... Não achei necessário.

Alguns participantes referem que a família tem dificuldade de entender a dimensão do acidente, por falta de conhecimentos técnicos ligados aos riscos de contaminação, não conseguindo assim confortar o trabalhador. Ainda existem casos em que a relação com a família não é bem resolvida. Sem este apoio por parte da família, o trabalhador acaba sofrendo sozinho, fadado somente à rede institucional, e quando essa não existe, acabam sozinhos para lidar com seus medos e anseios, como nas falas abaixo:

T9: Sim. Eles não entendem muito, eles não sabem o que é isso na verdade. Ficam preocupados, mas não sabem. Acho que é mais a gente.

T3: Comentei, mas ele era muito desligado, entende? Preenchi os questionários tudo, mas depois nunca me perguntou se veio resultado de exames, nunca mais comentei também.

Ainda, como rede de apoio, encontra-se os amigos do sujeito acidentado. Nos dados analisados apareceu uma referência deste tipo, vinda da chefia de um segundo emprego do trabalhador, que se mostrou bastante acolhedora, atendendo às demandas do sujeito naquele momento.

T1: Cheguei no outro emprego, a minha chefe de lá foi extremamente carinhosa comigo, eu fiquei uma semana que eu só chorava, já me tirou, eu cheguei lá, ela veio correndo, me abraçou e me levou para uma salinha, só eu e ela, eu chorava, ela disse: “Vai para casa, você não está em condições” e realmente eu fui para casa, ela me deu muito apoio, o tempo inteiro dos exames ela perguntava: “E aí, o que deu nos exames?”

O apoio dado por pessoas que se encontram externas ao ambiente de trabalho se mostrou importante para minimizar o desgaste, geralmente psicológico, causado pelo acidente de trabalho. Porém, esse papel deveria estar sendo desempenhado principalmente dentro da própria instituição, deixando o vínculo familiar com o papel de complementar o apoio, ao invés de assumi-lo por inteiro.

5.4.2 Redes de apoio institucionais

A rede de apoio presente dentro da instituição é composta geralmente pela equipe do SESMT, que desenvolve um papel que chamei de “formal”, uma vez que tem a finalidade de atuar junto ao trabalhador no momento do acidente, sendo que o apoio “informal” compreende o desenvolvido pelos colegas da equipe de trabalho, colegas de outros setores e outras categorias profissionais e as chefias.

O atendimento prestado pelo SESMT não foi alvo de críticas pelos trabalhadores, ao contrário, embora o trabalhador critique a postura da instituição frente ao acidente, essa censura não se aplica ao atendimento do acidente de trabalho em si, como aparece nas falas abaixo:

T15: Foi de imediato... Fui atendida pela medicina do trabalho... Bom, o atendimento... O que não é bom mesmo é o que você sente.

T15: Eu senti... A medicina do trabalho se preocupou... Ela fez toda a acessoria, dos seis meses de acompanhamento.

T15: No momento que eu cheguei, a enfermeira do SESMT já tentou amenizar... E eu já recebi o resultado, né? Dos exames... Ela tentou me tranquilizar...

Uma das condutas mais elogiadas pelos trabalhadores em relação ao SESMT é a ligação para passar o resultado do perfil sorológico do paciente. No momento do atendimento do acidente, é coletado do paciente-fonte um teste rápido para HIV, o qual informa o resultado em menos de 20 minutos, enquanto as sorologias para as hepatites demoram mais de duas horas. Quando esses resultados estão prontos, se o funcionário não está mais na instituição, a equipe do SESMT se disponibiliza a passar o resultado por meio de uma ligação telefônica para a residência do trabalhador, com a finalidade de diminuir a ansiedade gerada pela espera dos resultados.

T8: Sim, na hora em que eu precisei... Tanto é que ela me ligou em casa pra me passar o resultado, que eu tava bem ansiosa... eu ia ficar sabendo só no outro dia, daí ela me ligou...

T6: Eles poderiam ter dito: ah não, a gente fala pra ela amanhã quando ela vem pra trabalhar, e não, no mesmo dia me deram retorno.

A serenidade no momento do atendimento, aliada a presteza na passagem de informações fez com que os trabalhadores se sentissem cuidados naquele momento. O fato de agilizar o atendimento do trabalhador pelo laboratório da instituição também foi considerado como um fator positivo pelo sujeito acidentado, uma vez que o mesmo já demonstrava grande desgaste psíquico decorrente do acidente, e ainda teria que esperar a sua vez na fila de coletas externas do laboratório. Os trabalhadores referenciam isso nas falas que seguem:

T14: mas a parte da entrevista, os dados, o atendimento da Fulana (enfermeira do SESMT)... Ela passa tranquilidade também.

T9: Acho que a Fulana (técnica do trabalho) do SESMT já agilizou tudo, ligou para o laboratório... Acho que foi essa a parte (mais importante). Já pensou se tivesse que vir aqui no laboratório, ficar esperando, e tal, você já está deprimida pelo que aconteceu, ainda ficar esperando... Acho que foi tudo bem agilizado, foi bom assim.

T13: Muito bom, me deram todo o apoio... (o mais importante) foi a atenção que ela me deu. Deram-me retorno depois, me ligaram até uma semana depois, para saber como é que eu estava me sentindo. (...) Ligando até uma semana depois, sabendo que todos os exames tinham dado todos negativos, o paciente, enfim...

T11: Na medicina do trabalho foi muito bom, foi bem esclarecido, todo o tratamento foi bem esclarecido, no caso não precisou.

O papel dos colegas é de destacada importância, uma vez que o acidente representa a concretização das condições de trabalho do coletivo (LAURELL e NORIEGA, 1989) do qual fazem parte. Na maioria dos casos existe uma empatia por parte dos colegas, uma vez que este acidente poderia estar acontecendo com qualquer um deles. O compartilhar, a solidariedade provoca no trabalhador um sentimento de estar sendo cuidado, o que auxilia neste momento de ansiedade e insegurança, como aparece nas falas abaixo:

T15: Todos ficaram preocupados (os colegas do setor).

T9: Eles (os colegas) seguraram as pontas aqui e até que eu fui lá e voltei.

Em alguns momentos, porém, esta identificação não ocorre, e ao invés de solidariedade encontramos julgamentos, atribuição de culpa, sendo o acidente verdadeiramente ignorado, não apenas por parte dos colegas como também das chefias. Este sentimento de "descuido", de despreocupação com o trabalhador, aumenta a sensação de insegurança, gerando culpa no trabalhador e mesmo maior impotência frente à situação vivenciada. Isso está presente nos discursos abaixo:

T1: Os outros não estão nem aí contigo, o dia que me piquei, a enfermeira foi a única que se preocupou, subiu lá comigo, e o resto nem para perguntar se eu estava bem. Eles não estão nem aí contigo.

T3: Eu estava tranqüila, mas ninguém perguntou, como é que você está se sentindo, ninguém perde tempo... Só me chamaram de descuidada.

Em relação ao papel desenvolvido pelas chefias, os discursos apontados pelos trabalhadores foram preocupantes, uma vez que mostram total despreparo destas para lidarem com este tipo de situação envolvendo impactos emocionais, como o acidente de trabalho. Na Enfermagem há um forte discurso acerca da humanização, porém nesse momento, conforme as falas abaixo, fica claro que o cuidado com o trabalhador está sendo deixado de lado.

T1: Daí eu me acalmei um pouco e desci ainda para trabalhar. O coordenador na época era o Fulano, não fez nada, nada. Eu estava num estado assim, eu só chorava e ele nem para dizer: "Sua insignificante, tu estás bem?", porque o paciente era tudo,

não falou nada.

T5: Na hora, eu fui lá falar com a minha chefe, e ela me disse: “Eu tenho vontade de matar vocês! Vocês ficam reencapando a agulha!” Eu nem quis dizer que eu não estava reencapando a agulha porque ela não ia acreditar ali na hora.

Frente a esta situação apontada, pergunta-se: há um despreparo das chefias em relação aos acidentes de trabalho? Que papel de liderança as chefias estão desempenhando frente aos acidentes? Que suporte as chefias desempenham? Este papel de indiferença também não gera na própria equipe a indiferença com o acidente? Seria esta uma lacuna na própria formação dos enfermeiros?

O que mais chama atenção é que seriam ações muito simples que minimizariam em muito o desgaste sofrido pelo trabalhador. Assim, nas falas abaixo aparecem duas situações onde as intervenções por parte da chefia seriam simples, mas geradoras de mais conforto para o trabalhador afetado.

T5: E aquela semana que eu fiquei com aquele bebê eu não gostava muito de olhar para ele assim e eu tive que ficar, não tinha culpa.

T4: Ela disse assim: “Agora você vai ter que descer lá na medicina do trabalho”, eu fiquei tão nervosa, eu mais tremia, não sabia se eu estava andando, se eu estava pegando elevador, a gente fica bem assim...

Na primeira fala, T5 refere ter tido que trabalhar durante toda a semana com o paciente-fonte de seu acidente, embora isso estivesse sendo desconfortável. Já no segundo discurso, o trabalhador teve que se deslocar sozinho até o SESMT para

receber o atendimento de seu acidente, embora o mesmo se encontrasse desestruturado emocionalmente. Nas duas ocasiões, as chefias deixaram de atuar para a minimização do sofrimento psíquico do trabalhador, ou seja, no primeiro caso consistiria em trocar os pacientes de um trabalhador, e no segundo, acompanhar o trabalhador até no SESMT.

Na análise dos dados percebeu-se que a rede de apoio institucional encontra-se fragilizada em outros aspectos, indo além do despreparo das chefias e falta de consideração de alguns colegas. Nos discursos, os trabalhadores acabam apontando que a instituição como um todo não ofereceu o apoio esperado. Mas de quem é essa voz que representa o hospital? É de todos, dos trabalhadores de enfermagem, das chefias, dos outros profissionais que participam da assistência, do SESMT. Talvez fosse o momento de iniciar um processo de sensibilização para todos “que são hospital” sobre a dura realidade dos acidentes de trabalho.

T1: eu tive muito apoio lá, aqui onde eu trabalho nenhum, lá onde não tinha acontecido nada, tive muito apoio.

T1: Do hospital, foi um descaso total... aqui olha, falta, falta de tudo... Nem para se preocupar: “E aí, o que deu nos teus exames?”, porque eu segui fazendo nove meses, todos os meses exames de sangue para ver se não dava nada.

Embora o atendimento realizado no SESMT não tenha sido criticado, o atendimento do acidente inicia no próprio setor de trabalho, quando ocorre o acidente e o trabalhador avisa a chefia e os colegas. Muitas questões sobre culpabilidade são levantadas nesse momento: o trabalhador se sentindo culpado por ter se acidentado e exposto ao julgamento dos colegas, das chefia, do profissional que atende o acidente. Nas falas abaixo se percebe um desconforto do trabalhador durante o atendimento do

acidente.

T1: Ainda me perguntaram se eu estava com luva... “Não, eu não estava de luva”, eu respondi. “Ele tem tuberculose, HIV, hepatite, você queria que eu tivesse de luva? Não foi na mão, foi aqui no braço, não está vendo onde está picado?” Ela disse: “Ah, vocês tem que ter cuidado...” Eu estava cuidando, ele estava contido, minha colega estava segurando, eu nunca iria esperar que ele fosse pegar e levantar a perna, nunca!

T2: A primeira resposta das pessoas é: “Porque tu não estavas com a luva, porque você não te cuidou...”

T4: Mesmo nas brincadeiras, quando eu me piquei, “que descuidada”, crítica tem bastante, mesmo na medicina (SESMT), “que descuidada que você é...”

T13: (a reação dos colegas foi) “Um descuido da chefe!”

Também foram caracterizados como fragilidade nas redes de apoio institucionais os erros e/ou dificuldades na prestação do atendimento. É preconizado que o acidente que ocorra durante os finais de semana seja atendido na Unidade de Urgência e Emergência Médica pelo residente clínico de primeiro ano, já que estes recebem um treinamento específico e mantêm-se constantes no decorrer do ano. Ao contrário, os médicos contratados do serviço (plantonistas) têm uma rotatividade bastante alta e não raro desconhecem as rotinas da instituição. Algumas vezes, por desinformação dos enfermeiros plantonistas/supervisores de enfermagem e dos próprios trabalhadores acidentados, o atendimento acaba sendo realizado pelo plantonista, gerando equívocos na conduta, tal como apontado nas falas a seguir:

T5: Daí o doutor já ia me dar o coquetel para eu tomar, o rapaz lá que me atendeu, mas daí a gente subiu, ele subiu junto comigo, de volta lá em cima, daí eu não conseguia nem achar a pasta do paciente, daí a gente procurou e estava que não era HIV, daí não precisou e eu não tomei.

T5: Daí então ficou só para na segunda-feira passar na medicina do trabalho, os exames já colhi na hora também, dali dez minutos me ligaram dizendo que não tinha nada. Daí na segunda eu consultei, fiz tudo de novo.

O atendimento inicial do acidente de trabalho é de responsabilidade do empregador (BRASIL, 1976). Um dos trabalhadores sentiu-se agraciado com a realização dos exames, não percebendo a obrigatoriedade que envolve essa ação. Assim, havendo um esforço para se estimular a cidadania, o controle social e propiciar aos trabalhadores discussões acerca do processo de trabalho, a rede de apoio tem mais chance de se fortalecer, pois isso aumentaria os sentimentos de coletividade e empatia dos trabalhadores.

T12: Acho que foi quando eles se propõem em fazer os exames, e sem reclamar, né? Porque a gente se cuida, se cuida, mas sempre acontece um desastre. Eles se propõem a fazer os exames e nunca reclamaram nada.

Uma das formas de se reduzir o desgaste causado pelo acidente de trabalho é fortalecer as redes de apoio, de modo especial a institucional, onde o cenário é propício para intervenções. A rede de apoio frágil além de aumentar o desgaste, acaba gerando insatisfação nos trabalhadores, que referem não poder contar com a instituição.

5.5 Estratégias para a prevenção e para a resolução do acidente

Azambuja (1999) afirma que é imprescindível conhecer a dinâmica do processo de trabalho para se propor qualquer política de prevenção de acidentes, e que isso é possível através da concepção de acidente dos próprios trabalhadores.

Após discorrer sobre os acidentes de trabalho, discutindo sobre a percepção dos trabalhadores, os motivos, as repercussões e a importância do apoio para os trabalhadores, esta categoria aponta as estratégias dos trabalhadores para resolverem seu acidente e para prevenirem novas exposições. Compreende, também, as observações feitas por estes sobre formas que a instituição poderia lançar mão a fim de diminuir os acidentes. Esta categoria inclui duas subcategorias: Estratégias Pessoais e Estratégias Institucionais.

5.5.1 Estratégias Pessoais

Nesse momento são discutidas as estratégias desenvolvidas pelos trabalhadores a fim de se preservar, trabalhando a resolução do acidente e evitando novas exposições.

A adesão aos equipamentos de proteção individual (EPI), já discutida anteriormente, aumentou após o acidente de trabalho, havendo uma ação-reflexão-ação, ou seja, após a situação vivenciada, o trabalhador passa a refletir acerca da importância do uso dos EPIs, gerando uma nova conduta. Além disso, como

exemplificado abaixo, os trabalhadores afirmam que cuidam mais de si próprios, evitando desgastes desnecessários e procurando ajuda dos colegas para realizarem as suas atividades.

T2: Eu também passei a cuidar mais de mim, eu também era assim, depois, com o passar do tempo eu passei a cuidar mais de mim... Estes dias a minha chefe me chamou a atenção que eu estava arrastando o torpedão, tinha que atravessar a UTI para levar o torpedão, e eu respondi: “Vou arrastar o torpedão sim, porque se eu tiver uma dor nas costas, ninguém vai cuidar de mim.”

T1: Porque eu sou extremamente perfeccionista, isso é um erro meu, não quero deixar furo, quero passar tudo com o estoque completo... Agora deu, agora é assim, se dá, faz e se não dá, não faz, tem que ser assim, porque senão, o prejudicado é sempre tu, quem cuida da tua saúde é você mesma, não são os outros

T5: Tentar não se sobrecarregar pedindo ajuda para o colega, para o colega que queira ajudar, porque às vezes não adianta você pedir que ele não te ajuda, tentar não levar problemas para casa, (...) para não ficar prejudicado, não ficar doente... Na medida do possível trabalhar mais calma, com mais cuidado, porque às vezes a gente quer fazer tudo afobada, e acaba acontecendo. E também ter mais cuidado consigo para tentar ser mais feliz.

Trabalhar com mais calma aparece também em outros discursos. Como sempre há uma sobrecarga de trabalho, o trabalhador se habitua aos altos ritmos, e com o acontecimento do acidente, repensa e faz novas escolhas em relação ao seu processo de trabalho. A busca de momentos de relaxamento após o trabalho e o cuidar de si aparecem nos discursos, e devem ser estimulados por iniciativas institucionais.

T4: E acho que a gente deve fazer as coisas com mais paciência, que foi o meu caso, que eu estava bem afobada naquele dia, ter mais carinho, não que eu não faça as coisas com carinho, mas eu acho que isto também é para outras pessoas, muitas vezes dar aquele sorriso, às vezes a gente entra no quarto e esquece, até mesmo o médico esquece de dar um bom dia, auxilia na recuperação do paciente, daí o teu dia também fica melhor... Trabalhar sem estresse, é difícil, mas dá tentar (mudar) para variar...

T2: E daí quando eu estou estressada, tudo de ruim, eu pego, como um chocolate, que me ajuda, e como me alivia uma chocolate e vou para casa e tomo um banho com um sabonete bem perfumado, que tira tudo, aquela tensão do hospital. Nem precisa conversar com alguém...

T2: Eu superei, com a ajuda da auto estima, ...

T3: E uma outra coisa que eu comecei a fazer mais, que eu não fazia quase nunca, foi usar luvas, como proteção. Inclusive, desde que eu entrei no hospital tem essa coisa de evitar usar luvas para algumas coisas, pois é gasto. Eu diria que nem tanto pelo fato de ter me picado, pois se picar uma luva não vai proteger mesmo, mas eu comecei a pensar diferente, porque eu tenho que economizar em uma luva se os outros não economizam em várias outras coisas que tem que ser economizadas... Eu encostava nos pacientes em isolamento de contato sem luva, muitas vezes a gente sabe depois, né? Mas quando eu sabia, ah, a pele está íntegra, porque eu vou me preocupar? Agora eu tenho usado mais, pensado mais nos pacientes, porque você vai e toca nele e não usa luva, depois toca nela não usa luvas, agora eu comecei a pensar diferente um pouco, cuidar mais...

Com o advento da AIDS existe uma preocupação maior com as exposições

ocupacionais, havendo inclusive mudanças de procedimentos na área da saúde. Os trabalhadores possuem mais contato com as informações de biossegurança e refletem sobre as mesmas, possibilitando assim mudanças nas suas práticas, como refere à fala abaixo:

T4: E a gente está vendo mais estes assuntos de uso de EPI, de doenças... A gente sabia que no hospital tinha a doença, mas eu achava que não tinha essa coisa de luva e coisa, aquela cobrança... Acho que agora tem mais... É mais cobrado.

T17: Acho que uma conscientização maior com o que acontece... Muitas vezes a gente pensa: “Ah, acidente de trabalho tem que usar EPI”, mas não sabe as formas que acontece, todo mundo sabe que tem que usar para se prevenir. Mas não sabe que muitas vezes, o que podem acabar ocorrendo, tipo um paciente com pseudomonas... O que você pode levar ou alguma coisa assim... Ou muitas vezes dizem cuidado com o paciente com HIV ou hepatite... Aí a gente só se cuida com aqueles, mas muitos outros podem ter e a gente nem sabe... Lida normalmente, muitas vezes tira a cutícula, e vai puncionar sem luva e pinga uma gota de sangue no dedo... E não sabe que isso pode ser um risco também, né? Acha que só lavando a mão ou alguma coisa assim vai adiantar...

Alguns trabalhadores afirmam que o momento agora é de haver também atitude dos trabalhadores, uma vez que a instituição tem oferecido os equipamentos de proteção individual e cursos informativos.

T13: Eu acho que a instituição já faz. Eu acho que na verdade é o funcionário que tem que se conscientizar de usar os EPI que a instituição oferece.

T8: Acho que isso (a redução dos acidentes) depende de nós.

T6: Eles estão dando cursos, acho que é uma coisa de o pessoal se conscientizar do que eles falam, provavelmente.

A mudança de atitude, o cuidar de si, entendendo o processo de trabalho, o desgaste provocado pelo mesmo, bem como a necessidade de rever sua conduta após o acidente, geram no trabalhador um processo de conscientização. Olhar para si, buscar espaços de lazer, o trabalho conjunto, a utilização dos EPIs, foram algumas das estratégias que os trabalhadores mencionam após os acidentes, que motivaram a mudança de atitude. Mas só isto não basta para diminuir os acidentes de trabalho. Também a instituição deve e precisa olhar para esta questão.

5.2 Estratégias Institucionais

Neste momento são apresentadas as críticas dos trabalhadores à instituição, e sugeridas as iniciativas para esta, a fim de reduzir os acidentes de trabalho.

A primeira consideração vem ao encontro do que foi discutido acima, sobre a utilização dos EPIs. Embora alguns profissionais acreditem que as informações sobre biossegurança se encontrem disponíveis, apontam que seria necessária uma divulgação mais ampla sobre normas de segurança, até mesmo para “lembrá-las”.

T16: Acho que divulgação para gente se cuidar um pouco mais, porque a gente aprende, quando a gente faz o (curso) técnico, falam, falam, falam, falam todos os cuidados... Mas no teu dia-a-dia, as coisas ficam muito rotineiras, você faz as coisas, muito rápido, muito mecânico, você faz as coisas sem pensar, você faz todo dia, todo dia você esta fazendo a mesma coisa, acho que

quanto mais você trabalha, mais você cansa... as vezes você nem pensa tanto em ti... Quantos procedimentos você faz com luva? É tão simples, você acha que não vai acontecer nada... e aí leva um susto...

T11: Nesse meu caso excepcionalmente eu não sei, mas nos outros casos... Assim, quando tem respingos e outras coisas acho que o hospital tem que ser mais incisivo em cobrar o uso dos EPI.

Caixeta e Castelo Branco (2005) afirmam que os treinamentos com conteúdos sobre biossegurança não diminuem os acidentes com perfuro-cortantes, sendo uma alternativa a utilização de oficinas interativas, conduzidas por profissionais qualificados, produzindo a reflexão dos trabalhadores para mudanças na ação. Ao realizar as oficinas com os trabalhadores pude perceber o processo de reflexão gerado, o que acredito contribuiu para um repensar do acidente, possibilitando um processo de mudança na forma como o trabalhador passou a encarar o acidente, bem como as suas próprias condutas.

Um outro ponto importante é a valorização do trabalhador, pois o mesmo, ao não se sentir valorizado pode não aderir às políticas da instituição. Gershon et al, citados por Osório, Machado e Minayo-Gomes (2005), apontam com um dos fatores de adesão às normas de segurança o clima organizacional das instituições. Quando o trabalhador é ouvido, ele se sente mais valorizado. Assim, as formas de educação permanente que estimulam a verbalização dos trabalhadores podem ser utilizadas.

T1: Eu sempre digo, enquanto você serve para o hospital, eu vivia virando 18 horas, fazendo de manhã e de noite e no final de semana, 24 horas, então enquanto você é bom, eles precisam de ti, eles ligam. Eu cansei de vir até na sexta a noite fazer plantão, até 08h40min uma noite eu saí de casa, e quando eu

precisei, negativo, então quando você precisa, o hospital nada. E daí você vê que não é só o hospital, é o colega que não ajuda, é a chefia que não ajuda, nada te ajuda, então para que? Eu nunca vi acontecer tanto quanto aqui neste hospital, nos outros tem, mais é menos que aqui. Eu acho isso inadmissível...

A sobrecarga de trabalho foi apontada pelos trabalhadores como um dos motivos dos acidentes de trabalho, o que é confirmado por vários estudos (BRANDÃO JÚNIOR, 2000; COHN, 1985; NHAMBA, 2004, SÊCCO, 2002). Além de ser um dos motivos de acidentes, a sobrecarga de trabalho influencia negativamente na qualidade da assistência (GELBCKE, 2002) e é um fator para desmotivação do trabalhador, que se encontra assoberbado de atividades, e não percebe esforços para que essa situação se modifique.

T12: Acho que nós estamos trabalhando em poucos, né? Está faltando funcionário. Botar mais funcionário para não ficar tão pesado, sabe? Apesar de que na triagem... As duas vezes foram na triagem... A gente trabalha sempre em dois, mas ali é sempre corrido... E entra paciente e sai paciente... Você tem que pedir, tem que digitar, tem que puncionar, tem que medicar... E sempre vai entrando paciente, entrando paciente...

T10: Que nem o número de funcionários, por exemplo, é uma coisa que nem semana passada que a Fulana estava de licença para o casamento a gente quase enlouqueceu trabalhando lá em cima, não foi liberado hora extra, não foi liberado nada, quase não tinha funcionários em outros setores para emprestar e a gente ficou só em 4 mesmo, o setor agitadíssimo, 33 pacientes, 3 queimados, não é fácil atender os pacientes, se é só atender os pacientes que estão na unidade tudo bem, mas o problema é chama raio X, chama ecografia, chama bloco, leva pra cá, busca, aquele agito, sem falar que os médicos vem também: vou trocar isso, vou trocar aquilo, vou incluir isso, vou incluir aquilo, a gente fica a manhã inteira em cima da farmácia. Acho assim, que neste caso, é o número de funcionários... Se tem a

quantidade de funcionários para atender todos estes pacientes, é certo que não dá aquele tumulto e você consegue atender o paciente com mais humanidade, às vezes eu acho até desumano a maneira que você chega assim correndo, vou trocar a fralda do fulano, vai rápido, vira ele prá lá, vira ele prá cá, como se fosse um boneco, você não consegue dar uma palavra assim de mais tempo com o paciente, ou ficar ali por um minuto com ele porque tem o outro lá todo xixizado, tá evacuado, tá vomitado e que tá te chamando também...

T9: Acho que deve por mais gente pra trabalhar. É agitado aqui pra gente, eu que trabalho sozinha, me chamam lá, vem aqui... Às vezes eu tenho que ficar trocando de luva toda à hora, nem sempre eu coloco uma luva... Às vezes eu chego à sala o paciente está vomitando... Eu acho que tem falta de gente mesmo pra trabalhar...

A principal alternativa institucional frente a esse problema seria a realização de cálculo de dimensionamento de pessoal, adequando o número de trabalhadores à demanda de trabalho. Outra possibilidade seria a contratação de funcionários lotados em serviços como a radiologia e bloco cirúrgico, responsáveis pelo transporte dos pacientes das unidades até os serviços especializados, incluindo transportes externos ao hospital, quando necessário, o que minimizaria a sobrecarga de trabalho dos que atuam nas unidades de internação.

Também há que se considerarem as atividades de educação permanente, incluindo oficinas de trabalho, como já colocado, possibilitando um novo olhar dos trabalhadores para o processo de trabalho e para os acidentes de trabalho, bem como preparando as chefias de enfermagem para uma atuação mais consistente frente aos acidentes. Ainda, pode-se incluir as famílias na abordagem dos acidentes, uma vez que foi apontado uma necessidade desse tipo de atendimento nesta pesquisa.

Em relação às chefias, há que se destacar o papel destas no sentido de buscar condições objetivas para a realização do trabalho, sempre sustentado em pressupostos

técnicos. No entanto, mais do que buscar soluções para a realização efetiva do trabalho, o gerenciar inclui outras questões, como a coordenação das relações interpessoais, o cuidar do grupo com o qual trabalham, minimizando conflitos, mas também, buscando o bem estar do grupo (LEITE e FERREIRA, 1998). Neste cuidar do grupo, inclui-se o que fazer frente aos acidentes de trabalho, minimizando o desgaste do trabalhador, bem como preparando a equipe para como enfrentar ou prevenir tais situações. Para tanto, há que se prepararem as chefias para estas questões.

Neste sentido, há se lembrar do papel de educador que tem os enfermeiros, não apenas na educação dos usuários dos serviços de saúde, mas da própria equipe, uma educação pautada na emancipação dos sujeitos, não apenas na reprodução do conhecimento, uma educação que suplante a fragmentação imposta pelo modelo disciplinar, mas que entenda o trabalhador no seu processo de trabalho.

Assmann e Sung (2000, p. 14), afirmam que "a educação se transformou na tarefa emancipatória mais significativa", para tanto os enfermeiros necessitam aliar a competência profissional à competência social, no sentido de articular a sensibilidade social e a sensibilidade ética, visando um mundo cada vez melhor.

Portanto, muito há que se fazer, principalmente em termos de estratégias institucionais, sem, no entanto, retirar-se a responsabilidade de cada um com a questão dos acidentes de trabalho. Além disto, há que se "elevar a questão de recursos humanos como estratégia institucional" (MACHADO, 2002, p. 120), para tanto, deve ser de responsabilidade de todos, em especial, dos gestores, no sentido de garantir um ambiente adequado e com condições de trabalho compatíveis para garantir uma qualidade da assistência, tanto no que se refere aos usuários do sistema, quanto aos próprios trabalhadores. Machado (2002, p. 126) afirma que "não se concebe e não se estrutura o SUS sem profissionais adequados, qualificados e satisfeitos para executarem os serviços". Assim, é papel das instituições que conformam o Sistema Único de Saúde (SUS) buscarem estratégias que qualifiquem os profissionais e que

busquem sua satisfação, o que implica investir nos trabalhadores, quer por meio da educação permanente, quer no dimensionamento adequado dos profissionais, quer no investimento nas condições de trabalho.

Portanto, pensar em estratégias que minimizem os acidentes de trabalho é uma responsabilidade de todos que trabalham nas instituições de saúde, quer dos gestores, quer dos trabalhadores.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho foi proposto com base em questionamentos que já faziam parte de minha trajetória profissional, permeando minha vida acadêmica durante a graduação, e continuando após o início do exercício da enfermagem. Por meio dessa proposta pude conhecer mais acerca do mundo dos trabalhadores, entendendo assim suas atitudes e valores. No início desta proposta foram traçados alguns objetivos, que puderam ser alcançados.

No momento de realização das oficinas, foi proporcionado aos trabalhadores um momento único para a reflexão sobre a práxis de cada participante, contribuindo para a construção de uma enfermagem cada vez mais crítica. Além de ter sido uma prática educativa, serviu como forma de cuidado, ainda que retroativo, ao acidente de trabalho, apontando a necessidade de reflexões constantes sobre o processo de trabalho da enfermagem, sua forma de organização e o desgaste proveniente deste.

A escolha da Teoria Sócio-Humanista como marco teórico foi importante, por valorizar o trabalhador como indivíduo, transformador da natureza e construtor de sua própria história e não como agente passivo dentro da instituição. A teoria aponta também para o desenvolvimento pleno da enfermagem através da qualificação do trabalhador, esta alcançada por meio da educação permanente e reflexão coletiva, momentos estes desenvolvidos na pesquisa e apontados como forma de minimizar o desgaste, bem como acidentes de trabalho.

Conforme o marco teórico, a assistência de enfermagem pressupõe um envolvimento pessoal. Desta forma, o modo de realizar o trabalho, as relações deste

ambiente, a técnica, repercutem na qualidade ao trabalho, pois o trabalhador é um ser humano único. As representações do acidente de trabalho, por sua vez, vão imprimir marcas diversas e individuais nesta assistência prestada e nos próprios indivíduos. Destaca-se a importância de momentos de reflexão, como os desenvolvidos, para sensibilizar o profissional a prestar uma assistência humanizada e com qualidade, porém de forma segura, privilegiando o cuidar de si para cuidar bem do outro.

Trabalhar a significação do acidente de trabalho para o sujeito acidentado é o início da trajetória para se conhecer as repercussões deste. O acidente é uma vivência pessoal dos trabalhadores, ainda muito ligada à culpabilidade, à abnegação do cuidado do trabalhador em prol do paciente, aliados à subnotificação, que é um problema importante também a ser problematizado. Os trabalhadores relacionam o acidente de trabalho à imprevisibilidade, sendo que alguns trabalhadores mantinham-se presos a concepções vigentes e amplamente divulgados socialmente, como a definição legal do acidente. Isso mostra a necessidade de espaços de reflexão-ação, como o implantado neste trabalho. Quando sabem que o paciente-fonte tem sorologia negativa conhecida, tendem a minimizar a ocorrência do acidente.

Em relação a culpabilidade do acidente, existem muitas questões a serem consideradas. No cenário nacional ainda está presente o modelo da culpa do trabalhador, onde a produção da consciência culposa (COHN et al, 1985) está arraigada dentro de grande parte das instituições. Na área da saúde, o principal discurso utilizado é a não adesão às precauções padrão. Os trabalhadores não percebem o acidente como fruto de complexas interrelações entre as condições de trabalho e o seu corpo, mas conseguem apontar a falta de condições como um fator facilitador do acidente.

Em relação às repercussões do acidente de trabalho, a partir do questionamento que orientou esta pesquisa, conclui-se que estão presentes, apresentando-se nas dimensões biológicas, psíquicas e sociais, dando destaque para as duas últimas. As

repercussões psíquicas se mostraram principalmente através do medo da contaminação, e decorrente disto, surge um grande desgaste psíquico imediato ao acidente e ao longo do seguimento sorológico. Na dimensão social, destaca-se o medo por novas situações de acidentes no trabalho, mudando o modo de fazer o trabalho e aumentando a adesão ao uso de EPI. Em relação às famílias, os acidentes causaram desgaste tanto aos familiares quanto ao trabalhador que não se sentia compreendido pelo fato da família não conhecer os riscos de contaminação.

Para minimizar o processo de desgaste decorrente do acidente de trabalho, as estratégias apontam para a necessidade de se estabelecer redes de apoio, enquanto em estruturas sociais para amparar o trabalhador neste momento de fragilidade. Investigando a existência dessas, foram encontradas as redes pessoais e institucionais, sendo a última ainda muito fragilizada e passível de intervenções para fortalece-la.

Em relação às estratégias para prevenção e resolução do acidente, os trabalhadores apontam como estratégias pessoais trabalhar com mais calma e cuidar mais de si, procurando inclusive momentos de relaxamento após o trabalho. No caso das estratégias institucionais, foram apontadas principalmente as ações de educação permanente e a contratação de mais pessoal.

Em relação às estratégias para minimizar o desgaste dos trabalhadores com o acidente de trabalho, ficam como sugestão as seguintes:

- Fortalecer as redes de apoio, de modo especial as institucionais por serem de fácil alcance. Esse fortalecimento se dá através da sensibilização para a realidade do acidente e explicitação do fluxo de atendimento dos acidentes para todos os trabalhadores, diminuindo a insegurança pelo desconhecido;
- Estimular o atendimento humanizado por parte dos serviços institucionais que atendem os trabalhadores (SESMT e UUEM);
- Utilizar a Educação Permanente em substituição aos treinamentos formais e

tradicionais, possibilitando assim reflexões coletivas e a mudança da ação a partir do processo reflexivo.

- Promover atendimentos psicossociais aos trabalhadores que se acidentaram, através de oficinas reflexivas, ajudando na resolução do acidente.
- Propor acompanhamento sorológico por seis meses, para descartar as dúvidas quanto à janela imunológica, resolvendo assim grande parte da insegurança dos profissionais quanto a possibilidade de virem a desenvolver uma doença tardiamente. Aqui cabe também lembrar a questão do aconselhamento pré e pós teste do HIV, que hoje não acontece dentro da instituição, quando se trata de acidentes de trabalho

A vivência do curso de Mestrado inclui um processo profundo de construção e desconstrução, de revisão interna de conceitos e de proposição de novas idéias. Penso que, por mais que seja duro, o crescimento maior, ao menos para mim, ficou por conta da desconstrução. Apesar de estar formada apenas há quase 3 anos, percebo o quanto minha educação teve uma vertente cartesiana e tecnicista, mesmo antes da graduação. Entre as mudanças decorrentes deste processo de formação, um dos aspectos a ser destacado está relacionado ao entendimento do meu conceito acerca da Saúde do Trabalhador, pois ainda estava pautado numa simples relação de causa-efeito e a partir dos estudos vi o quanto entender o processo de trabalho e o trabalhador inserido neste processo possibilita entender o desgaste gerado pelo trabalho, bem como buscar alternativas mais próximas ao trabalhador. Os Serviços de Medicina do Trabalho ainda estão pautados em uma visão reducionista, que por vezes acentua a culpa do trabalhador, não possibilita um processo de reflexão e não ampara o trabalhador em seus aspectos subjetivos, principalmente quando pensamos no quanto um acidente de trabalho com perfuro-cortante gera de desgaste psíquico. Portanto, repensar o modelo de atendimento a saúde do trabalhador é algo urgente nos serviços de saúde.

Este trabalho não tem pretensões de esgotar o tema e sim, busca ser o início de uma caminhada pessoal na pesquisa em saúde, principalmente frente a saúde dos trabalhadores. Destaco, ainda, a contribuição do estudo, ao introduzir o conceito de redes de apoio, já que este não é um conceito descrito na literatura acerca de saúde do trabalhador, mas pertinente a esta área.

Há ainda que se ressaltar que estudos acerca da saúde do trabalhador de enfermagem contribuem para a reflexão do processo de trabalho, da organização do trabalho, bem como na consolidação de estratégias que possibilitem minimizar o desgaste dos trabalhadores oriundo do processo de trabalho, visando desta forma, um trabalho mais prazeroso e saudável, ou seja, um viver e trabalhar melhor no cotidiano das instituições de saúde.

7 REFERÊNCIAS

ABC da AIDS. Site da Internet. www.abcdsaids.com.br

ADOLESCER: compreender, atuar, acolher. Projeto Acolher/ Associação Brasileira de Enfermagem. Brasília: ABEn, 2001.

ALMEIDA, I. M. **Construindo a culpa e evitando a prevenção: caminhos da investigação de acidentes do trabalho em empresas de município de porte médio. Botucatu, São Paulo, 1997.** Tese (Doutorado em Saúde Ambiental). Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

ASSMANN, Hugo; SUNG, Jung Mo. **Competência e sensibilidade solidária: educar para a esperança.** Petrópolis: Vozes, 2000. 331 p.

AZAMBUJA, E. P. **O processo de trabalho e o processo educativo: construindo a prevenção da situação de risco e acidentes de trabalho.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 1999.

AZAMBUJA, E. P.; KERBER, N. P.C.; VAZ, M.R.C. O trabalho da enfermagem – um espaço de construção da prevenção do risco e acidente de trabalho. **Texto e Contexto em Enfermagem**, Florianópolis, v10, n1, p 75-93, jan./abril. 2001.

BARBOSA, A. Hospitais: fontes de saúde ou de riscos? **Revista de Saúde do distrito Federal**, v.6, nº 1 e 2, jan/jun, 1995, p 32-6.

BECK, C. L. C.; GONZALES, R. M. B.; LEOPARDI, M. T. O “estado de alerta” dos trabalhadores de enfermagem em unidades críticas. **Texto e contexto em enfermagem**, Florianópolis, v 11, n 1, p 151-168, jan-abr, 2002.

BRAGA, D. **Acidente de trabalho com material biológico em trabalhadores da equipe de enfermagem do Centro de Pesquisas Hospital Evandro Chagas – um olhar da saúde do trabalhador.** Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro, Maio de 2000.

BRANDÃO JÚNIOR, P. S. Biossegurança e Aids: As dimensões psicossociais do acidente com material biológico no trabalho em hospital. **Dissertação de Mestrado.** Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000.

BRANDÃO JÚNIOR, P. S. Dimensões Psicossociais do Acidente com Material Biológico in VALLE, S. TELLES, J. L. (org) **Bioética e Biorrisco: Abordagem**

Transdisciplinar. Rio de Janeiro: Interciência, 2003.

BRASIL. **Lei 8.213**, Decreto 611, artigo 19. 1992.

BRASIL. Lei de Acidentes do Trabalho. Lei nº 6.367 de 19 de outubro de 1976. Publicada no Diário Oficial da União de 21/10/76. Brasília, 1976.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº198 /GM/MS**, de 13 de fevereiro de 2004. Diário Oficial da União, nº 32/2004, secção I.

BRASIL. **Documento Base da 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador**. Brasília, junho de 2005.

BRASIL. Política **Pública para a Saúde do Trabalhador**. Brasília, dezembro de 2004.

BREVIDELLI, M. M. et. al. Adesão às precauções universais: uma análise do comportamento de equipe de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, 48 (3): 218-232, jul/ago/set, 1995.

CAIXETA, R. B.; BARBOSA-BRANCO, A. Acidentes de trabalho com material biológico, em profissionais de saúde de hospitais públicos do Distrito Federal, Brasil, 2002/2003. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 21(3): 737-46, maio-junho, 2005.

CAPELLA, B. B. **Uma abordagem sócio-humanista para um “modo de fazer” o trabalho de enfermagem**. Série Teses – Enfermagem UFSC. Pelotas: UFPel, 1998.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*. v.9, n.16, p.178, set.2004/fev.2005

CLÉMENT, E.; DEMONQUE, C.; HANSEN-LOVE, L.; KAHN, P. **Dicionário Prático de Filosofia**. Lisboa, Portugal: Editora Terramar, 1997.

COHN, A. et al. **Acidentes de Trabalho: uma forma de violência**. São Paulo: editora Brasiliense, 1985.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**. 5ª edição. São Paulo: Cortez – Oboré, 1992.

DEJOURS, C. **A banalização da injustiça social**. 2a ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 1999. 160 p

FACCHINI, L. A. Uma contribuição da Epidemiologia: O modelo da determinação social aplicado à Saúde do Trabalhador. In: RIGOTTO, R. M. (org) **Isto é trabalho de gente? Vida, doença e trabalho no Brasil**. Cap. 11, 178-86. São Paulo: Vozes, 1994.

FIGUEIREDO, R. M. Opinião dos servidores de um hospital escola a respeito de acidentes com material perfuro-cortante na cidade de Campinas, SP. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, 76 (20), jul - dez, 1992 (p 26-33).

FRIAS JÚNIOR, C. A. S. **A Saúde do Trabalhador no Maranhão: Uma visão atual e proposta de atuação**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999.

GELBCKE, F. L. **Processo saúde-doença e processo de trabalho: a visão dos trabalhadores de enfermagem de um hospital-escola**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 1991.

GELBCKE, F. L. **Interfaces dos aspectos estruturais, organizacionais e relacionais do trabalho de enfermagem e o desgaste do trabalhador**. Tese (Doutorado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

GONZALES, R. M. B. **Sofrimento na práxis da enfermagem: real ou deslocado em seu sentido?** Série Teses em Enfermagem. Florianópolis, 2001.

KÖCHE, J.C. **Fundamentos de Metodologia Científica – Teoria da Ciência e Iniciação à Pesquisa**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1997.

KUDE, V.M.M. Metodologias qualitativas versus quantitativas na teoria de Kuhn: uma falsa antinomia. **Psico – Revista da Faculdade de Psicologia da PUC-RS**. Porto Alegre, 23 (2): 169-75, julho/dezembro, 1992.

LAURELL, A. C.; NORIEGA, M. **Processo de Produção e Saúde – Trabalho e Desgaste Operário**. São Paulo: Hucitec, 1989.

LEITE, E.; FERREIRA, L. C. **Treinamento do papel gerencial**. Relatório de acompanhamento evolutivo. Brasília: Centro de Aprendizagem Vivencial, 1998. Digitado.

LEOPARDI, M. T. **Teorias de Enfermagem**. Florianópolis: Papa Livro, 1999.

LOPES, M.H.B.M. et al. Adesão às medidas de precaução-padrão: relato de experiência. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, 7 (4): 83-8, outubro de 1999.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M.E.DA. **Pesquisa em Educação: Abordagens Qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

MACHADO, Maria Helena. Gestão pública e ética no trabalho. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Política de recursos humanos em saúde. Brasília: Ministério da Saúde. 2002. 184 p.

MARZIALE, M.H.P. Subnotificação de acidentes com perfuro-cortantes na enfermagem. Rev. Bras. Enferm. Brasília (DF) 20003 mar/abr; 56(2): 164-168.

MARZIALE, M. H. P.; RODRIGUES, C. M. A produção científica sobre os acidentes de trabalho com material perfuro-cortante entre trabalhadores de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, 10(4): 571-7, julho/agosto, 2002.

MARZIALE, M.H.P. et al. Riscos de contaminação ocasionados por acidentes de trabalho com material perfuro-cortante entre trabalhadores de enfermagem. Revista Latinoamericana de Enfermagem 2004 jan/fev; 12(1): 36-42.

MATOS, Eliane. **Novas formas de organização do trabalho e aplicação em enfermagem: limites e possibilidades**. 2002. 138f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

MENDES, R.; DIAS, E. C. Saúde dos Trabalhadores. In ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e Saúde**, 5ª edição. Rio de Janeiro: Medsi, 1999.

MENDOZA, C. et al. Exposición laboral a sangre y fluidos corporales. Experiencia em un hospital pediátrico. **Revista Chilena Infectología**, 18 (1): 28-34, 2001.

MINAYO-GOMEZ, Carlos; THEDIM-COSTA, Sonia Maria da Fonseca. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. **Cad. Saúde Pública**., Rio de Janeiro, v. 13, 1997.

MINAYO, M.C.S. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In DESLANDES, S. F. **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade**. 21ª edição. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

MINAYO, M.C.S. O desafio do conhecimento – Pesquisa qualitativa em saúde. 8ª edição. São Paulo: Hucitec, 2004.

NEVES, E. P.; GONÇALVES, L. H. T. As questões do marco teórico nas pesquisas de enfermagem. In: **Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem**, 3, Florianópolis, 1984. Anais... Florianópolis: UFSC, 1984, p. 210-29.

NHAMBA, L. A. **Acidentes ocupacional com material biológico entre profissionais de enfermagem em um hospital de Angola**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto: USP, 2004.

NISHIDE, V.M.; BENATTI, M. C. C.; ALEXANDRE, N. M. C. Ocorrência de acidente do trabalho em uma Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Latino-americana de enfermagem**, 12(2):204-1, março -abril, 2004.

ODA, L. M. et al. AIDS como doença ocupacional. In: TEIXEIRA, P. (org) **Biossegurança: uma abordagem multidisciplinar** Cap. 13, p. 239-56. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.

OSÓRIO-SILVA, C. **Vida de hospital: a produção de uma metodologia para o desenvolvimento da saúde do profissional de saúde**. Tese (Doutorado em Saúde Pública).Rio de Janeiro, Escola Nacional de Saúde Pública, 2002.

OSÓRIO, C.; MACHADO, J. M. H.; MINAYO-GOMES, C. Proposição de um método de análise coletiva dos acidentes de trabalho no hospital. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 21 (2): 517-524, mar-abr, 2005.

PERES, J.F.P.; MERCANTE, J.P.P.; NASELLO, A.G. Promovendo resiliência em vítimas de trauma psicológico. **Revista de Psiquiatria RS**, maio/ago 2005; **27(2):131-138**.

PINTO, T. M. **Filosofia na enfermagem: algumas reflexões**. Maria de Lourdes de Souza (org). Série Teses – Enfermagem UFSC. Pelotas: UFPel, 1998.

PITTA, A.M.F. **Hospital: dor e morte como ofício**.3.ed., São Paulo, Hucitec, 1999.

ROBAZZI, M.L.C.C.; MARZIALE, M.H.P. Alguns problemas ocupacionais decorrentes do trabalho de enfermagem no Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v 52, n 3, p 331-338, jul-set. 1999.

SAILER, G. C. **Adesão de trabalhadores de enfermagem ao tratamento com os anti-retrovirais pós-exposição ocupacional a material biológico**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto: USP, 2004.

SÊCCO, I.A.O et al. Acidentes de trabalho e riscos ocupacionais no dia-a-dia do trabalhador hospitalar: desafio para a Saúde do Trabalhador. **Revista Espaço para Saúde**, 4 (1), 2002.

SÊCCO, I. A. O. et. al. A equipe de enfermagem de hospital escola público e os acidentes de trabalho com material biológico. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 24, p. 21-36, jan./dez. 2003

SENTONE, A. D. D.; GONÇALVES, A. A. F. Sofrimento no trabalho: significado para o auxiliar de enfermagem com dois vínculos empregatícios. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 23, p. 33-38, jan./dez. 2002

SMITH, J. K. Pesquisa quantitativa versus qualitativa: uma tentativa de esclarecer a questão. Tradução por Vera Maria Moreira Kude. **Psico – Revista da Faculdade de Psicologia da PUC-RS**. Porto Alegre, 25 (2): 33-51, julho/dezembro, 1994.

SOUZA, J.C.G. AIDS: conduta no manuseio de material biológico. **Revista Brasileira de Análises Clínicas**, 19(2): 23-25, 1987.

SOUZA, M.; VIANNA, L. A. C. Incidência de acidentes de trabalho relacionado com a não utilização das precauções universais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, 46(3/4): 234-44, julho/dezembro 1993.

STEFFENS, A. P. Percepções da Equipe de Enfermagem acerca das Precauções Universais. **Monografia apresentada ao Departamento de Enfermagem UCS para obtenção do título de Enfermeiro**. Caxias do Sul: UCS, 2003.

STEFFENS, A. P.; SCHNEIDER, V. E. Índice de Reencape de Agulhas em um Hospital SUS no Município de Caxias do Sul – Considerações acerca da Saúde Ocupacional. In: **Encontro de Jovens Pesquisadores da Universidade de Caxias do Sul, IX**, Caxias do Sul, 2003. Resumo dos Trabalhos... Caxias do Sul: CNPq, FAPERGS, UCS, 2003.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa convergente assistencial – Um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em Saúde-Enfermagem**. 2ª edição. Florianópolis: Insular, 2004.

VILELA, R. A. G.; IGUTI, A. M.; ALMEIDA, I. M. Culpa da vítima: um modelo para perpetuar a impunidade nos acidentes de trabalho. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(2): 570-579, mar-abr, 2004.

WAISSMANN, W.; CASTRO, J. A. P. As evoluções das abordagens em saúde e trabalho no capitalismo industrial in TEIXEIRA, P. (org) **Biossegurança: Uma abordagem multidisciplinar**. Cap. 1, 15-25. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.

8 APÊNDICES

8.1 Apêndice A: Termo de consentimento livre e esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa do curso Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, realizada por mim, Ana Paula Steffens, sob orientação da Dra. Francine Lima Gelbcke. A mesma intitula-se “**Repercussões de acidentes de trabalho com pérfuro-cortante na vida de trabalhadores de enfermagem**” e tem como objetivos determinar quais as repercussões do acidente de trabalho com pérfuro cortante na vida dos trabalhadores de enfermagem, com base nas vivências e sentimentos relatados; refletir sobre estratégias que possam minimizar o processo de desgaste do trabalhador decorrente do acidente e construir um corpo de conhecimentos que possa subsidiar novas alternativas de atuação frente a estas ocorrências.

A pesquisa abordará esta temática devido as importantes repercussões causadas na vida dos trabalhadores pelos acidentes de trabalho. Serão realizadas, para a coleta de dados, oficinas reflexivas e entrevistas semi estruturadas. Os dados obtidos com as atividades desenvolvidas serão utilizados para fins científicos e educativos, podendo posteriormente fazer parte da Dissertação de Mestrado do mesmo programa.

Como pesquisadora principal, solicito sua colaboração no sentido de participar da mesma e me coloco a disposição para esclarecimentos de eventuais dúvidas, ou mesmo, para desistência da participação, pelo telefone 3217 07 14.

Pelo presente Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que fui informado de forma clara e detalhada dos objetivos da presente pesquisa. Fui igualmente informado:

- Da garantia de receber as respostas a quaisquer perguntas ou esclarecimentos sobre dúvidas acerca de procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa;
- Da segurança de que não serei identificado e que se manterá o caráter confidencial das informações relacionadas com a minha privacidade;
- Da liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem sofrer qualquer tipo de retaliações ou represálias;

- Do compromisso de receber informação atualizada sobre o estudo, ainda que esta possa afetar minha vontade de continuar participando;
- Que a realização de oficinas e entrevistas não causará nenhum tipo de constrangimento;
- Que a utilização dos resultados serão utilizados somente para fins científicos;
- Que não haverá custo algum para o participante;
- Que não haverá desconforto ou riscos previstos na realização do estudo;

Eu, _____ciente de meus direitos acima relacionados, concordo em participar do estudo realizado pela mestranda Ana Paula Steffens.

Caxias do Sul, _____ de _____ de 2005.

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador

8.2 Apêndice B: Roteiro da entrevista

1. Nome
2. Idade
3. Profissão:
4. Tempo de trabalho na instituição
5. Setor e turno de trabalhos
6. Teu acidente foi nesse setor?
7. Possui outro emprego ou outra atividade além desta instituição? Qual? Em que turno?
8. Na época do acidente você tinha outra atividade?
9. No teu entendimento, o que é um acidente de trabalho?
10. Como foi o seu acidente de trabalho?
11. Estava utilizando alguma proteção?
12. Como você se sentiu tendo um acidente de trabalho?
13. Como foi o seu atendimento?
14. Você se sentiu cuidado pela instituição?
15. Em sua opinião, qual foi a parte mais importante do atendimento?
16. No setor, qual foi a reação dos colegas?
17. Você falou imediatamente para a sua chefia?
18. E em casa, você contou para a sua família? Se sim, como eles reagiram?
19. Você ficou preocupado com o acidente?
20. Você atribui alguma causa ao acidente?
21. Alguma outra coisa contribuiu para o acidente?
22. No momento do acidente, como estava o setor?
23. Você acha que houve algum impacto/repercussão deste acidente de trabalho, no seu jeito de ser ou no seu jeito de trabalhar?
24. O que a instituição poderia fazer para reduzir os acidentes de trabalho?

9 ANEXOS

9.1 Anexo A: Descrição das dinâmicas

a) Dinâmica da teia

Material: sala ampla e um cordão, barbante ou novelo.

Desenvolvimento: O moderador solicitará ao grupo a ficar de pé e colocar se em círculo. O moderador deverá pedir que cada participante se apresente, dizendo o seu nome e sua expectativa dos encontros. Em seguida, prenderá o barbante no dedo e jogará para um colega, que fará o mesmo. Assim, vai formando-se uma rede. Finalizadas as apresentações, é mostrado que, se alguém afrouxa ou solta o fio, a rede toda se compromete.

Nesse momento, será realizada a pactuação para que os assuntos discutidos no grupo permaneçam apenas para grupo. Após a apresentação serão apresentados novamente os objetivos do trabalho e será realizada a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. (Adaptado de ADOLESCER, 2001)

b) Trem da solidariedade

Material: sala ampla, música.

Desenvolvimento: O moderador organiza os participantes em duplas. Cada dupla escolhe um sentimento positivo, presente no encontro realizado, que será o nome de seu vagão, que junto aos demais, compõe um trem. O moderador orienta o grupo da locomotiva a fazer o trem partir só quando o trem estiver completo. A locomotiva deve formar o trem dizendo: “o trem da solidariedade quer partir, mas falta ...” citando um dos componentes do vagão para que diga em voz alta que sentimento levando a dupla daquele vagão. Todos os grupos que forem chamados dizem que sentimentos os levam, segurando os participantes pela cintura e se juntando a locomotiva, que começa a caminhar pela sala. Quando o trem estiver completo, sai pela sala gritando o nome dos sentimentos que está levando. (Adaptado de ADOLESCER, 2001)

c) “Telefone sem fio”.

Material: local tranquilo

Desenvolvimento: O grupo fica em círculo. O moderador cochicha uma frase no ouvido do colega à sua direita, que por sua vez irá repetir o que ouviu ao seu colega, até o

final do círculo. O último a ouvir a mensagem deve repeti-la em voz alta. (Adaptado de ADOLESCER, 2001)

d) Dinâmica “Balão na roda”

Material: balões coloridos, aparelho de som, música suave e música animada.

Desenvolvimento: Distribuir um balão para cada componente, deixando-os escolher a cor. Pedir para cada um “soprar” para dentro do balão algum sentimento bom, uma manifestação de carinho para si e para os colegas. Após encher o balão, dar um nó na ponta. Pedir que os balões sejam jogados para cima no som da música, de maneira que o grupo possa tocá-los, sem deixá-los cair no chão. Se isso ocorrer, o moderador deve estimulá-los a jogá-los para cima novamente. Encerrar a brincadeira pedindo que todos estourem um balão, para libertar os bons sentimentos e impregnar o ar com eles. (Adaptado de ADOLESCER, 2001)

e) Dinâmica do Feitiço

Material: tarjetas de papel, canetas

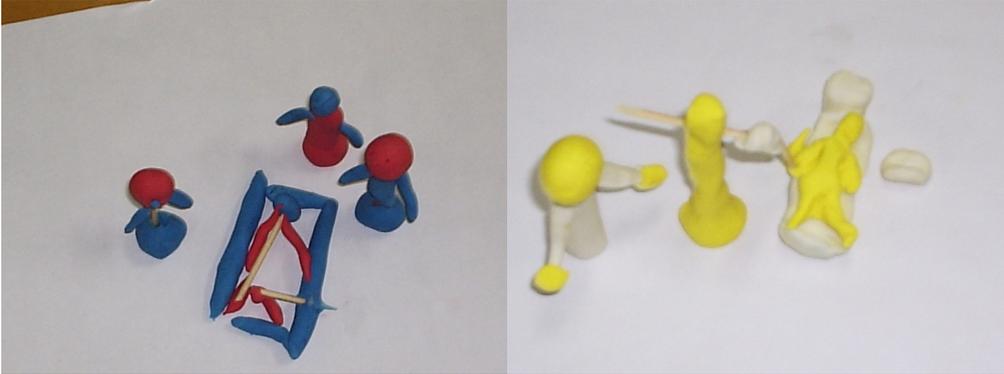
Desenvolvimento: Cada um escreverá em uma tarjeta de papel o que o seu vizinho da direita deverá fazer perante o grupo. Depois que todos tiverem escrito, cada um vai fazer o que propôs para o seu companheiro. O facilitador analisará, com o grupo, como a vida pode trazer surpresas e nossas atitudes diante disso. (Adaptado de ADOLESCER, 2001)

f) “Diploma Afetivo”

Material: folha impressa imitando um diploma, fita adesiva, lápis ou caneta para todos, música.

Desenvolvimento: Pedir que cada participante coloque o seu nome no diploma. Colocar o diploma nas costas, preso com fita adesiva. Colocar uma música calma. Solicitar que cada participante escreva o que desejar nos diplomas dos colegas. No final, fazer um grande círculo e pedir com que cada participante fale com uma palavra o que está levando deste período de convivência com o grupo (Adaptado de ADOLESCER, 2001).

9.2 Anexo B: Criações das dinâmicas





Para não ser prejudicado



Na medida do possível
trabalhar com mais calma e
cuidado



Também
COM SIGO MESMO.



Assim sendo +
FELIZ!

Tentar não se sobrecarregar



Pedindo ajuda para o
colega



Tentar não LEVAR os
Problemas para casa

FAZER no curso com mais paciência
TER MAIS CARINHO em tudo que faz

**auxilia na
recuperação
do paciente**

DANDO AQUELE SORRISO P O
TEU DIA PROMETE SER UM DOS
MELHORES,
TRABALHAR S/ STRESS

valoriza a vida.

ANA PAULA STEFFENS

**REPERCUSSÕES DE ACIDENTES DE TRABALHO COM PÉRFURO-
CORTANTE NA VIDA DE TRABALHADORES DE ENFERMAGEM**

FLORIANÓPOLIS
2006

S817r Steffens, Ana Paula
Repercussões de acidentes de trabalho com pérfuro-cortante na vida
de trabalhadores de enfermagem / Ana Paula Steffens, 2006.
144 f. ; 30 cm.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina,
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2006.
“Orientação: Profª. Drª. Francine Lima Gelbcke”

1. Acidentes de trabalho - Enfermagem. 2. Trabalhadores de
enfermagem. 3. Cuidados de enfermagem. 4. Saúde ocupacional.
I. Título.

CDU : 331.465:616-083

Índice para o catálogo sistemático:

1. Acidentes de trabalho - Enfermagem	331.465:616-083
•Trabalhadores de enfermagem	616-051
•Cuidados de enfermagem	616-083
•Saúde ocupacional	331.47

Catálogo na fonte elaborada pela bibliotecária
Kátia Stefani – CRB 10/1683