

UNIVERSIDADE DO PORTO

FACULDADE DE PSICOLOGIA  
E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

**- ACIDENTES DE TRABALHO NA ÁREA DA SAÚDE -**  
**Contribuições de um projecto da Psicologia do Trabalho**  
**para a melhoria das condições de trabalho em Portugal.**

Dezembro de 2000

Dissertação apresentada pela Licenciada  
**Carla Sofia Carrilho Lopes Santarém Semedo,**  
para a obtenção do grau de mestre em Psicologia  
na área da Psicologia do Trabalho  
sob a orientação da  
Professora Doutora Marianne Lacomblez

## AGRADECIMENTOS

Para a elaboração da presente Tese, pude contar com a preciosa disponibilidade e colaboração de um sem número de pessoas.

Contudo, não posso deixar de fazer alguns agradecimentos pessoais.

À equipa do Serviço de Medicina Familiar e Ocupacional, e em particular, ao Dr. António Barroso, que desde o primeiro instante mostrou interesse e disponibilidade pelo meu trabalho.

Aos Enfermeiros-Chefes dos Serviços de Neurologia Médica (Enf. Sobreiro), de Neurocirurgia (Enf<sup>a</sup>. Travessa) de TCE (Enf<sup>a</sup>. Barbosa) e de Urgência, muito especialmente à Enf<sup>a</sup>. Marques Teixeira, pela forma inexcedível como me acompanhou no seu Serviço (Urgência), sendo este o de mais difícil acesso.

A todos os enfermeiros que prontamente colaboraram comigo, deixando-me observar o seu trabalho e esclarecendo prontamente as minhas dúvidas.

À Dra. Diana Pinho, que me orientou de forma muito concreta nos momentos mais importantes deste trabalho.

À Prof. Dra. Marianne Lacomblez, pela revisão final e apreciação crítica da Tese.

Ao Dr. Vitor Casaca que, na qualidade de "chefe", mas sobretudo de amigo, flexibilizou o meu trabalho de modo a poder compatibilizá-lo com o Mestrado.

Ao meu então namorado, hoje marido, Pedro, que me levou à Faculdade de Psicologia no dia de encerramento das inscrições para o Mestrado e desde então não parou de me incentivar, e a quem devo a última revisão do texto da Tese.

Aos meus pais, para quem todas as palavras não chegam para agradecer o que por mim fizeram.

# ÍNDICE

RESUMO

**INTRODUÇÃO** .....12

**CAP. 1.: O QUADRO TEÓRICO** .....16

1.1. A PSICOLOGIA DO TRABALHO .....16

1.2. A ERGONOMIA .....18

1.3. A ANÁLISE DO TRABALHO .....22

1.4. O ERRO HUMANO .....26

1.5. ACIDENTES DE TRABALHO .....28

**CAP. 2.: OS ACIDENTES DE TRABALHO NA ÁREA DA SAÚDE EM PORTUGAL** .....32

2.1. CARACTERIZAÇÃO JURÍDICA DOS ACIDENTES DE TRABALHO ...32

2.2. AS ESTATÍSTICAS NACIONAIS .....33

2.3. A ESTATÍSTICA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE .....35

2.4. METODOLOGIA DE RECOLHA DE DADOS SOBRE ACIDENTES DE TRABALHO PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE .....36

2.5. A EVOLUÇÃO RECENTE DOS RISCOS ASSOCIADOS ÀS PROFISSÕES NA ÁREA DA SAÚDE .....44

2.5.1. A CONCEPÇÃO DA PREVENÇÃO .....46

<b>CAP. 3. A CONSTRUÇÃO DE UM MÉTODO</b>	<b>49</b>
<b>3.1. AS OPÇÕES METODOLÓGICAS DE PARTIDA</b>	<b>49</b>
<b>3.2. A ESCOLHA DO TERRENO E A SUA ESPECIFICIDADE</b>	<b>53</b>
<b>3.2.1. O HOSPITAL GERAL DE SANTO ANTÓNIO</b>	<b>53</b>
A) Caracterização Histórica	53
B) Caracterização Jurídica	56
C) Caracterização Funcional	57
D) Caracterização dos Recursos Humanos	58
E) Caracterização do Atendimento Prestado	60
F) O Serviço de Medicina Familiar e Ocupacional	61
<b>3.3. O "AFUNILAMENTO" PROGRESSIVO DA ABORDAGEM</b>	<b>63</b>
<b>3.3.1. RECOLHA E UTILIZAÇÃO DOS DADOS ESTATÍSTICOS EXISTENTES</b>	<b>63</b>
<b>3.3.3.1. Acidentes de Trabalho no Hospital Geral de Santo António</b>	<b>64</b>
<b>3.3.2. OS CONSTRANGIMENTOS DO INVESTIGADOR</b>	<b>72</b>
A) As Picadas de Agulha	74
B) População	75
C) O Local (Os Serviços): as primeiras opções e a reorientação	76
 <b>CAP. 4.: A PESQUISA</b>	 <b>83</b>
<b>4.1. OS SERVIÇOS</b>	<b>83</b>
<b>4.1.1. O SERVIÇO DE URGÊNCIA</b>	<b>83</b>
A) Espaço Físico	84
B) Caracterização dos Recursos Humanos	85
C) Caracterização do Atendimento Prestado	87

D) Observações Realizadas .....	87
<b>4.1.2. O SERVIÇO DE NEUROLOGIA MÉDICA .....</b>	<b>88</b>
A) Espaço Físico .....	88
B) Caracterização dos Recursos Humanos .....	89
C) Caracterização do Atendimento Prestado .....	90
D) Observações Realizadas .....	90
<b>4.2. A ANÁLISE DA ACTIVIDADE .....</b>	<b>91</b>
<b>4.2.1. O TRABALHO PRESCRITO .....</b>	<b>92</b>
4.2.1.1. Tarefa Prescrita de Colheita de Sangue Venoso .....	92
4.2.1.2. Tarefa Prescrita de Administração de Medicação por Injecção ....	94
<b>4.2.2. O TRABALHO REAL .....</b>	<b>97</b>
4.2.2.1. Actividade Real de Colheita de Sangue Venoso - S. Urgência ...	97
Preparação do material necessário ao procedimento .....	97
Procedimento .....	98
4.2.2.2. Actividade Real de Administração de Medicação por Injecção - S.	
de Urgência .....	101
Preparação do material necessário ao procedimento .....	102
Procedimento .....	103
4.2.2.3. Actividade Real de Colheita de Sangue Venoso - S. Neurologia	
Médica .....	107
Preparação do material necessário ao procedimento .....	107
Procedimento .....	107
<b>4.3. A DISCUSSÃO DOS DADOS .....</b>	<b>112</b>
<b>4.3.1. CONSIDERAÇÕES DECORRENTES DAS OBSERVAÇÕES .....</b>	<b>112</b>

4.3.2. O DOSSIER DE ACIDENTES .....	114
4.3.3. TRABALHO PRESCRITO VS. TRABALHO REAL .....	116
4.3.4. PONTOS CRÍTICOS .....	117
4.3.5. OUTROS ESTUDOS .....	119
4.3.6. PROPOSTAS DECORRENTES DAS SITUAÇÕES ANALISADAS .....	121
4.3.6.1. O Questionário .....	121
4.3.6.2. A Actividade Desenvolvida nos Serviços de Urgência e de Neurologia Médica .....	124
4.3.7. CONCLUSÃO .....	126
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	132
ANEXOS	

## **ÍNDICE DE QUADROS:**

Quadro 1: Acidentes de Trabalho registados pelo Min. do Trabalho em 1996/97...	34
Quadro 2: Evolução do número de acidentes e da incidência segundo o número de efectivos .....	35
Quadro 3: Taxa de sinistralidade referente às Instituições dependentes do Ministério da Saúde, 1992/94 .....	40
Quadro 4: Caracterização-tipo dos acidentes ocorridos em 1992, 1993, 1994 .....	41
Quadro 5: Incidência do HIV em alguns países da Europa Ocidental .....	45
Quadro 6: Distribuição por sexo do pessoal de Enfermagem .....	59
Quadro 7: Número de doentes por tipo de internamento .....	60
Quadro 8: Tipo de acidentes em serviço/doenças profissionais em 1998 .....	65
Quadro 9: Identificação dos "pontos - pivot" susceptíveis de contribuir para a ocorrência de acidentes por picada de agulha. ....	82
Quadro 10: Utentes admitidos no HGSA em 1998 .....	87
Quadro 11: Utentes atendidos no S. Neurologia Médica em 1998 .....	90
Quadro 12: Caracterização dos acidentes por picada de agulha no S. de Urgência em 1998 .....	114
Quadro 13: Caracterização dos acidentes por picada de agulha no S. de Neurologia Médica de 1998 .....	114

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Distribuição dos acidentes de trabalho por distrito no 3º trimestre de 1997 .....	34
Gráfico 2: Distribuição dos utentes por grupo etário e sexo, 1998 .....	60
Gráfico 3: Tipos de acidente em serviço, 1998 .....	66
Gráfico 4: Acidentes de trabalho por categoria profissional, 1998 .....	67
Gráfico 5: Acidentes de trabalho por grupo etário, 1998 .....	68
Gráfico 6: Acidentes de trabalho por sexo, 1998 .....	69
Gráfico 7: Horas de ocorrência dos acidentes, 1998 .....	69
Gráfico 8: Acidentes por local de trabalho, 1998 .....	70
Gráfico 9: Tarefas com ocorrência de picada de agulha nos enfermeiros, 1998 ....	71
Gráfico 10: Acidentes por picada de agulha e por local de trabalho nos enfermeiros, 1998 .....	72

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Sistema de veias difíceis ou "butterfly" .....	101
Figura 2: Catéter venoso (com tubo de protecção) .....	106
Figura 3: Mandril (com tubo de protecção) .....	106
Figura 4: "Vacutainer" (com tampas de protecção), porta tubos e tubo .....	110



## RESUMO

O presente trabalho encontra-se seccionado em quatro capítulos. No primeiro, o Quadro Teórico, são apresentados aspectos teóricos relacionados com a Psicologia do Trabalho e a Ergonomia, na perspectiva da análise do "erro humano", da gestão do risco e da melhoria das condições de saúde ocupacional, abordagens privilegiadas no âmbito deste trabalho.

No segundo capítulo, serão enquadrados juridicamente os acidentes de trabalho em Portugal e caracterizados os acidentes de trabalho na área da saúde, bem como apresentados os dados estatísticos que nos permitem compreender a relevância deste tema no contexto laboral português. Da mesma forma, será apresentada a proposta metodológica usada pelo Ministério da Saúde na análise dos acidentes de trabalho.

O terceiro capítulo é relativo à elaboração do método sobre o qual assenta a investigação e às escolhas efectuadas em função dos constrangimentos encontrados no terreno.

O quarto capítulo apresenta os dados empíricos pesquisados no terreno, a sua análise e as conclusões que daí decorrem, nomeadamente, no que respeita aos comportamentos observados considerados críticos para a potenciação da ocorrência de acidentes. São ainda postos em evidência informações relativas a estudos nesta área, realizados noutros países, bem como sugestões que destes decorrem.

## RESUMÉ

Ce travail est divisé en quatre chapitres. Dans le premier, relatif au cadre théorique, nous présentons certaines contributions de la Psychologie du Travail et de l' Ergonomie, qui ont été pertinentes dans l'analyse de "l'erreur humaine", de la gestion du risque et de l'amélioration des conditions de santé au travail, thèmes qui ont été privilégiés au sein de cette thèse.

Dans le deuxième chapitre, une approche juridique des accidents de travail au Portugal est développée, suivie d'une caractérisation des accidents de travail dans le secteur de la santé, complétée par des données statistiques qui permettent de comprendre l'importance de ce thème dans le contexte portugais. Nous situons également la démarche méthodologique utilisée par le Ministère de la Santé dans l'analyse des accidents de travail.

Le troisième chapitre est relatif à l'élaboration de la méthode sur laquelle s'appuie la recherche développée dans cette étude et les choix effectués face aux contraintes du terrain.

Le quatrième chapitre présente les données statistiques relatives aux accidents de travail survenus sur le terrain de la recherche, leur analyse et les conclusions que l'on peut en déduire, notamment pour ce qui concerne les comportements observés considérés critiques face au risque d'accident. Cela a aussi permis de mettre en évidence des informations relatives à des études menées dans ce domaine et réalisées dans d'autres pays. Des suggestions ont pu être avancées en conclusion.

## ABSTRACT

The present work is divided in four chapters. The first one, the theoretical frame, presents some theoretical points related to Work Psychology and Ergonomics, in the perspective of the "human error" analysis, of risk management and the improvement of occupational health conditions, privileged approaches in the scope of this work.

In the second chapter, the work accidents in Portugal will be juridically framed and characterized in the Health area, as well as the statistical data that allow us to understand the outstanding of this subject in the Portuguese work context. In the same way, it will be presented the methodological proposal used by the Health Ministry in the analysis of work accidents.

The third chapter is related to the method conception in which the investigation lies down and to the taken choices resulting from the constraints found in the field.

The fourth chapter presents the empirical data researched in the field, its analysis and the consequent conclusions, specifically, in what concerns the observed behaviours considered critical to the potentiation of accident occurrences. There is still evidenced information related to developed studies in this area, achieved in other countries, as well as some consequent suggestions.

## INTRODUÇÃO

Com a evolução económica e social do mercado de trabalho, os trabalhadores têm sido confrontados, em quase todos os sectores de actividade, com alterações mais ou menos rápidas nos seus instrumentos de trabalho, nos seus modos operatórios e no raio de acção das suas competências.

Assim, cada vez mais, em empresas que se regem por elevados padrões de qualidade, "tudo" é responsabilidade de todos, tendo como objectivo final a concretização dos objectivos traçados, a satisfação das necessidades dos clientes e a evolução da empresa num mercado altamente concorrencial.

Mesmo no sector público, onde a evolução neste sentido é mais lenta, tende-se já a traçar um caminho idêntico.

Contudo, o critério "rentabilidade" determina que, muitas vezes, as preocupações sociais com os trabalhadores sejam colocadas em segundo plano. A não renovação de contratos, a subcontratação de trabalhadores e a redução de efectivos são políticas recorrentes na economia actual.

Se numa primeira análise, esta política é rentável, em termos de custos sociais e humanos ela deverá revelar-se certamente menos optimista, traduzindo-se numa maior incerteza para o trabalhador quanto ao correcto desempenho das suas funções, numa

menor capacidade para lidar com situações inesperadas e, conseqüentemente, numa maior exposição a riscos e acidentes laborais.

Outras explicações, decorrentes do meio e dos próprios trabalhadores, para além da incerteza contratual, poderão também estar na origem desta exposição, como por exemplo, a pressão temporal, a percepção do risco, o domínio das técnicas, etc.

Partindo desta reflexão, ponderei o interesse e a pertinência de desenvolver um projecto na área da Psicologia do Trabalho que, de alguma forma, envolvesse a problemática acima referida.

Gostaria pois, de poder contribuir para uma melhor compreensão dos fenómenos que envolvem e contribuem para a potenciação e para a ocorrência de acidentes de trabalho, articulando esta investigação com os pressupostos da Psicologia do Trabalho e da Ergonomia francófona, que valorizam a melhoria das condições em que os trabalhadores desenvolvem a sua actividade.

E, em consonância com estas correntes teóricas, esse projecto só poderá ser levado a cabo através do estudo da actividade real de trabalho, inserida no seu contexto e valorizada pelas características individuais de cada trabalhador.

Assim, o estudo é desenvolvido tendo como base o pressuposto metodológico de que só através da análise da actividade real de trabalho é possível conhecer os constrangimentos a que estão sujeitos os trabalhadores no seu dia-a-dia e, portanto,

conhecer aquilo que eles fazem realmente, e não somente o que é suposto fazerem (actividade prescrita).

Para levar a cabo esta análise, foram utilizadas determinadas técnicas de recolha de dados, nomeadamente, a observação sistemática (vários dias à mesma hora) e ocasional (em função da disponibilidade), a análise documental e a análise das verbalizações dos trabalhadores. Os dados recolhidos após primeiro tratamento, foram depois validados pelos próprios trabalhadores, através da restituição de dados e das sugestões por eles apresentadas.

A parte empírica do estudo decorreu entre Junho e Novembro de 1999, tendo como terreno os Serviços de Urgência, de Neurologia Médica, de Neurocirurgia e de Traumatismos Crânio-Encefálicos do Hospital Geral de Santo António.

As tarefas em análise, determinadas em função da sua significância, foram a colheita de sangue venoso e a administração de medicação por injeção.

O trabalho que agora se apresenta, encontra-se estruturado em quatro partes fundamentais: a primeira (Capítulo 1), em que é efectuado um enquadramento teórico dos conceitos que pautam a investigação; a segunda (Capítulo 2), em que são caracterizados nas suas diversas vertentes, os acidentes de trabalho; a terceira (Capítulo 3), onde tem lugar a construção do método e a caracterização da Instituição; a quarta (Capítulo 4), onde é feita a análise da actividade real de trabalho por contraposição ao trabalho prescrito.

Numa das secções deste último capítulo, são apresentadas as considerações que decorrem do trabalho efectuado, quer a nível prático, quer a um nível mais teórico.

Procurou-se, com a estrutura apresentada, evidenciar uma sequência que se pretendeu lógica, mas também que apresentasse uma sequência de acção, isto é, de acordo com a cronologia dos "passos" dados na prossecução do trabalho.

Na perspectiva do conteúdo, pretendeu-se, ao longo do trabalho, adequar a uma situação prática, um conjunto de pressupostos teóricos, através de uma metodologia menos quantitativa e menos orientada para a generalização dos resultados. Ao contrário, a mais valia da metodologia utilizada, centra-se na especificidade dos aspectos analisados e na apreensão das particularidades que ajudam à compreensão do fenómeno em estudo.

Tanto ao nível da forma como do conteúdo, houve sempre uma preocupação em equilibrar e justificar as opções teóricas e metodológicas com os condicionamentos e constrangimentos a que o trabalho esteve sujeito.

# **CAPÍTULO 1: O QUADRO TEÓRICO**

## **1.1. A PSICOLOGIA DO TRABALHO**

As primeiras situações de trabalho que interessaram aos psicólogos, foram essencialmente situações em que a componente sensorio-motora desempenhava um papel importante.

Tal interesse era fundado no facto de que, este tipo de tarefas, espelhava as necessidades da indústria e da rentabilização da mão-de-obra, o que, de alguma forma, revela já um pedido social, mais tarde posto em evidência, nomeadamente, por Guérin et al. (1997).

Inicialmente centrados quase exclusivamente sobre o posto de trabalho, os estudos vão alargando o seu âmbito de investigação às condições de trabalho envolventes, quer em termos físicos, quer organizacionais, quer sociais.

A partir dos anos 50, o sector terciário ganha importância e a indústria transforma-se, transformação que traz consigo uma nova realidade: o operador já não intervém directamente com o objecto a transformar, mas fá-lo através de dispositivos intermediários, que medeiam as informações provenientes do campo de trabalho e as acções exercidas sobre este, o que implica uma actividade cognitiva cada vez maior (Leplat, 1993).



Nos anos 80, com o desenvolvimento da informática, o campo industrial sofre grandes alterações com a introdução de novas tecnologias. A evolução do trabalho é marcada cada vez mais por um carácter aparentemente arbitrário, em que é necessário descobrir soluções para problemas originais e que não são passíveis de serem claramente previstos a priori. Tal, torna difícil definir um procedimento, dada a variedade de condições que se podem apresentar e a multiplicidade das possibilidades de solução (Leplat, 1993).

Assim, a ênfase será posta no conhecimento que é preciso ter sobre a situação e a competência que os operadores necessitarão para elaborar as suas próprias soluções a partir dos seus conhecimentos e do estado do sistema (Montmollin, 1986 In J. Leplat, 1993).

Karnas (1987), apresenta uma definição em que refere que toda a actividade (de trabalho) humana comporta, com mais ou menos intensidade, quatro componentes:

- trabalhar é ocupar posturas, realizar gestos;
- trabalhar é tratar informação, é comunicar com a matéria, directa ou indirectamente, com a ajuda de intermediários mais ou menos complexos (por ex. máquinas, em sentido lato);
- trabalhar é também regular processos complexos nascidos das interacções entre células de um sistema, onde se é, em si mesmo, um dos elementos, que também é um sistema;
- finalmente, trabalhar é pôr em jogo processos de pensamento que geram as actividades precedentes, é recorrer a algoritmos, heurísticas, representações e estratégias.

O operador é alguém que "no desempenho da sua função, desenvolvendo a sua actividade, terá que fazer face aos imprevistos, às imperfeições do sistema de produção (das matérias primas, dos equipamentos, da comunicação...) e que, devido a estas dificuldades, terá que reajustar os seus comportamentos e os seus objectivos" (Lacomblez et al, 1999, p. 8).

Esta dupla direcionalidade entre trabalhador e actividade está também patente na definição de trabalho apresentada por Teiger: "o trabalho é uma actividade finalizada, realizada de forma individual ou colectiva por um determinado homem ou mulher, num determinado tempo, situado num contexto particular que fixa os constrangimentos imediatos da situação. Esta actividade não é neutra, ela transforma, por seu turno, aquele ou aquela que a leva a cabo" (1993, pp. 78-79).

Por assumir, a partir dos anos 60, a análise privilegiada dos processos cognitivos, a evolução da Psicologia do Trabalho está profundamente relacionada com a evolução da Ergonomia e da sua própria contribuição neste projecto de intervenção pluridisciplinar.

## **1.2. A ERGONOMIA**

A ergonomia tem a sua origem no Pós Segunda Guerra Mundial, altura em que se formou, em Inglaterra, o primeiro grupo de trabalho pluridisciplinar (nomeadamente, psicologia, fisiologia, engenharia, anatomia), cujo berço tinha sido definido pelo

objectivo de tentar compreender os problemas que perturbavam o funcionamento dos operadores humanos durante a guerra. (Teiger, 1993).

A ênfase foi então posta nas questões da produtividade do trabalho humano e as preocupações privilegiavam a contribuição da fisiologia do trabalho.

Um pouco mais tarde, este interesse multidisciplinar estendeu-se ao mundo industrial, contexto em que a ergonomia se desenvolveu e criou diferentes correntes, segundo a orientação e os pressupostos metodológicos subjacentes à forma como a investigação era levada a cabo.

A grande inovação apresentada pela ergonomia foi a inversão da ideia de que o homem se devia adaptar à máquina, até aí considerada como algo imutável, para a ideia de que são as máquinas que devem ser adaptadas às características humanas.

O seu âmbito foi também alargado no sentido em que passou a ter também como objectivos a construção de ambientes de trabalho mais seguros e saudáveis e a melhoria da qualidade de vida no trabalho.

As orientações mais recentes da ergonomia diferem quer em termos geográficos, quer em termos de língua, pelo que é habitual ouvir-se falar da corrente francófona e da corrente anglo-saxónica.

Montmollin (1998), contudo, refere que o critério da língua é impreciso e defende que as duas ergonomias devem ser distinguidas pelas instituições que as representam: a Human Factors and Ergonomics Society (HFES) e a Société d' Ergonomie de Langue Française (SELF).

A HFES é uma ergonomia do "componente humano", que se baseia em ciências como a fisiologia e a psicologia. É uma abordagem fechada no seu domínio, em que só excepcionalmente se discutem publicações de outras disciplinas relacionadas com o trabalho humano (Montmollin, 1998).

Centra-se em aspectos normativos a partir de trabalhos experimentais realizados em laboratório e na eficácia homem-máquina (a situação de trabalho é reduzida a este interface) (Teiger, 1993).

A ergonomia francófona e escandinava tem como cerne a compreensão da actividade em situação real, a transformação do trabalho e das suas condições e a protecção da saúde (Teiger, 1993).

A SELF funda-se sobre a análise da actividade. A situação de trabalho é considerada como indo além da interface homem-máquina. É uma abordagem aberta e diversa, em que são frequentes as interacções com outras áreas de conhecimento ligadas ao trabalho humano.

É a análise do trabalho, em particular da actividade, que lhe dá então especificidade, por oposição à Task and Job Analysis, que é quase sempre limitada a uma análise da tarefa prescrita.

A ergonomia da SELF põe ênfase nos processos vividos e no terreno, numa tecnologia original (rica em modelos de análise específicos), na complexidade das situações reais, no tempo, na gestão temporal dos contextos dinâmicos, na contribuição face aos problemas (e não na pretensão de os resolver, enquanto peritos) e na importância atribuída à significação (Montmollin, 1998).

É, pois, dentro desta perspectiva que se desenrolará a presente investigação, na medida em que se trata da análise de uma situação complexa, que envolve não só a actividade do operador, mas também uma série de variáveis que têm que ser analisadas no terreno e em paralelo com o decorrer da actividade.

Tanto para a SELF, como para a HFES, a ergonomia é uma disciplina em que os paradigmas se transformam segundo uma evolução progressiva, pois está ligada simultaneamente à transformação dos problemas do trabalho e à evolução das teorias científicas.

Em 1988, a Société d'Ergonomie de Langue Française definiu e adoptou o conceito de ergonomia como: "o conjunto de conhecimentos científicos relativos ao homem e necessários para conceber instrumentos, máquinas e dispositivos que possam ser utilizados com o máximo de conforto, de segurança e de eficácia" (Teiger, 1993, p. 79;

[www.ergonomie-self.org/Pager/Plan.html](http://www.ergonomie-self.org/Pager/Plan.html)). Este conceito foi enriquecido mais tarde (1993) com o alargamento do seu campo aos aspectos simbólicos dos dispositivos e dos instrumentos, à envolvente organizacional, às comunicações, conhecimentos e representações dos trabalhadores, entendendo também os critérios de saúde na sua aceção mais geral (Teiger, 1993).

Assim, a intervenção do ergónomo supõe a capacidade de:

- aceder à situação de trabalho;
- apreender esta situação na sua globalidade;
- explicar a realidade da actividade;
- transmitir conhecimentos de que os actores da empresa devem poder apropriar-se, integrando-os no processo de concepção (escolha técnica, organizacional, de formação, de documentação);
- transmitir conhecimentos de que os actores devam poder apropriar-se, integrando-os na sua cultura ([www.ergonomie-self.org/Pager/Plan.html](http://www.ergonomie-self.org/Pager/Plan.html)).

### **1.3. A ANÁLISE DO TRABALHO**

" A actividade profissional de um homem ou de uma mulher, não é só aquilo que eles fazem no seu trabalho com os outros, mas também tudo o que não fazem, o que não podem fazer, o que queriam ou desejariam ter oportunidade de fazer, o que eles sentem que é possível fazer, o que sabem poder fazer (Clot, p. 23, 1996).

A partir da definição de Clot, facilmente se compreende que a análise do trabalho não pode ser descontextualizada, não pode ser simulada em laboratório, onde necessariamente seriam excluídos, à partida, determinados condicionantes e constrangimentos que influenciam a forma como o homem desenvolve a sua actividade no dia a dia de trabalho.

A actividade é um processo de interacção inteligente de um operador com as exigências da sua tarefa, os constrangimentos do meio envolvente, o seu estado interno, os seus objectivos individuais, e resulta de uma construção individual do próprio operador. Este processo de construção da actividade é permanente (Falzon & Teiger, 1995).

Contudo, a análise do trabalho não pode ser concebida senão por referência a um objectivo, em relação ao qual ela é o método (Karnas, 1987). É pois, de acordo com o objectivo do estudo, que se define o tipo de análise do trabalho a realizar.

Existem pois, várias modalidades segundo as quais a situação de trabalho pode ser analisada. Leplat (1993) sugere três formas possíveis, que se distinguem segundo os aspectos em que põem enfoque. São elas:

- uma análise centrada no sujeito (para uma ou várias tarefas fixadas)
- uma análise centrada na tarefa (para um sujeito ou uma classe determinada de sujeitos);
- uma análise centrada sobre a situação (interacção tarefa-sujeito).

Também Faverge (1972) cit. in J. Leplat (1993), como posteriormente Karnas (1987), caracteriza as modalidades de análise do trabalho a partir do ponto de vista privilegiado da análise da actividade, distinguindo quatro tipos de análises:

- a análise do trabalho (textualmente);
- as actividades gestuais;
- a informação;
- os processos de pensamento.

Para proceder então à análise do trabalho, independentemente do enfoque dado, é necessário reconstituir nos mínimos detalhes como o operador realiza a sua tarefa (as informações que detecta, os raciocínios que leva a cabo, as decisões que toma, a sua forma de gestão da incerteza e do imprevisto, os seus esforços, os seus gestos...), isto é, o que permite identificar os constrangimentos segundo os quais ele a realiza e as consequências que daí resultam em termos de saúde e de emprego (Teiger & Laville, 1991).

Leplat (1980 in G. Karnas 1987), define a distinção entre análise da tarefa e análise da actividade, referindo que a primeira comporta a situação da tarefa no seu contexto, a descrição da tarefa e a descrição relativa às variáveis através das quais se pode mostrar a influência sobre o comportamento do operador. A análise da actividade, por seu turno, distingue os aspectos observáveis, os mecanismos que regem a organização destes aspectos e a regulação da actividade.



Esta distinção ou duplo objectivo é consonante com a apresentada por Lacomblez (1997) e Lacomblez et al. (1999), que faz corresponder a análise da tarefa ao trabalho prescrito, no sentido de que a caracteriza como uma descrição objectiva das condições de trabalho no seio das quais são desempenhadas determinadas funções; a análise da actividade corresponde, segundo os autores, ao trabalho real e pretende explicar o modo como o ser humano-trabalhador acaba por gerir o desempenho da sua função face aos vários condicionalismos que a caracterizam necessariamente.

A análise da actividade (ou das condutas) é a que fornece mais ensinamentos que interessam aos objectivos essenciais da análise do trabalho, porque a realidade do trabalho é normalmente distinta do prescrito, porque o objectivo principal da análise do trabalho é a melhoria das condições oferecidas ao homem no trabalho e/ou da sua eficácia (e este objectivo só poderá ser atingido se a actividade real estiver no centro das preocupações), e porque a análise da actividade se tornou um dos suportes empíricos (no sentido anglo-saxónico do termo) da psicologia científica (Karnas, 1987).

Assim, proceder-se-à, na presente investigação, à análise da actividade como ela é definida por Leplat (in G. Karnas, 1987), uma vez que serão contemplados não só os aspectos observáveis da mesma, mas também os mecanismos dados a conhecer pelos operadores face à regulação da sua actividade.

#### 1.4. O ERRO HUMANO

No seu dia-a-dia, os trabalhadores lidam e gerem um conjunto de falhas técnicas e organizacionais, em função das quais vão definindo, progressivamente, estratégias de "regulação" que lhe facilitam o desempenho da sua função.

Isto permite que, muitas situações que poderiam à partida ser despoletadoras de erros humanos, na verdade não cheguem a causá-los e a situação seja recuperada e normalizada.

Acontecem, então, apenas variações à "normalidade", que podem dizer respeito à tarefa, à actividade ou à função sémica. As variações, como os acidentes, mas com maior densidade, são índices dos aspectos críticos das tarefas, e revelam muitas vezes objectivos ou exigências de produção mal definidas, assim como, falhas de organização, de logística ou níveis de exigência incongruentes com os definidos na tarefa prescrita (Cuny, 1993).

Contudo, em certas situações, várias dificuldades ocorrem cumulativamente, fazendo com que o trabalhador não consiga, em tempo útil, construir uma estratégia reparadora desses disfuncionamentos conjuntos, atribuindo-se a causa ao actualmente muito veiculado "erro humano".

Vários estudos realizados à volta desta temática (Leplat, 1975, 1985; Norman, 1981; Reason, 1988; Woods, 1988; Hollnagel, 1991, cit. In De Keyser & Nyssen, 1993),

parecem apontar para a definição de erro como um desvio em relação a uma norma, embora existam graus de liberdade, isto é, possibilidades de agir de forma diferente e uma intencionalidade, ou seja, a intenção prévia de seguir essa norma.

Reason (1993), refere que "erro" é um termo genérico para abarcar todas as situações em que uma sequência planeada de actividades mentais ou físicas falha o resultado final desejado e estas falhas não podem ser atribuídas à intervenção de um agente de mudança.

O mesmo autor, concebe ainda uma tipologia de classificação dos erros que contempla três níveis: os erros comportamentais, que se situam a um nível mais superficial e respeitam às características formais; os erros contextuais, que derivam do contexto e cuja explicação se apoia sobre hipóteses causais; os erros conceptuais, num nível de análise mais profundo, em que se exploram hipóteses sobre os mecanismos cognitivos implicados na produção do erro.

Independentemente do tipo de erro em causa, e uma vez que a ergonomia coloca a sua atenção sobre a actividade real, as atrás referidas dificuldades de gerir disfuncionamentos simultâneos e os erros humanos constatados durante essas observações, não têm um sentido de condenação do operador, na medida em que a falha humana assume uma função de reveladora de uma situação cuja complexidade merece ser objecto de uma análise específica, de modo a permitir a concepção de uma futura intervenção que possa contribuir para a melhoria das condições em que o trabalho se desenrola (Lacomblez, 1997).

A autora refere ainda que, "o diagnóstico que refere única e simplesmente a "falha humana", além de condenar muito facilmente certos comportamentos inadequados de certos membros do pessoal, compromete a análise que, ultrapassando o momento imediatamente anterior ao acidente, deverá realçar com rigor e precisão as razões do fracasso, num certo momento, da confrontação de certos operadores com a complexidade das suas situações de trabalho (p.7).

## **1.5. OS ACIDENTES DE TRABALHO**

Numa situação de trabalho, o Homem é confrontado com duas exigências: a exigência de produção e a exigência de segurança, procurando-se um certo nível de equilíbrio entre as duas (Faverge, 1967).

A crescente pressão temporal para a execução do trabalho, motivada pelo aumento da competitividade e da turbulência do meio envolvente, entre outros aspectos, poderá concorrer para que a exigência de produção seja muitas vezes a preocupação prevaiente do trabalhador, em detrimento das condições de segurança com que executa o seu trabalho.

Este desequilíbrio e a incapacidade de o trabalhador gerir eficazmente situações imprevistas e falhas no seu sistema de trabalho, pode desencadear situações de erro humano e, por vezes, conseqüentemente, acidentes cuja gravidade pode, em certos casos, causar a própria morte.

Contudo, se na origem do acidente podemos encontrar uma falha humana, esta nem sempre se deve a factores internos ao indivíduo, mas muitas vezes, a aspectos técnicos e organizacionais relacionados com a forma como o trabalho está organizado.

Alguns aspectos a ter em conta na análise da situação poderão ser as características do trabalhador e do grupo de trabalho em que ele está inserido, as características da situação laboral e a organização do trabalho à data em que o acidente teve lugar.

O acidente de trabalho é, pois, um problema social cuja definição tem vindo a evoluir desde o início da industrialização, progredindo-se de representações unicasais integradas em quadros circunstanciais e mecanicistas para representações mais complexas ( De La Garza, 1999), que contemplam, para além dos factores humanos, os factores técnicos e os do meio envolvente (Laflamme et Cloutier, 1991).

Face à consumação dos acidentes, o seu estudo torna-se difícil, na medida em que, embora em termos de prejuízo para o trabalhador, sejam demasiado frequentes, eles são relativamente raros e acontecem muito rapidamente para tornarem possível a sua observação.

Deste modo, uma opção pode consistir em estudar detalhadamente os acontecimentos e os elementos disponíveis relativamente à fase anterior ao acidente, completada por informações recolhidas na fase posterior a este, nomeadamente no que diz respeito à actividade desenvolvida pelos sujeitos no seu dia a dia.

É na tentativa de contribuir para uma melhoria das condições de trabalho na área da Saúde que a presente investigação incide na análise dos acidentes de trabalho em meio hospitalar, procurando, à luz da Psicologia do Trabalho e da Ergonomia, abarcar não só a actividade que se pretende estudar, mas também a complexidade do processo que a envolve, contribuindo desta forma para uma visão mais compreensiva e menos redutora do erro humano.

E, porque o processo acidental faz parte integrante do processo de trabalho, a sua análise não se pode fazer independentemente da análise da actividade (Weill-Fassina, 1997).

Para tal, em termos práticos, torna-se necessário conhecer de muito perto a actividade real de trabalho, a forma como as tarefas são levadas a cabo e os constrangimentos a que estão sujeitas (ultrapassando a análise do trabalho prescrito), tendo ainda em conta a variabilidade inter e intra-sujeito.

Os acidentes, como sintoma de disfuncionamento, desempenham um papel que é essencial na análise do trabalho, papel esse, que tem uma dupla orientação:

- o acidente só se pode interpretar bem se houver um certo conhecimento do trabalho em que ele ocorreu;
- o acidente revela certos aspectos do trabalho com ele relacionado (dificuldades, pontos críticos) e, portanto, contribui para a sua análise (Leplat, 1986, In X. Cuny, 1993).

Em suma, existe uma complementaridade entre a análise dos acidentes e a análise do trabalho, que consiste num ganho para ambas, pelo que devem ser realizadas de modo interactivo.

## **CAPÍTULO 2: OS ACIDENTES DE TRABALHO NA ÁREA DA SAÚDE EM PORTUGAL**

### **2.1. CARACTERIZAÇÃO JURÍDICA DOS ACIDENTES DE TRABALHO**

A problemática dos acidentes de trabalho tem sido objecto de uma crescente preocupação por parte do Governo e dos Organismos que tutelam esta área. A prová-lo, está o recente Decreto-Lei nº 143/99 de 30 de Abril, que regulamenta a Lei 100/97 de 13 de Setembro, no que respeita à reparação dos danos emergentes dos acidentes de trabalho.

Durante mais de 30 anos, a lei nº 2127 de 3 de Agosto de 1965 constituiu a base jurídica da reparação dos acidentes de trabalho e das doenças profissionais dos trabalhadores por conta de outrem ([www.terravista.pt/BaiaGatas/1075/14399.html](http://www.terravista.pt/BaiaGatas/1075/14399.html)).

A necessidade de assegurar aos sinistrados condições adequadas de reparação dos danos decorrentes dos acidentes de trabalho e das doenças profissionais, assim como a necessidade de adaptar a legislação à evolução da realidade sócio-laboral, esteve na origem da revisão da referida lei.

Acidente de Trabalho é, de acordo com a Secção II, artigo 6º da Lei 100/97 “aquele que se verifique no local e no tempo de trabalho, produzindo, directa ou indirectamente, lesão corporal, perturbação funcional ou doença de que resulte redução na capacidade de trabalho ou de ganho ou a morte”.



A nova lei passa a contemplar aspectos importantes até então não tidos em conta, como por exemplo, o trabalhador independente e os trabalhadores estrangeiros residentes em Portugal, sinistrados em acidentes de trabalho no estrangeiro; contempla alargamentos no âmbito do local do acidente e actualização dos subsídios, entre outros.

Contempla ainda, para além dos acidentes resultantes da utilização de máquinas, os decorridos da utilização de outros equipamentos de especial perigosidade, o que não deixa de apresentar particular interesse para esta pesquisa.

## **2.2. AS ESTATÍSTICAS NACIONAIS**

Apesar da crescente preocupação e conseqüente sensibilização para as questões relacionadas com os acidentes de trabalho, os registos anuais desta matéria continuam a ser preocupantes.

Nos anos anteriores ao que o presente trabalho diz respeito –1996 e 1997 – (não estão ainda disponíveis dados de 1998), e apenas com base nas participações de sinistros enviadas ao Departamento de Estatística e Formação Profissional do Ministério do Trabalho pelas entidades seguradoras (DL nº362/93, de 15 de Outubro), foram registados os seguintes acidentes:

Nº de Acidentes Registados	1996	1997
1º Trimestre	-	51 254
2º Trimestre	54 199	55 556
3º Trimestre	55 955	54 930
4º Trimestre	53 353	52 886

Quadro 1: Acidentes de Trabalho registados pelo Ministério do Trabalho em 1996/97 (www.mts.gov.pt).

Embora a evolução não seja significativa, e em alguns casos seja mesmo negativa, os valores apresentam-se bastante elevados, se tivermos em conta que os acidentes registados apenas contemplam as situações em que houve uma participação à companhia de seguros, não se encontrando abrangidos nesta estatística os restantes acidentes, pelo que os verdadeiros números se tornam impossíveis de calcular e deverão estar situados em níveis superiores aos apresentados.

Dos valores acima enunciados, e a título exemplificativo, apresenta-se a distribuição geográfica dos acidentes do 3º trimestre de 1997 por Distritos:

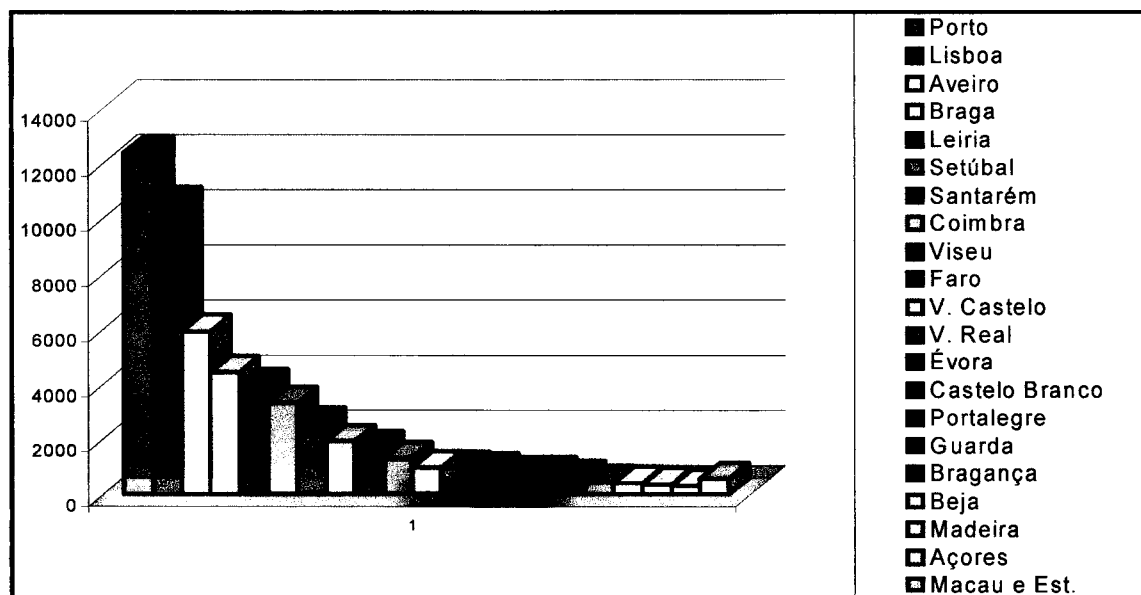


Gráfico 1 : Distribuição dos acidentes de trabalho por Distrito no 3º trimestre de 1997 (www.mts.gov.pt).

A soma dos valores apresentados pelos distritos da zona Norte totaliza 40,1% do total de acidentes registados.

A nível geral, e com base na mesma fonte estatística, em termos de sectores de actividade, o sector Saúde e Acção Social apresenta 1,2% do total de acidentes a nível nacional.

É a área da Saúde que, por ter sido objecto de poucos estudos em Portugal, tendo em conta a tradição científica referida, iremos abordar no presente trabalho.

Vejamos por isso, os trabalhos existentes para o sector.

### 2.3. A ESTATÍSTICA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

No âmbito do presente trabalho, verifica-se, de acordo com as últimas estatísticas disponibilizadas pelo Ministério da Saúde relativas às Instituições dependentes deste Ministério, que a evolução da ocorrência tem sido similar à evolução da incidência de acidentes:

ANOS	Nº EFECTIVOS	Nº ACIDENTES	INCIDÊNCIA
1989	99 770	926	9.28
1990	100 870	1 079	10.70
1991	102 442	1 188	11.60
1992	100 478	1 077	10.72
1993	99 774	1 313	13.16
1994	104 585	1 464	14.00

Quadro 2: Evolução do número de acidentes e da incidência segundo o número de efectivos (Deptº R.H. do Min. da Saúde, 1992/94).

Os valores acima apresentados mostram que, à excepção do ano de 1992, o número de acidentes e a incidência dos mesmos tem vindo progressivamente a aumentar. Enquanto que, em 1989, cerca de 9 em cada 1000 trabalhadores sofriam um acidente, este número aumentou em 1994 para 14 em cada 1000 trabalhadores (últimas estatísticas oficiais publicadas à data).

No que respeita às categorias profissionais (Deptº R. H. da Saúde, Acidentes de Trabalho, 1994), o pessoal de Enfermagem forma o grupo mais acidentado, com 42,01% e uma incidência de 21,74. Seguem-se de imediato os Auxiliares, conjuntamente com os Auxiliares de Acção Médica, com 31,35% de acidentados e uma incidência de 17,65, e os Médicos, com 9,08% e 6,08, respectivamente.

#### **2.4. METODOLOGIA DE RECOLHA DE DADOS SOBRE ACIDENTES DE TRABALHO PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE**

A Saúde Ocupacional dos trabalhadores das instituições públicas de saúde em Portugal não têm sido objecto de estudo aprofundado no que toca à prevenção e tratamento dos acidentes decorrentes de actividade profissional dos indivíduos.

A nível governamental, em termos de acidentes de trabalho, existe apenas uma publicação trianual do Departamento de Recursos Humanos do Ministério da Saúde (Divisão de Estudos e Planeamento), que divulga as ocorrências registadas em Instituições dependentes do referido Ministério.

Esta publicação, resulta do levantamento, através de um **questionário fechado** (à excepção de uma das questões) dos acidentes declarados por todas as Instituições dependentes do Ministério.

Assim, **por cada acidente registado** em qualquer ponto do país e em qualquer Instituição, é aplicado um questionário padronizado, no qual o acidente é caracterizado segundo determinados padrões que a seguir se analisarão.

A publicação referida resulta do tratamento estatístico destes dados, assim registados e organizados, apresentados em quadros subdivididos em classes, que correspondem às diversas possibilidades de resposta apresentadas no inquérito.

O cálculo final da percentagem e da incidência dos acidentes é realizado aplicando as formulas seguintes:

$$\text{Indicador de Incidência} = \frac{\text{N.º de Acidentes} \times 1000}{\text{N.º de efectivos}}$$

$$\text{Percentagem de Acidente} = \frac{\text{N.º de Acidentes} \times 100}{\text{Total de Acidentes}}$$

O questionário (anexo 1) é composto por quatro grupos de questões, cada uma das quais com vários tópicos.

O **primeiro grupo** diz respeito à **Identificação do Acidentado** e divide-se em Categoria Profissional, Nível de Habilitações, Relação Jurídica de Emprego, Regime de Trabalho, Sexo e Grupo Etário.

O **segundo grupo** de questões que o questionário encerra, diz respeito à **Caracterização do Acidente**.

O primeiro item deste grupo refere-se ao Local em que o acidente teve lugar (dispondo de 16 alternativas de resposta), enquanto que, no segundo item se assinala o mês, o dia da semana e a hora em que ocorreu o acidente. O terceiro item diz respeito ao Tipo de Horário Praticado no Momento do Acidente e, o quarto, ao Número de Horas de Trabalho Cumpridas no Momento do Acidente.

O último item objecto de análise neste segundo grupo de questões é o Agente Material do Acidente. São considerados Agentes Biológicos (resultam da acção de agentes animados, como vírus, bacilos, fungos, etc.), Físicos (alterações negativas do meio envolvente, como radiações, ruídos, trepidações, temperatura, etc.), Mecânicos (acção de instrumentos ou máquinas diversas, como bisturi, tesoura, agulha, veículo, etc.), Químicos (manipulação e inalação de substâncias químicas, etc.), Psico-Sociais (condições perturbadoras do bem estar do indivíduo, nomeadamente, agressão, stress, etc.) e Outros (quedas, esforço físico, etc.).

O **terceiro grande ponto** abordado pelo questionário é composto por uma pergunta aberta em que é pedida a **Descrição Hospitalar do Acidente** (de acordo

com o boletim de exame médico, modelo nº 3, art.º 19 do Dec. Lei. 38523 de 23 de Novembro de 1951 - anexo 3).

O **último grupo** de questões diz respeito às **Consequências do Acidente** e inclui o tipo de lesão (8 alternativas de resposta), a parte do corpo atingida (8 alternativas de resposta), a gravidade do acidente (3 alternativas de resposta) o número de dias de trabalho perdidos e o número de dias de trabalho perdidos no caso de recidiva ou agravamento.

O último relatório publicado (à data de elaboração do presente trabalho) pelo Ministério da Saúde (M.S.), em Maio de 1997, refere-se ainda ao triénio de 1992-1994, pelo que, apesar de bastante antigos para um contexto em constante mutação e evolução, são os mais recentes de que dispomos e aqueles a que recorreremos para fazer o enquadramento do presente trabalho.

A totalidade das Instituições dependentes do M.S. encontra-se agrupada, no relatório do DRHS, em Administração Regional de Saúde, Serviços Centrais e Personalizados, Hospitais Centrais, Gerais e Especializados e Hospitais Distritais.

Embora os resultados apresentados pelo Ministério da Saúde no que respeita aos períodos de 1989 a 1991 e 1992 a 1994 sejam resultado do questionário que se apresenta no anexo 1, à data em que foi efectuada a recolha de dados para este trabalho, o referido questionário tinha já sido reformulado.

Algumas evoluções são notórias entre os dois: passa-se a contemplar o número de dias de trabalho cumpridos entre o último descanso semanal e o momento do acidente e, adicionalmente, está também presente a informação relativa à prestação de primeiros socorros ao acidentado.

Fundamental, é também a introdução de um item relativo à acção que conduziu à lesão (onde as picadas de agulha são já consideradas como uma subcategoria) e a maior especificidade do agente de lesão e da gravidade do acidente.

Contudo, e com base em todos os dados recolhidos de 1992 a 1994, segundo a forma anteriormente explicada (questionário e fórmulas de cálculo), a taxa de sinistralidade foi de 3 854 acidentes (4 dos quais mortais) e distribuiu-se da seguinte forma:

ANOS	TAXA GLOBAL	ARS	SERV. CENTRAIS E PERONALIZADOS	HOSPITAIS CENTRAIS, GERAIS E ESPECIALIZADOS	HOSPITAIS DISTRITAIS
1992	1,1%	0,4%	0,6%	1,1%	1,8%
1993	1,3%	0,5%	0,5%	1,3%	2,3%
1994	1,4%	0,6%	0,6%	1,3%	2,5%

Quadro 3: Taxa de sinistralidade referente às Instituições dependentes do Ministério da Saúde, 1992/94, segundo publicação do Deptº de RH do Ministério da Saúde.

Caracterizando melhor estes dados com base nas especificações acima descritas, obteve-se uma “caracterização-tipo” do acidente, que permite traçar o seguinte quadro:



<b>VARIÁVEIS</b>	<b>1992</b>	<b>1993</b>	<b>1994</b>
INSTIT. COM MAIOR SINISTR.	H. DISTRITAIS	H. DISTRITAIS	H. DISTRITAIS
LOCAL	INTERNAMENTO	INTERNAMENTO	INTERNAMENTO
CATEGORIA	AUXILIARES	ENFERMAGEM	ENFERMAGEM
REL. JURÍDICA EMPREGO	FUNCIONÁRIO	FUNCIONÁRIO	FUNCIONÁRIO
SEXO	FEMININO	FEMININO	FEMININO
GRUPO ETÁRIO	41 - 45	41 - 45	41 - 45
NÍVEL HABILITAÇÕES	ENS. BÁSICO	ENS. BÁSICO	ENS. BÁSICO
REGIME DE HORÁRIO	TURNOS	TURNOS	TURNOS
N.º DE HORAS CUMPRIDAS NO DIA DO ACIDENTE	1 A 4 HORAS	1 A 4 HORAS	1 A 4 HORAS
DIA DA SEM. C/ MAIOR SINISTR.	SEXTA	SEGUNDA	SEGUNDA
MÊS DO ANO C/ MAIOR SINISTR.	OUTUBRO	MARÇO	MARÇO
AGENTE MATERIAL	QUEDA/ESFº FÍS.	QUEDA/ESFº FÍS	QUEDA/ESFº FÍS
TIPO DE LESÃO	OUT. LESÕES	OUT. LESÕES	OUT. LESÕES
PARTE DO CORPO ATINGIDA	MÃOS	MÃOS	MÃOS
GRAVIDADE	INC. TEMPORÁRIA	INC. TEMPORÁRIA	INC. TEMPORÁRIA
DIAS DE AUSÊNCIA	1 A 8 DIAS	1 A 8 DIAS	1 A 8 DIAS

Quadro 4: Caracterização-tipo dos acidentes ocorridos em 1992, 1993 e 1994.

Pretendem os autores apresentar uma panorâmica geral dos acidentes de trabalho ocorridos na área da Saúde em todo o país, e os dados estatísticos assim sistematizados são tidos por traçar quadros-tipo que, de forma simplificada, deveriam sugerir as situações mais críticas e reforçar, a partir dos valores revelados e dos desvios evidenciados face ao esperado, a necessidade de compreender e explicar o que está na sua origem.

Contudo, a forma fechada dos questionários e a conseqüente impossibilidade de se dar uma resposta que vá fora dos parâmetros pré-definidos, condicionam e limitam desde logo os resultados do levantamento e as conclusões que daí se possam retirar, na medida

em que tem que se “ajustar” o acidente às categorias já criadas (assinala-se a opção mais próxima do acidente ocorrido).

Desta forma, criam-se condições favoráveis a tratamentos simplistas que privilegiam uma descrição estereotipada do acidente, em que se caracteriza, de uma forma geral, o acidentado, o acidente e as consequências laborais do mesmo, reunindo num "retrato-robot" do acidente, características que não se cruzam necessariamente na realidade.

Assim, a título de exemplo, os dados apresentados no Quadro 4 podiam levar a pensar que em 1993 e 1994, os enfermeiros de 41 e 45 anos teriam mais tendência que os outros a sofrerem acidentes de trabalho.

Uma interpretação deste tipo acabaria por negligenciar o facto de que, em Portugal como noutros países da Comunidade Europeia, pelo menos 50% dos enfermeiros têm 40 anos ou mais, o que revela aliás o envelhecimento global preocupante desta categoria profissional (De Troyer, 2000).

Como referido no Resumo do próprio relatório, "Esta realidade poderá ser devida ao facto de o maior número de trabalhadores da saúde se situar neste grupo etário, mas é-nos impossível objectivar tal presunção devido a dificuldades em determinar a incidência dos acidentes por grupos etários. Eventualmente, podemos também especular que este facto também é devido à maior preparação e consciencialização dos profissionais mais novos, na adopção de regras de higiene e segurança no trabalho..." (Deptº RH do Min. da Saúde, 1997, p.10)

Ignoram-se assim, com efeito, factores que poderão ser determinantes nas causas e na compreensão dos acidentes, como por exemplo o meio envolvente, a organização do tempo de trabalho, as características da população, as condicionantes do espaço físico, as deficiências a nível de recursos, os comportamentos dos acidentados, etc.

Da mesma forma, não se contemplam aspectos qualitativos determinantes para a compreensão dos acidentes, nem são tidos em conta os custos que daí advêm para os trabalhadores e para a entidade empregadora.

Resumindo, encontramos nestes dados, confirmação de que, na larga maioria dos casos, “ as análises estatísticas não permitem identificar as origens, as relações entre os factos, em suma, compreender o fenómeno incidentogéneo.” (De la Garza, 1999, p. 68).

Pese embora a consciência de que será um objectivo de longo prazo uma análise mais detalhada de todos os acidentes ocorridos, é também verdade que a ausência quase total da mesma limita a possibilidade de construção de modelos de prevenção ajustados às reais necessidades de trabalhador, nomeadamente, de acções de formação que incidam sobre os pontos críticos na execução das actividades, isto é, sobre os factores que são passíveis de desencadear acidentes de trabalho.

Neste sentido, e apesar de consciente da sua limitação, o presente estudo (restrito a apenas dois serviços e uma categoria profissional) visa analisar alguns acidentes de trabalho ocorridos numa Instituição Pública de Saúde, recorrendo a uma outra metodologia mais qualitativa do que a utilizada pelo Ministério da Saúde.

Pretende-se assim, apesar do contexto restrito, com conclusões restritas a esse contexto, pôr em evidência factores que concorrem para o desencadeamento de acidentes no local de trabalho, por forma a fornecer pistas no sentido da sua prevenção e a sugerir outro tipo de recolha e tratamento de dados para elaboração de estatísticas.

## **2.5. EVOLUÇÃO RECENTE DOS RISCOS ASSOCIADOS ÀS PROFISSÕES NA ÁREA DA SAÚDE**

Os riscos são perigos eventuais, mais ou menos previsíveis que, no caso do ambiente hospitalar, podem ser maiores ou menores:

- perigos maiores são os que afectam a vida e a saúde (acidentes, doenças) e os que podem implicar a destruição do material;
- perigos médios provocam desconforto, insatisfação e insegurança;
- perigos menores são os incidentes que não fazem mais do que perturbar ou atrasar o trabalho (Sagehomme, 1994).

Em todos os países do mundo, o pessoal que trabalha na área da Saúde, constitui uma categoria profissional extremamente numerosa, diversificada e de carácter marcadamente feminino, dotada de um importante prestígio social, onde tradicionalmente, o compromisso individual de cada um (“vocação”) é muito profundo. É provável que a sua atitude de consagração de esforços aos doentes, ao progresso dos conhecimentos científicos e ao desenvolvimento da tecnologia médica, os faça absterem-se de prestar atenção às suas próprias necessidades e aos riscos que decorrem

do seu trabalho, de tal modo que, ao invés de outras áreas de trabalho, só tardiamente começou a haver preocupação com estes problemas (Caillard *in* Otero, 1993)

Contudo, o reaparecimento das doenças infecciosas não curáveis, como é o caso do Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA), veio impor a necessidade de prestar uma atenção especial aos riscos profissionais, pela crescente importância dos riscos ditos biológicos.

Com efeito, desde o início da epidemia do HIV (vírus responsável pela propagação do SIDA), há cerca de 15 anos, o vírus infectou mais de quarenta e sete milhões de pessoas no mundo. A mortalidade em 1998 foi superior a dois milhões e duzentas mil pessoas e é hoje a quarta causa de mortalidade mundial, com um impacto a aumentar progressivamente ([www.who.int](http://www.who.int)).

Em Portugal, segundo a Organização Mundial de Saúde ([www.who.int](http://www.who.int)), calcula-se que em Junho de 2000 o número de infectados fosse de 36.000, com uma incidência de 0,74%, uma das taxas mais altas da Europa Ocidental, como se pode verificar no quadro seguinte:

<b>País</b>	<b>Incidência</b>	<b>País</b>	<b>Incidência</b>	<b>País</b>	<b>Incidência</b>
Alemanha	0,10	França	0,44	Portugal	0,74
Áustria	0,23	Grécia	0,16	R. Unido	0,11
Bélgica	0,15	Irlanda	0,10	Suécia	0,08
Dinamarca	0,17	Itália	0,35		
Espanha	0,58	Noruega	0,07		

Quadro 5: Incidência do HIV em alguns países da Europa Ocidental ([www.who.int](http://www.who.int))

Convém, no entanto, integrar este risco particular no conjunto dos principais riscos laborais a que estão expostos os profissionais de saúde. Esses riscos são classificados, do ponto de vista etimológico, em:

- Riscos Físicos, de entre os quais se destacam os incêndios, acidentes de origem eléctrica, explosões, traumatismos e feridas (nos quais influem de modo importante a fadiga física, as características arquitectónicas do hospital, o serviço, a categoria profissional, o grau de treino, a qualificação profissional e as características do trabalho), lombalgias de esforço, problemas dorso-lombares, problemas musculoesqueléticos, traumas sonoros, radiações ionizantes e radiações não ionizantes;
- Riscos Químicos (causados por substâncias químicas);
- Riscos Biológicos, como é o caso das doenças infecciosas, bacterianas e víricas (hepatite B e C, SIDA, tuberculose pulmonar, rubéola, sarampo, parotidite, herpes, etc.);
- Riscos Psíquicos (alcoolismo, drogas e depressão);
- Riscos Sociais (agressões verbais, físicas ou legais) (Otero, 1993, Sagehomme, 1994, De Troyer, 2000).

### **2.5.1. A CONCEPÇÃO DA PREVENÇÃO**

No que respeita à prevenção dos riscos biológicos, durante a prestação de cuidados de saúde, os enfermeiros devem observar algumas condições genéricas. Uma delas é a de que têm que tomar precauções em relação ao sangue e fluídos corporais de todos os

doentes, para se protegerem a si próprios da exposição a todos os potenciais organismos infecciosos (Centers for Disease Control, cit. in Carpenito, L., 1995).

Tal procedimento decompõem-se em vários comportamentos de precaução:

- Lavar as mãos antes e depois de todos os contactos com pacientes ou amostras;
- Lidar com o sangue de todos os doentes como potencialmente infectado;
- Usar luvas para um potencial contacto com sangue e fluidos corporais;
- Colocar imediatamente as seringas usadas num contentor impermeável próximo, não recapsular ou manipular agulhas de forma alguma!
- Usar equipamento de protecção para os olhos e máscara se houver possibilidade de salpicos com sangue ou fluidos corporais (ex. broncoscopia, cirurgia oral);
- Vestir batas de protecção quando se prevê que possam ocorrer salpicos com sangue ou fluidos corporais;
- Lidar com todas as roupas brancas sujas (ex.: roupa de cama) com sangue e/ou secreções corporais como potencialmente infectadas.
- Tratar todas as amostras laboratoriais como potencialmente infecciosas;
- Usar máscara para a tuberculose e outros organismos respiratórios potencialmente traumatizantes pela via aérea (não o caso do HIV);
- Usar coberturas para os sapatos, máscaras cirúrgicas ou toucas em circunstâncias onde, de uma maneira geral, a contaminação pode ser razoavelmente previsível (ex.: autópsia, cirurgia ortopédica, obstétrica) (Carpenito, 1995).

De uma forma geral, estes comportamentos são do conhecimento do pessoal médico e de enfermagem, quer seja pela via académica, quer pela transmissão de saberes no local de trabalho. Contudo, como veremos mais adiante, na análise dos dados, eles nem sempre são observados, provavelmente pela dificuldade em que se encontram os profissionais de conciliar o respeito dessas normas de precaução e os imperativos que caracterizam o dia-a-dia do desempenho das suas funções.



## **CAPÍTULO 3: A CONSTRUÇÃO DE UM MÉTODO**

### **3.1. AS OPÇÕES METODOLÓGICAS DE PARTIDA**

Como metodologia de trabalho, foi considerada primeiramente a utilizada por De La Garza & Weill-Fassina (1995), que conjugam um método qualitativo de “pontos-pivot” com a Análise Ergonómica do Trabalho, permitindo compreender as variações e mudanças no sistema em que se inseriram os acidentes e incidentes de trabalho.

Esta metodologia é baseada no Modelo de Comportamentos face ao Perigo, de Hale & Glendon (1987), referido por De La Garza & Weill-Fassina (1995).

Este modelo considera o contexto de trabalho enquanto sistema aberto. A ideia que tem por base é a de um perigo presente no meio envolvente que pode ainda não ter provocado ferimentos ou não se ter manifestado. Este perigo (risco) pode aumentar, diminuir ou manter-se estável, e estar ligado ou ser independente das acções do indivíduo. Mas, o sujeito, é tido como devendo ser capaz de identificar o momento “ideal” para intervir e o tipo de acção de prevenção ou de evitamento a realizar.

O processo incidental, tal como o processo acidental, resulta de interacções não esperadas ou não conhecidas, derivadas da complexidade do sistema, definido em função de vários factores. ( De la Garza, 1999).

O modelo pretende pôr em evidência as circunstâncias ambientais, organizacionais e técnicas que podem pôr em causa as modalidades de gestão dos diferentes actores.

A análise das modalidades de gestão do risco, visa uma descrição dos comportamentos e uma interpretação dos mecanismos cognitivos postos em jogo pelos operadores nos processos de evolução de situações acidentogéneas.

A análise faz realçar as relações lógicas entre os acontecimentos, a dinâmica do trabalho e as escolhas dos operadores nos diferentes níveis de gestão das eventualidades.

Para se poder reconstruir o cenário, é elaborada uma grelha de descrição do trabalho sobre a qual se possam projectar os acontecimentos próprios de cada acidente. Esta grelha, servirá para poder determinar mais adiante os "pontos-pivot" do sistema que, de certo modo, "cristalizam" os disfuncionamentos do sistema. Ela será assim o meio que irá facilitar a análise das relações entre as características do trabalho e as do acidente e permitirá orientar melhor a intervenção posterior com vista a uma melhoria das condições do trabalho realizado.

O cenário de cada acidente é definido segundo uma esquematização cronológica da evolução da situação acidentogénea. Os factos, acções e circunstâncias serão classificados de acordo com a sua pertença a categorias de descrição e ordenados de modo sequencial, desde o início da actividade, até ao aparecimento da potenciação do acidente.

A etapa seguinte na análise será a identificação dos pontos-pivot em cada cenário. Um ponto-pivot é o encontro de um elemento crítico da situação e a sua gestão pelos operadores. O ponto-pivot pode ser um elemento perturbador da situação ou um forte potencial (ou latente) de risco. É o risco de destabilização de uma situação e do aparecimento de consequências nocivas de seguida.

Estes pontos serão definidos a posteriori, em função do seu significado e das suas consequências na dinâmica da situação. Deste modo, a sua determinação é essencial para pôr em evidência os momentos chave na lógica da situação.

O conjunto dos pontos-pivot irá permitir estabelecer posteriormente critérios de comparação entre acidentes e sistematizar as conclusões do estudo.

No presente estudo, este método acabou por não ser aplicado na íntegra, tal como aqui é descrito, e sim adaptado às condicionantes da situação, uma vez que, dada a "sensibilidade" dos operadores relativamente aos seus "erros", as entrevistas não se revelariam um meio eficaz de recolha de informação.

Contudo, para a identificação dos pontos-pivots, é necessário conhecer aprofundadamente as tarefas que se pretende estudar, com os procedimentos e os constrangimentos que lhe são inerentes.

Deste modo, e previamente ao modelo apresentado, tal como as autoras também o fizeram, efectuou-se a análise do trabalho, recorrendo-se à observação da actividade no local de trabalho.

A análise do trabalho procura fazer a distinção entre o trabalho prescrito e aquele que o trabalhador executa realmente, através de observações directas no terreno, no seu posto de trabalho, da realização de entrevistas, do registo de verbalizações do trabalhador sobre o seu trabalho e considerando as suas características pessoais (Santos & Diales, 1996).

A observação da actividade tem como vantagem realizar-se no desenrolar real da actividade do sujeito, mais do que ser o sujeito a explicar a sua actividade e os aspectos que a determinam. É um método menos reactivo do que a entrevista; contudo, é necessário ter presente que, na maior parte dos casos, não se pode ficar a conhecer senão um dos aspectos da actividade: o comportamento observável do sujeito (Karnas, 1987).

Para concretizar os passos metodológicos descritos, procurou-se ainda, depois de definida a população alvo e realizada a análise do trabalho, analisar os dossiers dos acidentes (análise documental) e estabelecer contacto com os sujeitos de modo a obter deles a descrição de cada acidente, através de uma entrevista semi-estruturada que teria por objectivo conhecer o que, na perspectiva do acidentado, esteve na origem do acidente.

No final da recolha de dados, foi feita uma restituição dos dados e do seu primeiro tratamento a alguns dos trabalhadores implicados nas tarefas analisadas (escolhidos aleatoriamente), que os analisaram, corrigiram e assim enriqueceram.

### **3.2. A ESCOLHA DO TERRENO E A SUA ESPECIFICIDADE**

Na procura de um tema que fosse simultaneamente pertinente face aos pressupostos teóricos que antes foram definidos e me suscitasse interesse pessoal, procurei desenvolver a presente Tese na área da Saúde Ocupacional. Deste modo, optei por fazê-lo no Hospital Geral de Santo António (HGSA), sabendo que esta Instituição facultava habitualmente a realização de trabalhos de investigação.

#### **3.2.1. O HOSPITAL GERAL DE SANTO ANTÓNIO**

##### **A) Caracterização Histórica**

O aparecimento do Hospital Geral de Santo António está ligado à história das Misericórdias em Portugal, fundadas a 15 de Agosto de 1498, pela Rainha D. Leonor, esposa de D. João II, a conselho do seu director espiritual, Frei Miguel.

A Santa Casa da Misericórdia do Porto foi criada por Carta Régia de 14 de Março de 1499, assinada por D. Manuel I, que ordenou que fossem afixados à Misericórdia do

Porto, com todos os seus rendimentos, três hospitais albergários que existiam no Porto: Rocamador (Rua dos Caldeireiros), Santa Clara (Rua dos Mercadores) e Santo Ildefonso. A sua primeira Sede funcionou na Capela de Santiago da Clastra Velha da Sé, sobrevivendo de esmolas.

Em virtude de um testamento deixado por D. Lopo de Almeida, cujas cláusulas impunham que se instalasse de imediato um Hospital que prestasse assistência permanente e contínua a todos os pobres do Porto, foi instalado provisoriamente na Albergaria de Rocamador, com um dormitório de 18 camas e 5 quartos.

Como não suprimia as necessidades, a Misericórdia decidiu construir um novo edifício, que seria o autêntico Hospital D. Lopo de Almeida. Era amplo, dispunha de 42 camas para mulheres e 38 para homens, além de enfermarias para doenças venéreas e inválidos. Eram recebidos, por ano, 150 a 200 doentes.

As instalações tornaram-se exíguas e a Misericórdia mandou construir novo Hospital, que atendesse maior número de doentes.

Em 1766 é encomendada a planta ao Arquitecto inglês John Carr, tendo esta chegado em 1769, com a forma de um quadrilátero. Era um edifício para 800 doentes, podendo albergar 1000, com 159 salas, 142 enfermarias e 20609 portas e janelas.

Em 1770 foi lançada a primeira pedra do que seria o actual Hospital Geral de Santo António. A escolha do nome foi feita em cerimónia particular, por sorteio, entre os nomes Santo António, S. Sebastião, S. José e S. João de Deus.

As obras arrastaram-se até 1799, e foram precisos 29 anos até que fossem recebidos os primeiros doentes, com as obras por concluir. O Hospital apenas veio a ser concluído por volta de 1880, tal como hoje se apresenta.

Embora com funções de Hospital Geral Central, foi sempre particular, sendo integrado na rede hospitalar nacional através do Estatuto Hospitalar (Dec. Lei n.º 48, 357 de 27/04/68).

Com o 25 de Abril, tal como os restantes hospitais das Misericórdias, foi nacionalizado e colocado sob orientação directa do Estado.

Nos últimos anos, tem vindo a ser remodelado e modernizado, de onde se destacam as novas instalações, inauguradas em 1998, estando dotado de um Plano Director desde 1977 (dados não publicados, disponibilizados pelo Serviço de Traumatologia Crânio-Encefálica).

## **B) Caracterização Jurídica**

O Hospital Geral de Santo António é uma pessoa colectiva de direito público, dotado de personalidade jurídica e autonomia administrativa e financeira, nos termos da legislação em vigor.

Tem como objectivo, assegurar à comunidade em que se integra, a prestação de cuidados diferenciados, até ao limite dos seus recursos técnicos e humanos, de natureza curativa e de reabilitação.

Desempenha as funções de assistência próprias de um Hospital Central Geral, tendo além disso, funções de investigação, ensino médico (pré e pós graduado), ensino de enfermagem, pessoal paramédico e ainda, auxiliares de acção médica.

A sua gestão é assegurada pelo Conselho de Administração, composto por:

Presidente (que é o Director do Hospital)

Administrador-Delegado

Director-Clinico

Enfermeiro Director de Serviços de Enfermagem

O Hospital Geral de Santo António possui um regulamento interno, que foi publicado no Diário da República, I série, n.º 173 de 29 de Junho de 1989 através de Portaria n.º 591/89 de 29 de Junho.



### **C) Caracterização Funcional**

Como Hospital Central, possui grande diferenciação técnica, dispondo dos seguintes serviços:

- Anatomia Patológica;
- Anestesiologia;
- Cardiologia;
- Cirurgia 1;
- Cirurgia 2;
- Cirurgia Vascular;
- Cuidados Intensivos;
- Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos;
- Dermatologia;
- Endocrinologia;
- Estomatologia e Cirurgia Maxilo-Facial;
- Fisiatria;
- Gastroenterologia;
- Ginecologia;
- Medicina A;
- Medicina B;
- Medicina C;
- Medicina D;
- Medicina Familiar e Ocupacional;

- Nefrologia;
- Neurocirurgia;
- Neurologia Médica;
- Observações;
- Obstetrícia;
- Oftalmologia;
- Ortopedia;
- Otorrinolaringologia;
- Pediatria;
- Pneumologia;
- Unidade de Cuidados Intensivos Coronárias;
- Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente;
- Unidade de Transplantes;
- Urologia;
- Traumatologia Crânio-Encefálica ([WWW.min-saude.pt](http://WWW.min-saude.pt)).

Vistas pois as áreas em que o hospital presta cuidados, vejamos de seguida a forma como se distribui o pessoal que nele trabalha.

#### **D) Caracterização dos Recursos Humanos**

Em 31 de Dezembro de 1998 (últimos dados disponíveis pelo Departamento de Estatística do Hospital), trabalhavam nesta instituição 3055 funcionários, dos quais 791

eram médicos. Destes, 380 pertenciam ao quadro do pessoal, 411 eram internos – gerais e complementares – e um era além quadro.

Existiam ainda, à data, 919 enfermeiros, distribuídos da seguinte forma:

	<b>Homens</b>	<b>Mulheres</b>
Enfermeiros Especialistas (excepto Obstetras)	8	42
Enfermeiros Obstetras	-	12
Outro pessoal de Enfermagem	136	721
<b>TOTAL</b>	144	775

Quadro 6: Distribuição por sexo do pessoal de Enfermagem (Deptº de Estatística do HGSA).

Os restantes 1345 funcionários distribuíam-se por outras categorias profissionais, nomeadamente: Auxiliares de Acção Médica, Administrativos, Auxiliares de Alimentação, Auxiliares de Vigilância, Costureiras, Cozinheiros, Educadoras Infantis, Fisioterapeutas, Lavadeiras, Maqueiros, Motoristas, Porteiros, Roupeiros, Serralheiros Mecânicos, Electricistas, Técnicos de Análises, Técnicos de RX, Técnicos de Farmácia, Técnicos de Saúde (medicina nuclear) e Trolhas.

Verifica-se assim que, aproximadamente 30% dos trabalhadores do hospital eram enfermeiros, 84% dos quais, do sexo feminino e 16% do sexo masculino.

Os médicos representavam cerca de 26% dos trabalhadores do Hospital.

### E) Caracterização do Atendimento Prestado

Em 1998, o HGSA recebeu e prestou cuidados a um total de 35 570 utentes (trinta e cinco mil quinhentos e setenta), dos quais, 8 433 (oito mil quatrocentos e trinta e três) resultaram de Internamentos Programados, 18 455 (dezoito mil quatrocentos e cinquenta e cinco), de Internamentos Urgentes (não só vindos da Urgência, mas também da Consulta Externa, de transferências de outros hospitais, etc.) e 8 682 (oito mil seiscentos e oitenta e dois) de Transferências Internas.

TIPO DE INTERNAMENTO	NÚMERO DE DOENTES
Internamentos Programados	8 433
Internamentos Urgentes	18 455
Transferências Internas	8 682
<b>TOTAL</b>	<b>35 570</b>

Quadro 7: Número de doentes por tipo de internamento (Deptº de Estatística do HGSA, 1998).

Destes, 23 061 regressaram ao domicílio, 1 396 faleceram, 4 239 foram transferidos internamente e 553 foram transferidos para outras unidades hospitalares.

A população de utentes distribuiu-se, de acordo com o grupo etário e sexo a que pertenciam, da seguinte forma:

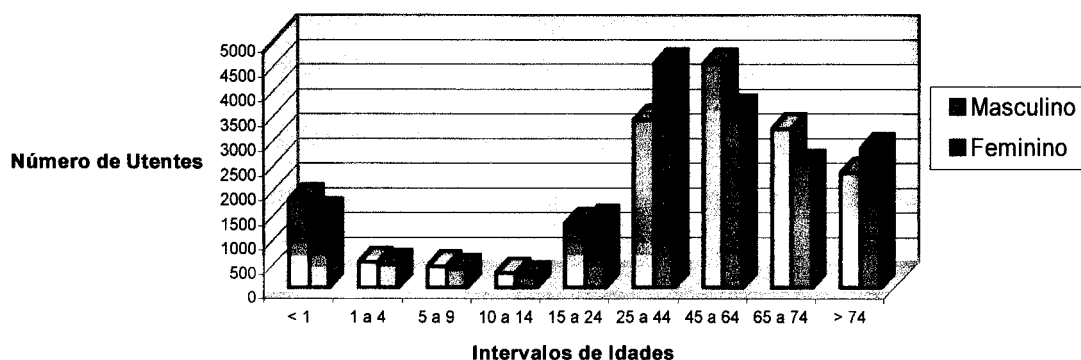


Gráfico 2: Distribuição dos utentes por grupo etário e sexo (Deptº de Estatística do HGSA., 1998).

## **F) O Serviço de Medicina Familiar e Ocupacional**

O Serviço de Medicina Familiar e Ocupacional (SMFO), criado em 1994 é o Serviço onde são tratadas as problemáticas desta área, relativas aos funcionários que aí trabalham.

No seio deste Serviço, trabalha uma equipa composta por pessoal médico, de enfermagem e administrativo que, de entre outras competências, é responsável pela elaboração da estatística dos acidentes de trabalho ocorridos no hospital.

Solicitada e efectuada uma entrevista com o Dr. António Barroso, Médico do Trabalho que se encontra diariamente neste serviço, foi traçada, em linhas gerais, a situação do hospital em termos de acidentes de trabalho: no período de 1992 a 1994 (estatísticas nacionais mais recentes à data) cerca de 20 % (676) do total de acidentes ocorridos nas Instituições dependentes do Ministério da Saúde foram notificados pelo SMFO do HGSA (cálculo efectuado por comparação dos valores registados no hospital com os valores totais registados em todo o país pelo Ministério da Saúde).

É pouco credível, senão mesmo impossível, que as restantes instituições a nível nacional tenham registado, no seu conjunto, apenas 80% de ocorrências. Tal constatação aponta, provavelmente, para alguma falta de preocupação da grande parte das Instituições de Saúde no sentido da sensibilização para a necessidade de notificarem os acidentes de trabalho de que os seus trabalhadores são vítimas.

Por outro lado, tal como constatado por Sagehomme (1994), muitos acidentes ou doenças não são declarados devido ao facto de os acidentados recearem perder os seus empregos, devido à dedicação ao seu trabalho (consideram-nos inerentes à actividade), devido à falta de tempo ou à recusa do médico que os atende em considerar alguns pequenos ferimentos como acidentes reais.

Sendo estas ou outras as explicações para o fenómeno, tornava-se importante tentar compreender o que se passava ao nível desta Instituição.

A pesquisa em Psicologia do Trabalho não procura prioritariamente soluções, mas sim, explicações; procura-se primeiramente explicar encadeamentos de fenómenos, embora daí possam, posteriormente, decorrer algumas soluções para os fenómenos estudados (Curie & Cellier, 1987).

Perante tal realidade e a demonstração de interesse por parte do SMFO, foi solicitada, a realização de um trabalho de investigação na área acima citada.

Após parecer favorável do Director de Serviço do SMFO, foi efectuado um pedido semelhante ao Director do Hospital, que o diferiu.

### **3.3. O "AFUNILAMENTO" PROGRESSIVO DA ABORDAGEM**

#### **3.3.1. RECOLHA E UTILIZAÇÃO DOS DADOS ESTATÍSTICOS EXISTENTES**

Deste modo, o ponto de partida da investigação foi o SMFO, onde a primeira etapa consistiu em consultar os dados estatísticos aglomerados relativos ao ano de 1998.

Dada a falta de hipóteses iniciais ou pressupostos que se quisesse investigar, optou-se pela via exploratória, visto estar-se a lidar com uma situação complexa em que não se sabia exactamente, à partida, o que procurar nem como explorar o assunto de início.

Os dados analisados referem de forma resumida e categorizada todos os acidentes declarados ao SMFO durante o ano de 1998, e é a partir deles que foi dada a primeira orientação de investigação ao trabalho que a seguir foi desenvolvido.

Nesta consulta, foram encontrados os seguintes quadros de dados: tipo de acidentes em serviço / doenças profissionais, acidentes por sector profissional, horas dos acidentes, baixas por sector profissional, acidentes em serviço por grupo etário, acidentes em serviço por sexo, número de acidentes em serviço que originaram ou não ausência de serviço, relação jurídica de emprego dos acidentados, relação do acidente com o agente material, dias da semana em que ocorreram os acidentes e acidentes por local de trabalho.

Estes quadros de dados espelham algumas das categorias que estão presentes num registo de acidente de trabalho (próprio do HGSA) que o acidentado e o médico preenchem em conjunto e o primeiro entrega no SMFO até 48 horas após o acidente (anexo 2), juntamente com o Boletim de Exame Médico onde é relatado o acidente (anexo 3).



### 3.3.1.1. Acidentes de Trabalho no Hospital Geral de Santo António

Durante o ano de 1998, foram registados, no HGSA, os seguintes acidentes de trabalho:

Tipo de Acidente	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
Artrite Traum. Mãos	1												1
Cervicalgia pós esforço		1						1		1			3
Conjuntivite	1			1	3				2	2	1	3	13
Conspuração c/ prod. cont.			1	1									2
Contractura muscular dorsal					1								1
Contusões	1		1		2				1				5
Contusão grade costal	1				1		2						4
Contusão do joelho	1	1	1		1						1		5
Contusão lombar / torax dorsal									1		1		2
Contusão mãos	2			1		1	3		2				9
Contusão membros inferiores	2		2		3	2	1		1				11
Contusão membros superiores		1		3	1		1					1	7
Contusão região occipital					1				2		1	2	6
Corte no dedo			2										2
Deslocação do ombro			1										1
Distensão muscular						1					1		2
Dorsalgia						1		3	1				5
Entorse membros superiores		1							1				2
Entorse membros inferiores			2	1	2	1		2	2	2		2	14
Escoriações		1		2	1	1				2	1		8
Ferida contusa dedos	2				2			1			1	1	7
Ferida cortante mãos						1		3	1	1			6
Ferida corto-contusa				1						2		1	4
Ferida incisiva antebraço							1						1
Ferida incisiva mãos		3		1	3		1		1	1	1		11
Ferida incisiva perna								1			1		2
Ferida perfurante nas mãos										2			2
Fractura mão / pulso	1	1											2
Fractura membros inferiores	1						1						2
Hérnia Discal					1				1				2
Intox. inalação prod. Tóxicos										1			1
Lesão da córnea		2					1						3
Lesão muscular da perna						2							2
Lombalgia			3										3
Lombalgia de esforço					2	1	4	2	1	3	2	1	16
Nevrite intercostal		2											2
Picadas agulhas nas mãos	7	12	12	8	6	9	3	7	6	11	13	4	98
Picadas bisturi memb. Inferiores							2						2
Picadas bisturi mãos			1										1
Picadas objectos perfurantes mãos	2	1				1	1						5
Picadas vidro mãos							2						2
Panariço mãos											1		1
Queda												2	2
Queimaduras membros superiores										2			2
Ruptura muscular memb. inferior						2							2
Tendinite mão / punho										1			1
Tendinite traumática										1			1
Traumatismo	2											1	3
Traumatismo grade cubital / costal							1						1
Traumatismo facial e labial									1				1
Traumatismo do joelho								1				1	2
Traumatismo mãos								2	1				3
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>26</b>	<b>26</b>	<b>19</b>	<b>30</b>	<b>23</b>	<b>24</b>	<b>23</b>	<b>25</b>	<b>32</b>	<b>25</b>	<b>19</b>	<b>296</b>

Quadro 8: Tipo de Acidentes em Serviço / Doenças Profissionais em 1998 (SMFO).

No gráfico seguinte são resumidas as 10 categorias mais significativas:

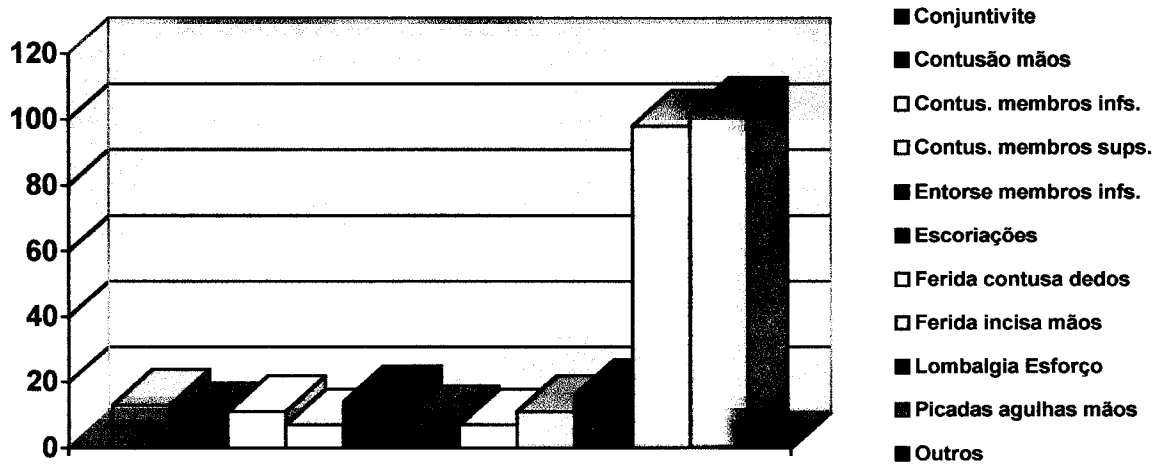


Gráfico 3: Tipos de Acidente em Serviço (SMFO, 1998)

Pela observação do gráfico, é possível constatar que, dos 52 tipos de acidentes registados, as picadas por agulhas nas mãos, perfazem um total de 33,1% com 98 ocorrências e cerca de 1/3 da totalidade dos valores registados, a que se seguem, com valores bastante inferiores, as lombalgias de esforço (5,4%) e as entorses em membros inferiores (4,7%).

No que respeita à distribuição dos acidentes pelas diversas classes profissionais, como se pode observar no gráfico seguinte, os acidentes ocorrem um pouco por todas as categorias profissionais existentes neste Hospital.

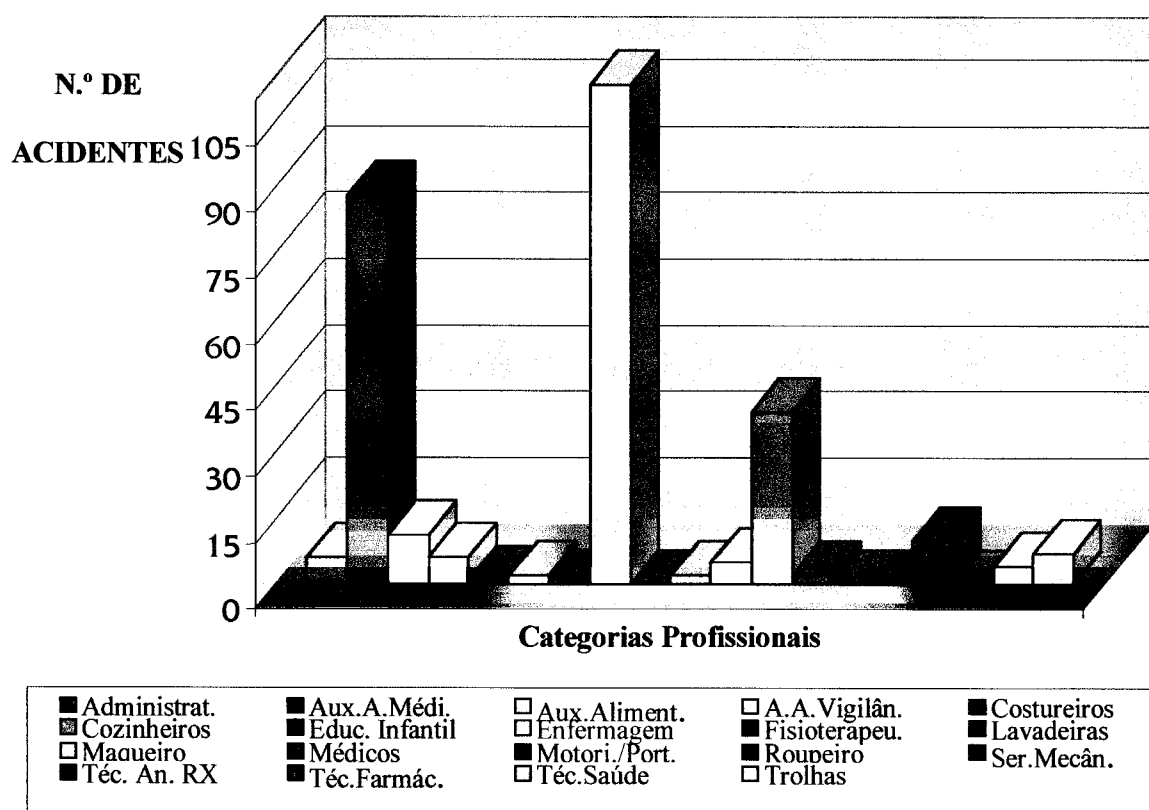


Gráfico 4: Acidentes de Trabalho por Categoria Profissional, 1998 (HGSA)

São, no entanto, prevaletentes em três categorias particulares: Enfermeiros, Auxiliares de Acção Médica e Médicos (sendo que, estas são também as 3 categorias que têm maior número de funcionários no hospital).

Relativamente à categoria profissional que mais se destaca, os enfermeiros, e com base nos dados estatísticos disponíveis no Serviço de Estatística do Hospital, sabe-se que 1,2 em cada 1000 profissionais sofreram um acidente de trabalho no ano de 1998, no HGSA.

Os médicos, por seu turno, registaram uma incidência de aproximadamente 0,5 por cada 1000 profissionais.

Não foi possível, por falta de dados, calcular a incidência nos Auxiliares de Acção Médica nem nas outras categorias profissionais.

Caracterizando um pouco mais outras vertentes, é possível observar que os intervalos de idades com maior número absoluto de acidentes são o dos 20 – 30 anos e o dos 41 – 50 anos. Contudo, o Serviço de Estatística do Hospital não possuía uma distribuição do total de enfermeiros por idades, pelo que se torna impossível calcular a incidência.

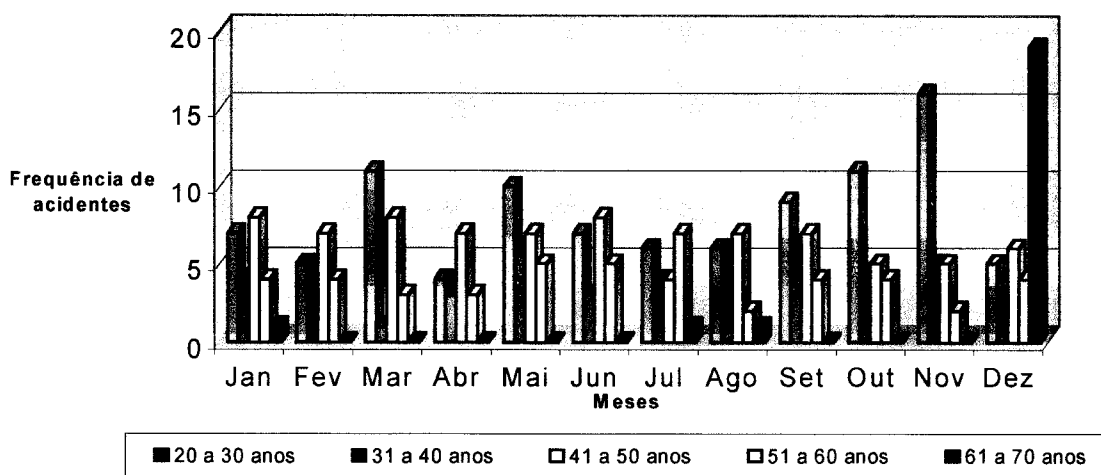


Gráfico 5: Acidentes de trabalho por grupo etário, 1998 (SMFO).

Os elevados valores evidenciados pela classe de idades compreendida entre os 20 e os 30 anos no mês de Novembro, poderão estar relacionados com uma época do ano privilegiada no que diz respeito ao recrutamento de novos colaboradores, que dada a sua inexperiência, mais facilmente estarão sujeitos à ocorrência de acidentes, pois não desenvolveram ainda estratégias para lidar com situações potencialmente perigosas.

Contudo, não se antevê uma explicação plausível para os valores elevados no mês de Dezembro face à classe 61 a 70 anos.

A caracterização por sexo assume os seguintes valores:

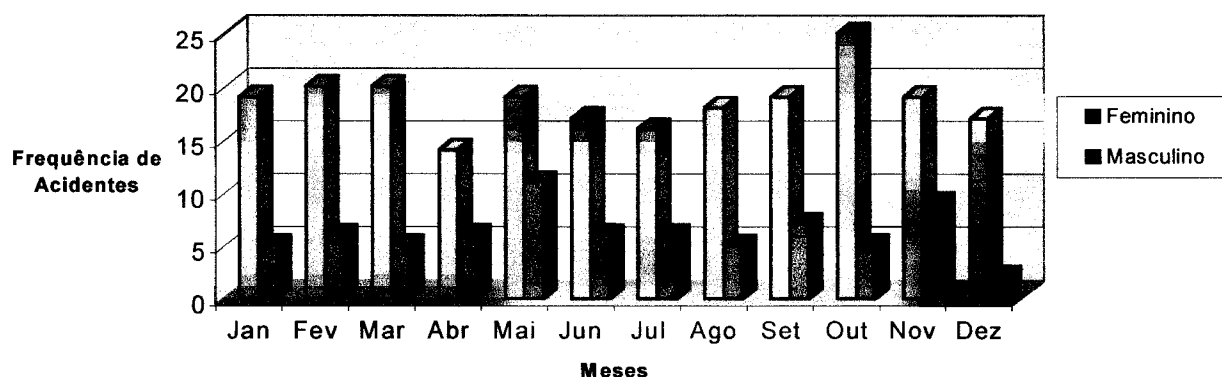


Gráfico 6: Acidentes de trabalho por sexo, 1998 (SMFO).

Também neste caso, não existe uma contagem do número de trabalhadores por sexo, pelo que não é possível calcular a incidência, embora seja visível, pela observação nos diversos serviços, que as categorias "Enfermagem" e "Auxiliares de Acção Médica" são marcadamente femininas.

As horas a que ocorreram os acidentes foram as seguintes:

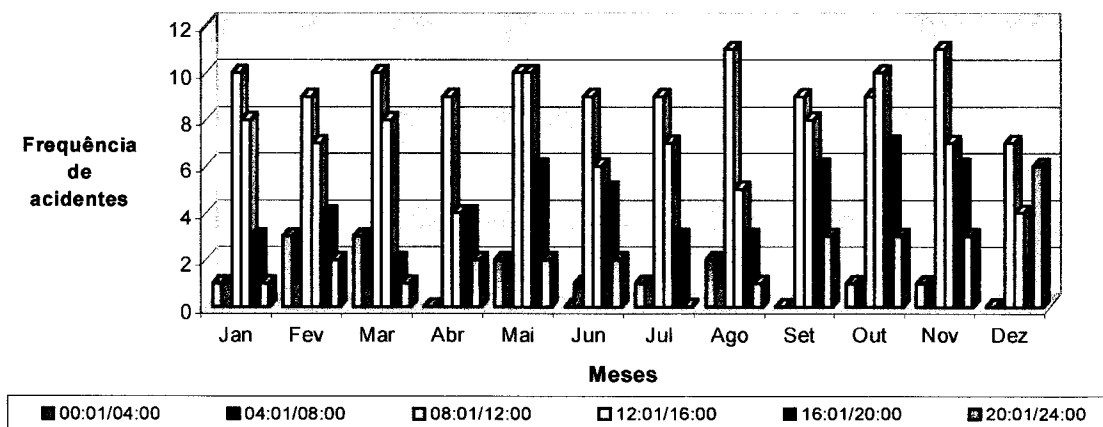


Gráfico 7: Horas de ocorrência dos acidentes, 1998 (SMFO).

Pela observação do gráfico, constata-se que é nos períodos das 08:01 às 12:00 e das 12:01 às 16:00 que a frequência de acidentes é maior.

Tal poderá estar relacionado com o facto de ser neste primeiro período do dia que são feitas as colheitas para análise, assim como a higiene dos doentes e a observação médica.

Por outro lado, é no turno da tarde que a afluência à Urgência é maior e, salientamos, este Serviço representa cerca de 18 % do total de utentes atendidos no Hospital.

Considerando a distribuição dos acidentes por local de trabalho (apenas se apresentam isoladas as áreas mais significativas), temos:

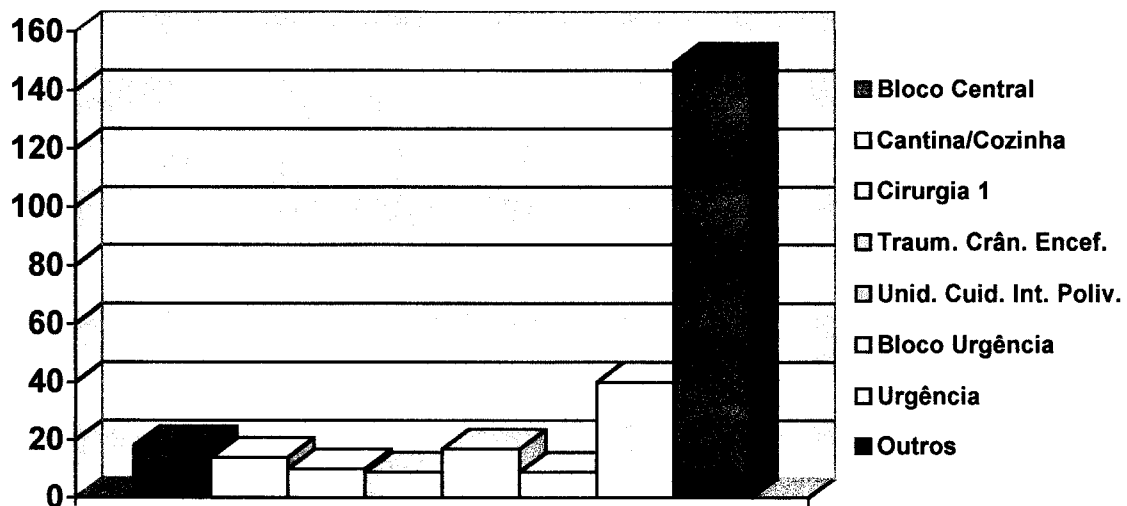


Gráfico 8: Acidentes por Local de Trabalho, 1998 (SMFO).

Se tivermos em conta que a categoria “Outros” engloba 47 locais diferentes, todos eles com incidências inferiores às aqui apresentadas, facilmente se constata que é a categoria “Urgência” a que detém maior numero de ocorrências, num total de 40.

Tal estará provavelmente relacionado com o facto de que é o serviço que detém um maior índice de imprevisibilidade no trabalho, maior número de horas de trabalho (médicos), variabilidade de horário, instabilidade física e emocional dos doentes, etc.

Seguem-se, como locais onde decorreram mais acidentes, o Bloco Central e a Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes (UCIP).

Afunilando um pouco mais a análise do tipo de acidente mais frequente, as picadas de agulha, foi possível saber em que tarefas se verificaram mais. Apresentamos apenas as situações que dizem respeito à categoria profissional “Enfermagem”, a mais significativa para este tipo de acidente.

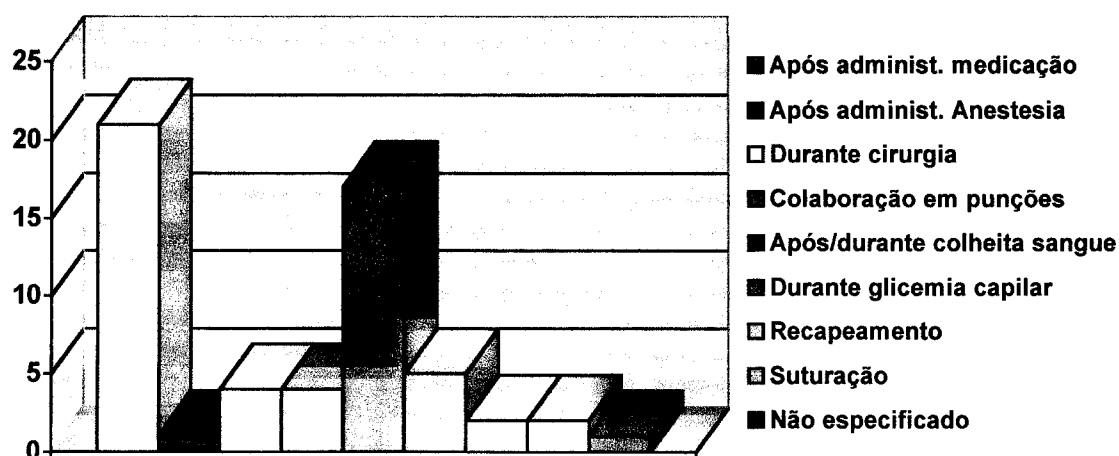


Gráfico 9: Tarefas com ocorrência de picada de agulha nos enfermeiros, 1998 (SMFO).

O gráfico mostra com clareza que existem duas situações que se destacam largamente das restantes: a situação “após administração de medicação” e a situação “após/durante colheita de sangue”, onde se verificaram 21 e 17 ocorrências, respectivamente.

Finalmente, cruzando os dados estatísticos das picadas de agulhas relativas ao pessoal de enfermagem com o local de trabalho, obtém-se o seguinte panorama:

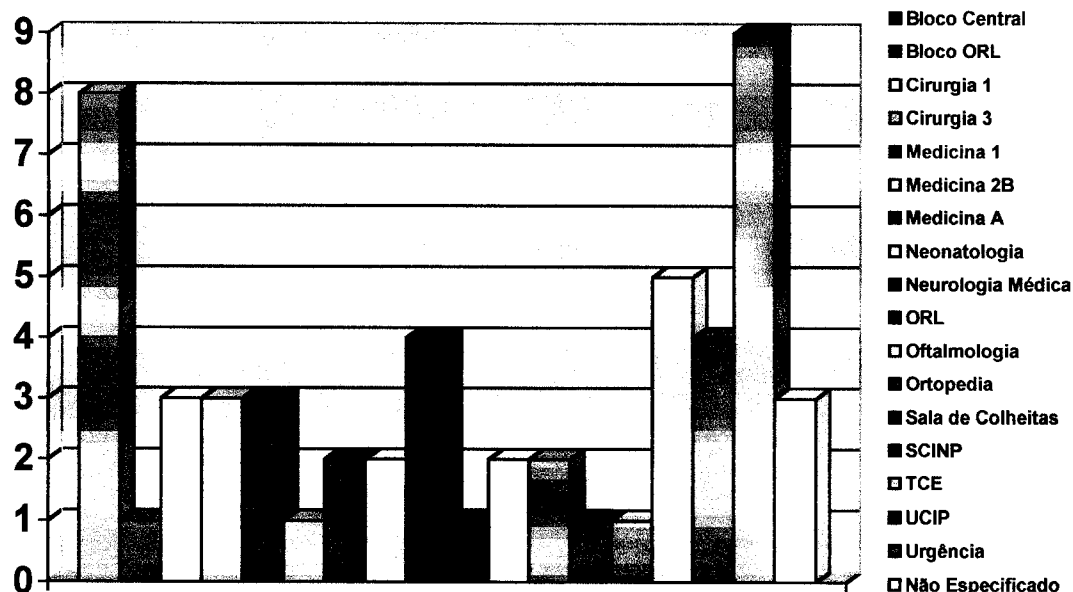


Gráfico 10: Acidentes por picada de agulha e por local de trabalho nos enfermeiros, 1998 (SMFO)

Os dados cruzados permitem concluir que os locais onde ocorreram mais picadas de agulhas nos enfermeiros foram o Bloco Central e a Urgência, seguidos de Traumatismos Crânio-Encefálicos (TCE) e, em simultâneo, Neurologia Médica e UCIP.

### 3.3.2. OS CONSTRANGIMENTOS DO INVESTIGADOR

A pesquisa consiste em fazer escolhas ou em elaborar compromissos que derivam de conflitos (Curie & Cellier, 1987) entre os objectivos iniciais do pesquisador e a "estreiteza do possível", para utilizar as palavras de I. Oddone (1981, p. 215). Consiste, enfim, em lidar com uma série de constrangimentos que se apresentam, como por



exemplo, o tempo e os recursos financeiros disponíveis. Se não existisse esta necessidade de escolher, todos os critérios poderiam teoricamente ser maximizados em simultâneo (Curie & Cellier, 1987).

Deste modo, e com base em toda a informação recolhida, procedi a algumas escolhas no sentido de estreitar o campo de análise e definir uma área mais restrita de trabalho, uma vez que se torna impossível lidar simultaneamente com todas as variáveis.

Assim, e tomando como critério de selecção as situações prevalentes, foi decidido que o tipo de acidente a estudar seriam as picadas de agulha.

Dentro desta categoria, seleccionaram-se duas situações específicas: a situação "após administração de medicação" e a situação "após / durante colheita de sangue".

A população a estudar foi também a que apresentou valores mais elevados, isto é, a que sofreu maior número de acidentes por picada de agulha: o grupo profissional de enfermagem.

Os Serviços escolhidos, segundo os mesmos critérios e outros que a seguir se apresentarão, foram o Serviço de Urgência (SU) e o Serviço de Traumatologia Crânio-Encefálica (TCE).

## **A) As Picadas de Agulha**

Segundo o National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH, 1999), nos Estados Unidos, a exposição ocupacional a patologias por contaminação sanguínea (ex. Vírus da Imunodeficiência Humana - HIV, Vírus da Hepatite B - VHB e Vírus da Hepatite C - VHC) coloca significativamente em risco os trabalhadores do sector da saúde e de profissões relacionadas.

Ainda segundo a mesma fonte, a primeira causa de exposição (EUA) às patologias sanguíneas são as lesões percutâneas acidentais causadas por picadas de agulha. Nos Estados Unidos, aproximadamente 800.000 lesões por picada de agulha ocorrem anualmente nos hospitais, o que dá uma média de uma picada por cada 10 segundos. Deste total de acidentes por picadas, 38% ocorrem durante o uso e 42% ocorrem após o uso e antes de as agulhas serem deitadas nos contentores.

O risco de infecção pelo vírus HIV após uma picada de agulha é de aproximadamente 0,3%. Contudo, estudos realizados (Gerberding, 1994; Ippolito et al., 1999 in NIOSH, 1999) mostram que esse risco aumenta quando o trabalhador é exposto a uma grande quantidade de sangue do paciente infectado, nomeadamente, quando o dispositivo em que se pica tem muito sangue, quando o procedimento envolveu a colocação da agulha numa veia ou artéria do doente ou quando a picada foi profunda (Cardo et al. 1997 In NIOSH, 1999). O risco de contrair o vírus da Hepatite B é de 6% a 30%, variando entre 5% e 10% no caso da Hepatite C.

Assim, o risco de infecção após picada de agulha utilizada num doente infectado varia em função da patologia envolvida, mas também, do estado de imunidade do trabalhador, da gravidade da picada e da disponibilidade e uso de uma profilaxia pós-exposição.

Mas, convém também realçar que, de forma geral, "o risco aumenta quando a intensificação do trabalho não permite uma limpeza correcta dos quartos, do equipamento e da roupa" (Messing, 1999, p.60 cit in M. De Troyer, 2000, p. 90).

## **B) A População**

A população-alvo do presente estudo foram, pois, os enfermeiros.

“Enfermagem é a profissão que, na área da Saúde, tem como objectivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível” (ponto 1 do artº 4º, Capítulo II do Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de Setembro).

Os diversos grupos profissionais ligados à saúde estão particularmente expostos a determinados riscos específicos, de acordo com a categoria profissional, a especialização e o lugar onde exercem o seu trabalho.

O pessoal de enfermagem parece estar, mais ainda que os outros profissionais de saúde, exposto a traumatismos e lesões, por levantamento de doentes acamados, a riscos de sensibilização alérgica e aumento da actividade mutagénica por administração de medicamentos, e a riscos infecciosos (ex. hepatite C, SIDA) associados ao contacto frequente com o sangue (microinfecções, cortes ou picadas com instrumentos contaminados com sangue) (Otero, 1993).

### **C) O Local (Os Serviços): as primeiras opções e a reorientação**

Tal como já foi realçado, seleccionou-se também os serviços em que se verificou maior número de ocorrências de acidentes de trabalho privilegiados neste estudo. Contudo, devido ao facto de o Bloco Central (onde os doentes são submetidos a intervenções cirúrgicas) e a UCIP (cuidados intensivos) serem de difícil acesso pela assepsia necessária e pela vulnerabilidade dos pacientes nestes serviços, seleccionou-se, para além do **Serviço de Urgência**, aquele cujo número de acidentes por picada de agulha se situava imediatamente abaixo: o serviço de **Traumatismos Crânio-Encefálicos** (TCE).

Delimitado o campo de investigação, foi solicitada uma entrevista com a Enfermeira-Directora, com o objectivo de colher a sua aprovação para o projecto e foram efectuadas as apresentações aos Enfermeiros-Chefes dos serviços seleccionados, pelo Dr. António Barroso (SMFO), dando a conhecer de forma sucinta o trabalho a desenvolver em colaboração com o SMFO.

Por uma questão de proximidade geográfica com TCE e porque tal me poderia auxiliar como "estudo piloto", foi também incluído nesta fase o Serviço de **Neurocirurgia**.

Neste serviço, tal como nos seguintes, houve uma apresentação à equipa de Enfermagem nos diferentes turnos, na qual foi exposto, de forma resumida, o âmbito do trabalho a realizar, reforçando que a minha presença não tinha como intenção avaliar comportamentos, mas sim, observar como se realizavam determinadas tarefas que eram trabalho dos enfermeiros. Finalmente, foi pedida a colaboração de todos para a clarificação de aspectos que eventualmente tivessem dificuldade em compreender.

Começar pelo **Serviço de Neurocirurgia**, teve como intuito uma **progressiva familiarização** com o ambiente hospitalar e com as tarefas que se pretendia vir a estudar, sem no entanto recorrer ainda a outros critérios metodológicos .

Permitiu ainda um **maior à vontade** com situações que inicialmente me causavam algum "desconforto" (nomeadamente a situação de puncionar doentes) ou que, de alguma forma perturbavam uma observação o mais isenta possível (o estado físico e psicológico dos doentes).

Foram efectuados quatro dias de observações de colheitas de sangue, ocorrendo em geral cerca das 08:35 da manhã, após a reunião de mudança de turno e antes de serem servidos os pequenos-almoços pelos Auxiliares.

No decorrer da realização das tarefas, **os enfermeiros iam explicando as operações realizadas** e a razão de ser das mesmas. Respondiam ainda às questões por mim colocadas.

Após haver uma base mínima de compreensão da execução da tarefa de colheita de sangue, **as observações passaram a ser feitas em TCE.**

As horas de observação e os meus procedimentos foram idênticos, embora tenha começado também a **tomar notas escritas** sobre a forma como era realizada a tarefa. Essas notas foram sendo **complementadas através de observações ulteriores e esclarecimentos** prestados, até ter obtido um texto para mim claro e explicativo de todo o processo.

De referir que, em nenhum destes dois serviços foram observadas punções para administração de medicação, uma vez que a quase totalidade dos doentes se encontra com uma veia permanentemente cateterizada, por onde a medicação é administrada através de uma seringa sem agulha, que se adapta no catéter. Por outro lado, alguns doentes tomam a sua medicação por via oral.

Após algumas observações em TCE, surgiram **pistas de como alguns acidentes poderiam ocorrer**, pelo que se iniciou a análise dos dossiers onde estavam arquivados os acidentes caso a caso e onde deveria existir uma descrição sumária do acidente.

Primeiramente, **compararam-se os resumos estatísticos com as descrições de cada acidente**, pretendendo-se com tal procedimento ter um maior grau de certeza de que não se estaria a partir de pressupostos falsos ou errados.

Com esta operação, constatou-se que os **dados divergiam**, ou seja, o registo do número de acidentes não era igual nas duas fontes.

Mais concretamente, dos cinco acidentes em TCE contemplados na estatística, apenas existiam três registos individuais, ao mesmo tempo que, dos nove declarados na Urgência, só foram encontrados seis.

Quanto aos serviços que a seguir tinham maior número de ocorrências, o de **Neurologia Médica** mantinha os quatro casos, enquanto que a UCIP reduzia de quatro para três casos descritos individualmente.

Questionada a equipa do SMFO, foi explicado que existia, informaticamente, determinado número de **categorias** abertas que **se mantinham** de ano para ano, pelo que, algum acidente que não correspondesse a nenhuma dessas categorias, seria colocado naquela que **mais se aproximasse**. Esta era a explicação para o enviesamento dos dados.

Assim, se por exemplo um acidente ocorresse junto à porta do Serviço de Neurologia, não existindo a categoria "porta do serviço de Neurologia", ele seria **enviado** para

uma de duas opções já existentes: "Serviço de Neurologia" ou "corredores e áreas comuns".

Esta constatação fez com que houvesse necessidade de **repensar a pesquisa**, pois ao continuar a observar TCE, já não se estaria a obedecer ao critério primeiramente definido, na medida em que Neurologia Médica registava, afinal, maior número de casos que TCE.

Foi assim decidido, direccionar as observações, **primeiro** para o **Serviço de Urgência**, que apesar das diferenças verificadas, mantinha os valores mais elevados em termos de sinistralidade e, **depois**, para **Neurologia Médica**.

Foram realizadas, para ambos os Serviços, as observações consideradas necessárias a uma **boa percepção** de como se desenrolam as tarefas em estudo. Como critério, considerou-se que seria última, a observação em que já nada se acrescentasse à descrição anterior, isto é, em que todos os passos seguidos estivessem já descritos com as observações anteriores. Utilizou-se como critério de validação a restituição de dados feita aos enfermeiros.

Reconstituídas, pois, todas as fases das tarefas, esta informação foi assim distribuída aleatoriamente a alguns enfermeiros, pedindo-lhes que fizessem uma apreciação crítica do seu conteúdo (restituição de dados e do seu tratamento).



Este procedimento tinha como objectivo a rectificação de algum aspecto mal compreendido pelo observador e a complementarização com alguns dados que estivessem omissos na descrição efectuada pelo observador.

De salientar que, foi nesta fase que se constatou que a aplicação do modelo utilizado por De La Garza & Weill-Fassina (1995) dificilmente ia ser levada a cabo, devido à "sensibilidade" particular de alguns enfermeiros no momento de confrontação com aspectos da actividade que revelavam o não cumprimento do trabalho prescrito, temendo uma avaliação negativa do que podia ser interpretado como falhas no cumprimento da tarefa.

Apresentam-se de seguida os "desvios" frequentemente observados no trabalho real por comparação ao trabalho prescrito, para ambos os serviços.

A azul, encontram-se as situações observadas no Serviço de Urgência, enquanto que, a verde, se destacam as observadas no Serviço de Neurologia Médica. A cor vermelha foi utilizada para destacar as situações que se verificaram em ambos os serviços.

ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO	TRABALHO PRESCRITO	TRABALHO REAL	
		COLHEITA DE SANGUE DE SANGUE	MEDICAÇÃO POR INJECCÃO
Preparação do material	Colocação do material no carrinho/tabuleiro de apoio.	Colocação do material no bolso.	
Disposição do material	Material é retirado do carrinho à medida que é necessário	Material é colocado em cima da cama.	
Comportamentos de prevenção	Colocação de luvas antes de iniciar a tarefa.  Conexão da agulha ao porta-tubos, que depois é adaptado ao tubo de colheita.		Não colocação de luvas para realizar a tarefa.  Conexão da agulha directamente ao tubo de colheita.
Execução da tarefa	Aspiração do sangue para dentro do tubo.  Tubo de colheita cheio é colocado no carrinho.  Injecção do fluido.	Tubo de colheita cheio é colocado em cima da cama.	
Percurso da agulha após o uso	A agulha é seccionada com aparelho especificamente destinado a esse fim.  A agulha é colocada em recipiente próprio (contentor de agulhas contaminadas) imediatamente após o uso.	A agulha é seccionada manualmente.  A agulha é colocada em cima da cama após o uso.  A agulha contaminada é levada na mão pela enfermaria até à sala de enfermagem, onde é depositada no contentor de agulhas.	A agulha é seccionada manualmente.
Conclusão da tarefa	Os tubos de colheita cheios e o contentor de agulhas são levados no carrinho para a sala de enfermagem.	Os tubos de colheita cheios e o contentor de agulhas são levados na mão até ao suporte de tubos.	

Quadro 9: Identificação dos "pontos-pivot" susceptíveis de contribuírem para a ocorrência de acidentes por picada de agulha.

Os dados apresentados voltarão a ser objecto de análise mais aprofundada no Capítulo 4.

## **CAPÍTULO 4: A PESQUISA**

Em função dos critérios anteriormente descritos, a pesquisa foi, pois, direccionada para a análise da actividade dos enfermeiros no que respeita à colheita de sangue venoso e administração de medicação por injeção, nos dois Serviços do HGSA que registavam maior número deste tipo de acidentes.

### **4.1. OS SERVIÇOS**

Os Serviços escolhidos para a realização da investigação foram o Serviço de Urgência e o Serviço de Neurologia Médica.

#### **4.1.1. O SERVIÇO DE URGÊNCIA**

Urgência é definida, pelo Ministério da Saúde, como “toda a situação em que a demora de diagnóstico ou de tratamento, pode trazer grave risco ou prejuízo para a vítima, como nos casos de traumatismos graves, intoxicações agudas, queimaduras, crises cardíacas ou respiratórias” (WWW min-saude.pt).

O Serviço de Urgência (SU) do Hospital Geral de Santo António (HGSA), com funcionamento ininterrupto 24 horas por dia, é pois, o Serviço onde são acolhidos

doentes que, carecendo de cuidados médicos imediatos, aí se dirigem ou são levados, sem marcação prévia de consulta.

### **A) Espaço Físico**

Este Serviço está localizado no piso 1 do novo edifício do Hospital, que abriu as suas portas ao público em Março de 1999.

As suas instalações são compostas, à entrada, pelos serviços administrativos de apoio, que acolhem os doentes, e por um gabinete de apoio da Polícia.

Passada a porta de entrada, encontra-se a sala de emergência onde é feita a ressuscitação de doentes que dão entrada inanimados, apoiada por elementos da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente e da Sala de Observações.

O restante espaço físico desdobra-se em dois corredores principais paralelos. Num deles, situam-se:

- sala de trabalho (de medicina) para duas macas e sala de Enfermagem;
- quatro gabinetes de consulta de Medicina;
- gabinete de Neurologia;
- gabinete de Urologia e de Cirurgia Vascular;
- sala de Pequena Cirurgia (com duas marquesas);
- sala de Ortopedia;
- salas de espera e casas de banho;

- sala de Traumatizados Crânio-Encefálicos (TCE).

No outro corredor, paralelo a este, estão:

- dois gabinetes de Consulta Permanente;
- sala de Psiquiatria;
- sala de Enfermagem e sala de trabalho (inaloterapia);
- sala de Observações (OBS), com lotação para dezoito camas e tecnologia necessária a uma adequada vigilância dos doentes.

Fora desta estrutura principal, existe ainda a Urgência de Otorrinolaringologia (duas salas) e a de Oftalmologia, esta última, situada nas instalações mais antigas (pelo que, com uma equipa de pessoal independente do SU).

Também com uma equipa independente, numa área paralela à do SU, está a Urgência de Pediatria.

Na mesma estrutura física, mas não pertencendo à Urgência, existem ainda o Bloco Operatório de Emergência e a Imagiologia.

## **B) Caracterização dos Recursos Humanos**

O Serviço não dispõe de equipa Médica exclusiva, pelo que esta é constituída por elementos das diversas especialidades do Hospital, que se deslocam ao SU segundo uma escala de equipas.

A equipa de Enfermagem é constituída por setenta elementos, dos quais, vinte e cinco trabalham exclusivamente na Sala de Observações (OBS) e, os restantes quarenta e cinco, no SU, propriamente dito.

No SU, existem dois enfermeiros chefes, um enfermeiro especialista, 18 enfermeiros graduados, 9 enfermeiros de grau I e 15 enfermeiros contratados.

O trabalho é realizado por turnos rotativos, das oito horas às catorze e trinta, das catorze às vinte e trinta e das vinte às oito horas e trinta minutos. Em cada turno, estão de serviço oito enfermeiros, que vão rodando pelas diversas áreas do SU (à excepção de OBS).

Na sub-equipa de OBS, com turnos idênticos e também rotativos, prestam cuidados cinco enfermeiros de manhã, quatro de tarde e quatro de noite. Em cada um dos turnos, um dos elementos encontra-se destacado para a Sala de Emergência, mantendo-se contudo em OBS, sempre que a sua presença não é aí requerida.

Esta distribuição é alterada, através do reforço das equipas, em época de Festas e acontecimentos especiais.

Cada enfermeiro faz, para além do seu turno de seis horas, mais meia hora no final do turno, período em que passa o serviço ao colega do turno seguinte, relatando-lhe as ocorrências e outras informações sobre o serviço. Mensalmente, a soma destes períodos de meia hora possibilita o usufruto de mais dois dias de folga.

### C) Caracterização do Atendimento Prestado

Durante o ano de 1998, o Serviço de Urgência registou os seguintes valores no que toca ao internamento de utentes:

ENTRADOS				SAÍDOS					
	Int. Prog.	Urgentes	Transf. Int	TOTAL	Domicíl.	Falecidos	Transf. Int	Out. Hosp.	TOTAL
S. Urg.	—	6 348	56	6 404	1 266	347	4 239	553	6 405

Quadro 10 : Uteses internados na Urgência do HGSA em 1998 (Deptº de Estatística do HGSA)

Comparando estes valores com os valores totais do atendimento prestado em todo o HGSA (35 570), constata-se que, no Serviço de Urgência, em 1998, foram internados cerca de 18% dos utentes que se dirigiram ao Hospital a fim de aí receberem cuidados de saúde, o que se traduz numa percentagem significativa se atentarmos à diversidade dos departamentos que aí existem.

### D) Observações Realizadas

Neste serviço, foram observadas as duas situações pretendidas: colheitas de sangue venoso e administração de medicação através de injeção.

Enquanto que a primeira situação foi verificada essencialmente na sala de Observações, onde existem doentes em regime de internamento, a segunda situação decorreu essencialmente na sala de enfermagem. A esta sala, deslocam-se doentes que não estão

hospitalizados e que, após consulta médica, aí são enviados a fim de que lhes seja administrada a terapêutica. Assim, porque não têm cateterizada nenhuma veia, torna-se necessário injectar-lhes a medicação através de agulha e seringa.

Uma vez mais, para ambas as situações, fui observando e tomando notas, ao mesmo tempo que ia colocando algumas questões que pretendia ver esclarecidas.

Quando considerei que tinha uma descrição clara e ilustrativa de toda a actividade, reenderecei-a de forma aleatória a alguns enfermeiros, que deram sugestões no sentido de precisar ou corrigir aspectos que consideraram menos explícitos, de entre os quais o de não aceitação de alguns comportamentos observados (referido na página 79).

#### **4.1.2. O SERVIÇO DE NEUROLOGIA MÉDICA**

O Serviço de Neurologia Médica do Hospital Geral de Santo António (HGSA), com funcionamento ininterrupto 24 horas por dia, é o Serviço onde são acolhidos, de forma programada, doentes que carecem de cuidados médicos do foro neurológico.

##### **A) Espaço Físico**

Este Serviço está situado no 3º piso da ala central do edifício antigo do hospital.



As instalações de Neurologia Médica são compostas por:

- duas enfermarias para doentes do sexo feminino (num total de doze camas);
- duas enfermarias para doentes do sexo masculino (totalizando doze camas);
- uma sala de trabalho de enfermagem;
- uma copa;
- um gabinete de arrumos;
- um gabinete do Director;
- duas casas de banho (uma masculina e uma feminina).

## **B) Caracterização dos Recursos Humanos**

O Serviço dispõe de uma equipa médica aí adstrita, de 10 auxiliares de acção médica e de uma administrativa (que não serão objecto de análise).

A equipa de Enfermagem é constituída por dezassete enfermeiros e um Enfermeiro-Chefe.

O trabalho é realizado por três turnos rotativos, das oito horas às catorze e trinta, das catorze às vinte e trinta e das vinte às oito horas e trinta minutos, assegurando assim a prestação de serviços 24 horas por dia.

### C) Caracterização do Atendimento Prestado

Durante o ano de 1998, registou-se o seguinte movimento de doentes no Serviço de Neurologia Médica:

ENTRADOS					SAÍDOS				
	Int. Prog.	Urgentes	Transf. Int	TOTAL	Domicíl.	Falecidos	Transf. Int	Out. Hosp.	TOTAL
Neurologia Médica	174	255	184	613	500	20	36	49	605

Quadro 11: Utentes atendidos no Serviço de Neurologia Médica em 1998 (Deptº de Estatística do HGSA).

O total de pacientes entrados representa aproximadamente 1,72% dos doentes acolhidos no Hospital durante 1998.

### D) Observações Realizadas

Neste serviço, apenas foi observada a tarefa de colheita de sangue venoso, na medida em que, por se encontrarem puncionados os doentes, a medicação via venosa era administrada por introdução de uma seringa sem agulha no catéter que se encontrava no braço do doente.

## 4.2. A ANÁLISE DA ACTIVIDADE

Toda a actividade é, a cada momento, um compromisso entre uma intenção escrita numa história e num projecto, e solicitações e constrangimentos que, umas vezes são exógenos (provêm do meio material e relacional mais ou menos estável), outras endógenos (provêm do estado emocional momentâneo, não estável) (Teiger, 1993).

Assim, a autora propõem três níveis de análise desta décalage:

- Trabalho Teórico - o trabalho tal como ele existe nas representações sociais mais generalizadas;
- Trabalho Prescrito (a que corresponde a análise da tarefa) - ao nível local da organização do trabalho, que fixa regras e objectivos que também correspondem às representações anteriores, mas que têm em conta as especificidades locais;
- Trabalho Real - ao nível da actividade de uma pessoa (mesmo que ela se insira num colectivo), num lugar e num tempo, onde se revelam o saber-fazer e os conhecimentos dos operadores, onde se opera a conjugação do todo para elaborar compromissos operatórios e onde se constrói a relação subjectiva com o trabalho.

Na medida em que se optou por não contemplar nesta investigação as representações sociais ligadas à área em estudo, as situações analisadas podem ser vistas segundo duas perspectivas distintas: a perspectiva do trabalho prescrito (tarefa prescrita), que é o modo como a tarefa é formalmente reconhecida, e a perspectiva do trabalho real (actividade real), que é a forma como ela é realmente realizada.

#### **4.2.1. O TRABALHO PRESCRITO**

O trabalho prescrito corresponde, muitas vezes, a descrições formais, estabelecidas em protocolos, de como determinada actividade deve ser realizada.

Apresentamos de seguida, a forma prescrita para a tarefa "colheita de sangue venoso".

##### **4.2.1.1. Tarefa prescrita de colheita de sangue venoso**

Para proceder à descrição da tarefa, iremos recorrer à proposta de A. Carneiro (1999).

Assim, no que concerne à tarefa prescrita, a colheita de sangue venoso implica a utilização de torniquetes, seringas e agulhas (de 16 a 20 g, conforme o débito pretendido), catéteres, fita adesiva, pensos transparentes, material para desinfeção local e luvas (Carneiro, 1999).

A técnica utilizada deverá comportar as seguintes fases:

1. explicar a técnica ao doente, pedindo-lhe a sua colaboração;
2. colocar o doente em posição confortável (decúbito dorsal ou sentado) com o membro que vai ser puncionado apoiado em superfície dura;
3. utilizar preferencialmente uma veia do sangradouro para a obtenção do sangue venoso;
4. aplicar o torniquete na região do braço acima da fossa antecubital, de maneira a que a sua remoção possa efectuar-se rápida e eficazmente;

5. pedir ao doente para abrir e fechar regularmente o pulso, por forma a desviar o sangue dos músculos para a pele, fazendo evidenciar as veias (ou, em alternativa, colocar o braço em água quente por alguns minutos);
6. identificar por palpação a veia que se vai puncionar e imaginar mentalmente o trajecto da veia;
7. lavar as mãos e colocar as luvas; desinfectar o local de punção com líquido anti-séptico (Betadine<sup>®</sup>, por exemplo);
8. seleccionar uma veia que não tenha sido utilizada recentemente e que seja facilmente palpável; retirar a tampa da agulha e, segurando com o polegar e indicador de uma das mãos, penetrar a pele esticada pelos dedos da outra mão num ângulo de aprox. 30°;
9. aspirar suavemente (para evitar a hemólise de eritrócitos) até obter refluxo, aliviar a pressão do torniquete (a oclusão venosa prolongada pode alterar os valores bioquímicos) e retirar o volume de sangue desejado;
10. remover o torniquete;
11. colocar um penso transparente sobre o ponto puncionado (Carneiro, 1999).

O autor chama ainda a atenção para, no final da tarefa, observar determinados cuidados, nomeadamente, no que respeita às agulhas, referindo que, em caso algum se deverá tentar cobrir a agulha com a respectiva tampa. As agulhas deverão ser colocadas em recipiente próprio e identificado, juntamente com as seringas, ou então, seccionadas com aparelho destinado especificamente a este fim (Carneiro, 1999).

#### **4.2.1.2. Tarefa prescrita de administração de medicação por injeção**

A segunda situação objecto de análise deste estudo é a picada por agulha durante a administração de injeções, pelo que se torna necessário conhecer também a forma prescrita desta tarefa.

Tal como no caso da colheita de sangue venoso, recorreremos também, para apresentar a forma prescrita da administração de medicação por injeção, à proposta elaborada por A. Carneiro (1999).

As injeções são uma forma de administração de medicação. Existem quatro técnicas principais de injeção de produtos: intradérmica (ID), subcutânea (SC), intramuscular (IM) e endovenosa (EV). As primeiras (ID) servem para inocular testes cutâneos de sensibilidade, enquanto que a administração SC é indicada para produtos em que se pretenda que a sua absorção seja lenta (ex. vacinas, insulina). A injeção intramuscular é utilizada na administração de medicações em que se procura uma absorção e duração de efeito intermédio (ex. antibióticos e analgésicos). Finalmente, com a aplicação de uma injeção EV, procura-se um efeito terapêutico imediato (ex. antibióticos e analgésicos) (Carneiro, 1999).

Devido à maior frequência com que são utilizadas nos cuidados de saúde e porque observadas em número maioritário, iremos descrever a aplicação de injeções IM e EV.

A tarefa prescrita de injeção IM comporta os seguintes passos:

1. explicar os passos da técnica ao doente;
2. seleccionar uma das zonas habitualmente usadas para esta técnica: regiões glútea ou deltóide (preferencialmente a primeira, pois permite maior índice de retenção e é menos sensível à dor);
3. procura a assepsia da pele com uma gaze embebida em álcool antes de aspirar para dentro da seringa a medicação a administrar, tendo o cuidado de deixar dentro desta uma pequena bolha de ar de 0,1 a 0,2 ml;
4. deslocar para o lado a pele que cobre o local do músculo onde se irá injectar a medicação, de modo a que, dada a injeção, a pele volte à sua posição inicial, deslocando o local de punção da pele e evitando que a medicação reflua pela agulha;
5. prevenir o doente que vai sentir uma picada (pedir-lhe para olhar para o lado oposto);
6. segurando a agulha com a mão dominante, entrar perpendicularmente a pele com um movimento rápido, introduzindo a agulha de 1/2 a 1 cm (conforme a massa muscular) e tendo o cuidado de deixar cerca de 1 cm entre o canhão da agulha e o ponto de entrada na pele;
7. aspirar, para ter a certeza que a agulha não está dentro de um vaso sanguíneo;
8. injectar a medicação lenta e totalmente, com a bolha de ar por último, de maneira a limpar o interior da agulha (mas procurando não injectar o ar);
9. após retirar a agulha, massajar suavemente o local da injeção com uma gaze para facilitar a absorção do medicamento e distrair o doente da dor da injeção; limpar alguma gota de sangue e colocar um penso rápido (Carneiro, pp. 63-64).

A injeção EV passa também pela execução de determinados passos, segundo a forma como a tarefa está prescrita:

1. explicar os passos da técnica ao doente e pedir-lhe a sua colaboração;
2. posicionar o doente, sentado ou em decúbito dorsal, mas sempre com o braço apoiado, com o vaso que se vai puncionar bem exposto;
3. encher a seringa com a medicação a administrar, tendo o cuidado de expulsar qualquer quantidade de ar que se encontre no seu interior;
4. colocar o torniquete em volta do braço do doente, acima do local da punção; palpar a veia (devem puncionar-se as veias que se sentem e não as que se vêem) e limpar a pele com uma gaze embebida em álcool;
5. com os dedos da mão que não vai segurar a seringa, esticar a pele sobre a veia (especialmente útil com idosos), de modo a mantê-la fixa;
6. penetrar a pele com a agulha num ângulo de 30° e paralela ao percurso da veia, entrando nesta cerca de 1 cm;
7. aspirar de seguida para obtenção de sangue, garantindo assim, que se está bem no lúmen do vaso;
8. remover o torniquete;
9. injectar a medicação, lentamente, durante pelo menos 30 a 60 segundos;
10. após administração do medicamento, aplicar pressão no local de entrada da agulha com uma gaze esterilizada, retirando em seguida a agulha e mantendo a pressão por mais um ou dois minutos;
11. colocar um penso rápido (Carneiro, 1999).



## **4.2.2. O TRABALHO REAL**

Como resultado das diversas observações realizadas nos diferentes serviços, foram construídas as descrições da actividade que a seguir se apresentam.

### **4.2.2.1. A Actividade Real de Colheita de Sangue Venoso no Serviço de Urgência**

#### **1 - Preparação do material necessário ao procedimento**

O enfermeiro prepara um tabuleiro, que coloca num carrinho de apoio, com o material necessário às colheitas, nomeadamente: um suporte de tubos com os tubos necessários às colheitas, agulhas “butterfly” (Fig. 1), um garrote (torniquete), pensos, etiquetas, fichas dos exames pedidos para cada doente e uma pequena tina com algodão embebido em álcool.

De seguida, desloca o carrinho para junto da cama do doente ao qual vai colher o sangue e coloca-se entre as camas, ao lado (direito ou esquerdo) do doente que quer punccionar. No caso de doentes não acamados, a colheita é feita com o doente sentado e o cotovelo apoiado numa mesa ou num apoio próprio, junto do qual se encontra, em compartimentos numa bancada, todo o material necessário.

Em ambos os casos (acamados ou não), retira o invólucro à “butterfly” e enrosca a extremidade de uma das agulhas, que está recoberta por uma capa de borracha, ao porta tubos.

Põe em cima da cama, ao lado do doente, garrote, tubos, um pedaço de algodão e pensos. Se se tratar de um doente agitado, o material permanece no carrinho e vai sendo daí retirado à medida que vai sendo necessário. No caso do doente sentado, coloca este material em cima do balcão em local acessível.

## 2 - Procedimento

1. Afasta a manga do doente e aperta o garrote.
2. Verifica o lúmen da veia, tateando.
3. Depois de a localizar, limpa a superfície da pele com um algodão embebido em álcool.
4. Retira a protecção à agulha e pega nas duas “asas” com os dedos indicador e polegar, unindo-as.
5. Introduce suavemente a agulha na veia.
6. Pega num tubo de colheita e prime-o contra a extremidade da outra agulha, que se encontra dentro do porta tubos, dando passagem ao sangue para dentro do tubo, que está em vácuo. Quando o tubo está cheio, deixa de haver vácuo, pelo que o sangue deixará de ser aspirado. Depois de cheio, se necessário (conforme as análises pedidas pelo médico), retira o tubo e coloca outro.
7. Quando se encontra a finalizar a última recolha, desaperta o garrote e, de seguida, retira o tubo.
8. Coloca um algodão em cima da punção e pressiona-o.
9. Com a outra mão, retira suavemente a agulha, que coloca em cima da cama, sobre ou ao lado do doente.

10. Sem largar o algodão, cola-lhe um adesivo por cima.
11. Pega em todo o material, à excepção da agulha e coloca-o no tabuleiro. A agulha, na maior parte das observações realizadas, permaneceu em cima da cama, sobre ou ao lado do doente.
12. Pega com cada uma das mãos em cada uma das extremidades da “butterfly” e deposita a agulha que colheu sangue no lúmen no contentor de agulhas.
13. Desenrosca de seguida, o porta tubos da outra extremidade e deixa também cair a outra ponta da “butterfly” no contentor. Na sala de OBS, existe um contentor junto a cada cama e na sala de enfermagem, o contentor encontra-se sobre o balcão, atrás do enfermeiro quando este está a realizar a tarefa.
14. Coloca o porta tubos (que nunca chega a estar em contacto com o sangue) no tabuleiro.
15. Etiqueta os tubos de colheita e põe-nos novamente no suporte.

Nalguns casos, verificou-se que o enfermeiro optou por não utilizar porta tubos e a “butterfly” foi conectada directamente ao tubo de colheita. O operador reconhece contudo, neste procedimento, um **menor grau de segurança**, isto é, sabe que o uso do porta-tubos permite realizar a tarefa com mais segurança. Esta escolha parece estar relacionada, segundo o relatado, com a **pressão temporal** (o operador quer ser mais rápido), nalguns casos, com a **prática** (foi observado que em vários enfermeiros experientes o uso do porta-tubos foi dispensado) e com a **percepção de perigo** (usa-se mais o porta-tubos em doentes que o enfermeiro considere de risco, mesmo que não seja habitual usá-lo sempre).

Numa das observações realizadas, o doente encontrava-se bastante agitado. Neste caso, um enfermeiro, com a ajuda de outro, que imobilizava o doente, amarrou-lhe ambos os pulsos às protecções laterais da maca em que se encontrava deitado. De seguida, enquanto um dos enfermeiros segurava o corpo do doente (para que este não tentasse levantar-se), o outro preparou o material como atrás descrito. Contudo, quando iniciava a punção, o doente conseguiu sacudir o braço, projectando para a chão a agulha que já tinha entrado em contacto com a veia. Este momento constituiu um ponto crítico, na medida em que, quando projectada, a agulha poderia facilmente ter-se "espetado" no enfermeiro e, portanto, potencialmente infectá-lo. Tal poderá ter sido evitado também devido à rapidez com que o enfermeiro se desviou quando percebeu que a agulha ia ser projectada.

O sistema "butterfly" é utilizado preferencialmente a outros (ex. vacutainer - rígido) porque o tubo maleável que medeia as duas agulhas permite uma maior flexibilidade no manuseamento, mesmo que o doente se mexa, o que não acontece nos outros sistemas, que são rígidos. De referir que, na Urgência, se encontram frequentemente doentes em estado agitado, pelo que o sistema rígido poderia ser menos eficaz.

A "butterfly" ou Sistema de Veias Difíceis é usado para doentes que não vão fazer medicação, por exemplo, só vão fazer colheita de sangue e não precisam ficar com uma veia para medicação. É menos doloroso que o catéter, que é o sistema que é colocado na veia do doente quando é necessário continuar a medicá-lo por esta via.

No caso dos doentes em OBS, a colheita é feita, geralmente, uma vez por dia, cerca das 08:30, após a mudança de turno, excepto em situações pontuais, determinadas pela equipa médica.



Fig. 1 – Sistema de veias difíceis ou “butterfly”.

#### **4.2.2.2. A Actividade Real de Administração de Medicação por Injecção - Serviço de Urgência**

O procedimento a adoptar na administração de medicação varia de acordo com a duração e a continuidade da medicação a administrar (como especificado na tarefa prescrita de injecções).

No entanto, num doente que seja sujeito a uma única medicação, de administração curta (em termos de tempo), via intramuscular ou endovenosa, o processo será realizado através de punção com agulha e seringa.

## 1 - Preparação do material necessário ao procedimento

Para proceder à realização desta tarefa, o enfermeiro prepara os instrumentos necessários: agulhas, seringas e frascos de medicação, retirando-os do armário e colocando-os sobre o balcão atrás de si (no caso de doentes não acamados; nos acamados, como já se referiu, quase nunca há necessidade de puncionar porque se encontram cateterizados).

Quebra a extremidade superior da ampola do solvente líquido. Espeta uma agulha endovenosa (mais larga, aspira melhor) na borracha da tampa do frasco que contém o medicamento em pó. Retira o líquido da ampola a que previamente partiu a extremidade, aspirando-o com a seringa. Adapta a agulha à seringa, permitindo a passagem do líquido que se encontra na seringa. Retira a agulha e seringa, mantendo-as na mão direita, e agita o frasco com a mão esquerda, misturando os dois produtos. Aspira o composto para dentro da seringa, introduzindo novamente a agulha. Deita fora a agulha endovenosa usada, depositando-a no contentor. Retira o ar à seringa. Ajusta uma nova agulha, geralmente subcutânea (segundo a explicação dada), por ser mais fina e menos dolorosa) à seringa e retira novamente o ar a esta última. Toda esta fase de preparação é realizada junto do balcão, geralmente de costas para o doente, que se encontra sentado com o braço apoiado.

Se se tratar de um único composto (ampola com líquido), o enfermeiro parte a extremidade superior da ampola, ajusta a agulha à seringa e aspira a ampola.

## 2 - Procedimento

1. Coloca o garrote em volta do braço do doente e aperta-o.
2. Faz a desinfecção da zona a puncionar com algodão embebido em álcool.
3. Punciona a agulha na veia e, após estar introduzida o suficiente para cateterizar a veia, pressiona lentamente o embolo da seringa, injectando o líquido para dentro da veia.
4. No final, coloca o algodão em cima da punção.
5. Retira a agulha e a seringa e pede ao doente que segure o algodão pressionando-o mais ou menos 1 a 2 minutos.
6. Vira-se para o balcão, onde se encontra o contentor, e separa a agulha da seringa manualmente ou rodando-a no orifício do contentor e deixa-a aí cair. Deita a seringa num balde com saco branco (lixo contaminado).

Tratando-se de uma injeção intramuscular na nádega, antes de puncionar, o enfermeiro separa a agulha da seringa, segurando-a na mão. Dá 2 ou 3 palmadas rápidas com a costa da mão na nádega (de cima para baixo, fazendo esticar a pele) e, à terceira ou quarta vez, em simultâneo com a palmada, punciona a agulha. De seguida, adapta a seringa e vai pressionando o embolo, injectando a medicação. Retira a seringa. No final, coloca um pedaço de algodão no local da picada, pressionando-o. Sem largar, separa com a outra mão a agulha da seringa rodando-a no orifício do contentor (que se encontra em cima do balcão, ao seu lado) ou manualmente e deixa-a cair aí. Deita a seringa no saco branco (lixo contaminado). Substitui o algodão e cola-lhe em cima um adesivo ou coloca um penso rápido.

Observou-se por duas vezes, na realização desta tarefa, que o enfermeiro não utilizou luvas porque, segundo o próprio, se tratava de doentes de "baixo risco".

Em doentes que necessitem ficar puncionados ou naqueles em que o tempo de administração seja mais longo (ex. soroterapia), o instrumento utilizado será o catéter de uso periférico (comercialmente designado por Abbocath<sup>®</sup> e também conhecido por este nome) . A punção por catéter (Fig. 2) permite ter uma via permanentemente aberta, evitando que o doente seja picado novamente e, conseqüentemente, traumatizado, várias vezes ao longo do dia. Contudo, este poderá ter que ser novamente puncionado se por exemplo, estiver a fazer soroterapia e for necessária uma colheita de sangue. Neste caso, a punção é feita no outro braço.

Para realizar a punção por catéter, o enfermeiro calça as luvas e retira o catéter do invólucro.

1. De seguida aperta o braço do doente com um garrote.
2. Procura o trajecto da veia através do tacto e, quando sente maior dificuldade em determinar a sua localização, dá algumas palmadas rápidas, que tornam a veia mais visível (porque estimulam o seu enchimento).
3. Limpa então a superfície da pele onde irá fazer a punção com um pedaço de algodão embebido em álcool.
4. Punciona a veia pretendida com o catéter, fazendo-o entrar na veia. Se, por movimento do doente ou dificuldade do enfermeiro, o catéter é exteriorizado da veia, tem que ser feita nova punção noutra veia, pois a veia faz hematoma e fica "inutilizada" (fragilizada) para o efeito.



5. Após punção bem sucedida, o enfermeiro retira o garrote e o mandril (Fig. 3 - o que vem dentro do catéter é em aço rígido para ajudar à progressão do catéter na veia, enquanto que os que se colocam à posteriori para "tapar" o catéter são de plástico maleável), coloca-o em cima da mesa, ao lado da cama e deixa ficar o catéter na veia.
6. Fixa-o com adesivo.
7. Conecta em seguida o sistema de soro ou a medicação (através de seringa sem agulha) ao catéter, retirando antecipadamente a tampa que este tem na extremidade.
8. Imediatamente, deita fora o mandril para um contentor próprio (de agulhas) que, nalguns casos, se encontra na unidade onde o doente está (na mesa de apoio aos aparelhos de vigilância ou suporte de vida a que lhe estão ligadas), nalgum local mais afastado da sala (onde o enfermeiro se desloca) ou junto ao enfermeiro, que o transporta consigo (num tabuleiro com o restante material ou num bolso) quando faz uma punção.
9. Deita, depois, os invólucros e as luvas contaminadas para o balde que contém dentro um saco branco (lixo contaminado) e se encontra no chão, por baixo da cabeceira de cada cama (na Sala de Observações).
10. Findo o período de tempo de administração, no caso da soroterapia, o enfermeiro calça novamente luvas.
11. Retira o tubo que está ligado ao catéter e coloca-lhe um mandril (em caso de doente internado), que previamente retirou de um invólucro (Fig. 3). Mantém assim uma via aberta que pode ser usada mais vezes sem necessidade de traumatizar mais vezes o doente.

Quando já existe um catéter colocado no doente, o enfermeiro apenas calça as luvas, retira o mandril e ajusta o tubo de soro ou a seringa que contém a medicação.

Após a administração, coloca um novo mandril, ajustando-o ao catéter.

Limpa a superfície de pele circundante e fixa-o com adesivo.

Vai colocando os invólucros em cima da mesa de suporte dos aparelhos, que se encontra ao lado da cama, ou sobre a própria cama, deitando-os fora no final.

Durante todo o procedimento, mantém o mandril contaminado entre os dedos indicador e médio (para o lado da superfície dorsal da mão) e, no final, quando retira as luvas, que saem viradas do avesso, deixa o mandril no seu interior, depositando tudo no balde que contém o saco branco e se encontra junto de cada cama.



Fig. 2 – Catéter Venoso (com tubo de protecção)

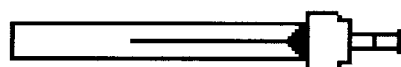


Fig. 3 - Mandril (com tubo de protecção)

#### **4.2.2.3. Actividade Real de Colheita de Sangue Venoso - Serviço de Neurologia Médica**

No departamento de Neurologia Médica foi observada maior variabilidade intersujeitos na forma como executam a mesma tarefa. Apresenta-se de seguida o resultado das observações.

##### **1 - Preparação do material necessário ao procedimento**

Na sala de enfermagem, retira fichas de um suporte na parede (que diz "análises"), com as indicações médicas das análises a fazer a cada doente.

Coloca num tabuleiro agulha "butterfly", pensos rápidos, tubos, compressas que previamente embebeu em álcool e adaptador (também designado porta tubos).

Desloca-se com o tabuleiro para a enfermaria.

Põe as luvas. Abre o invólucro da "butterfly" e adapta o porta tubos a uma das extremidades. Coloca este material em cima da cama, sem tirar a protecção à agulha.

##### **2 - Procedimento**

1. Garroteia o braço do doente, que se encontra em decúbito dorsal.
2. Dá "palmadinhas" no braço, na zona que vai puncionar, para tornar a veia mais visível e saliente.
3. Tira os tubos do tabuleiro e coloca-os em cima da cama.

4. Retira a protecção à agulha e punciona-a no braço do doente, fazendo-a progredir dentro da veia.
5. Pressiona o tubo contra o porta-tubos.
6. Durante a colheita para o último tubo, solta o garrote.
7. No final, retira a agulha e pressiona a veia com algodão embebido em álcool.
8. Segura na "butterfly" e põe a extremidade que esteve puncionada dentro do adaptador.
9. Desloca-se da enfermaria para a sala de enfermagem, onde deita agulha e adaptador no contentor de agulhas.

Este procedimento foi observado num enfermeiro novo e sem experiência. O adaptador, que supostamente é utilizado em colheitas sucessivas, uma vez que nunca entra em contacto com o sangue, foi neste caso inutilizado. Contudo, é patente neste enfermeiro uma grande preocupação em rodear-se de todas as precauções, de modo a não entrar em contacto com o sangue do doente.

Nas tarefas realizadas por outros profissionais mais velhos e mais experientes, o procedimento foi o seguinte:

#### **1 - Preparação do material necessário ao procedimento**

Prepara o tabuleiro com garrote, tubos de colheita, "vacutainer" (fig. 4), adaptador, algodão embebido em álcool e contentor de agulhas.

Desloca-se para a enfermaria, onde coloca as luvas.

## 2 - Procedimento

1. Garroteia o braço do doente.
2. Retira a tampa de uma das extremidades da "vacutainer", deixando à mostra um revestimento de borracha que recobre um dos lados da agulha.
3. Adapta o porta-tubos, enroscando-o, fazendo com que a parte recoberta pela borracha fique dentro do mesmo.
4. Limpa a zona a puncionar com algodão e mantém-no na mão enquanto palpa a veia.
5. Tira a tampa da outra extremidade da "vacutainer" e punciona-a.
6. Adapta o tubo de colheita ao porta-tubos. Vai colocando os tubos cheios sobre a cama.
7. Durante a colheita para o último tubo, desaperta o garrote.
8. Coloca o algodão por cima e retira a agulha, pressionando depois o algodão com a mão esquerda.
9. Com a mão direita, introduz a agulha no contentor e pressiona, de modo que o mecanismo faz rodar e cair a agulha dentro do contentor, libertando o porta-tubos.
10. Retira as luvas e coloca um penso rápido.
11. Volta à sala de enfermagem, com todo o material, etiqueta os tubos e coloca-os num suporte para análise.
12. Recoloca o contentor sobre o balcão, junto à parede.



Fig. 4: "vacutainer" (com tampas de protecção), porta-tubos e tubo, dispostos segundo a forma como se adaptam.

Foi observado um procedimento diferente pelo mesmo enfermeiro cuja tarefa atrás se descreveu num tipo de análise cujo volume de sangue necessário não corresponde ao volume dos tubos de colheita padrão.

Neste caso, e observando os mesmos cuidados, a recolha de sangue foi feita para uma seringa, até à quantidade desejada. A seringa foi depois espetada na tampa de um tubo (que não tem sistema de vácuo), fazendo passar o sangue para dentro deste.

Contudo, como neste caso o sangue é injectado sob pressão da seringa, torna-se mais difícil controlar esta operação e, na tarefa observada, houve um refluxo de sangue que contaminou o enfermeiro e o espaço à sua volta. Este momento correspondeu também a um ponto crítico, na medida em que o sangue saiu do tubo sob pressão e espalhou-se a uma distância que poderia ter atingido não só os olhos, pele e mucosas do enfermeiro que estava a realizar a operação, mas também do doente que se encontrava na cama ao lado deste, pois o procedimento foi realizado entre as duas camas, que se encontram a curta distância.

Questionados os enfermeiros sobre a razão pela qual usavam diferentes sistemas de colheita de sangue ("vacutainer" e "butterfly"), foi explicado que, tal escolha, está muitas vezes associada à prática que o profissional tem. Por ter um tubo maleável e

transparente a mediar as duas extremidades, a "butterfly" permite ver se há sangue nesse tubo, sabendo assim que a veia foi correctamente puncionada. A agulha rígida ("vacutainer") não permite ver isto, pelo que é necessário ter uma melhor percepção e prática para saber, antes de aspirar, se a agulha está na veia ou não.

Esta explicação é coincidente com o observado na Urgência e em Neurocirurgia: no primeiro serviço, a população de enfermagem é muito jovem e recorre na sua quase totalidade às "butterfly", enquanto que, no segundo serviço, todos os profissionais observados eram mais velhos e experientes e usavam "vacutainer". No entanto, uns e outros referiram que a escolha de um ou outro sistema era inteiramente sua. De acordo com o observado e com as explicações dadas, parece que a aquisição de experiência pode levar à passagem de um sistema para outro, o que leva a crer que o sistema "vacutainer" apresentará mais vantagens, em termos de rapidez, segurança ou outras, a quem o saiba usar correctamente.

Outra variante que contribui para a escolha de um ou outro sistema, situa-se ao nível do doente. Se o doente estiver agitado, será mais eficaz a utilização da "butterfly", uma vez que a sua maleabilidade ajuda a conseguir manter a agulha na veia, mesmo que o paciente se mexa. Deste modo, também o risco de uma picada acidental pelo enfermeiro será menor do que com a "vacutainer". É de notar que, na Urgência, foram observados mais doentes agitados do que nos outros serviços, o que também pode contribuir para a escolha e, em consequência, para a aquisição de mais prática com este sistema, contribuindo também este factor para que o seu uso seja privilegiado.

### **4.3. A DISCUSSÃO DOS DADOS**

#### **4.3.1. CONSIDERAÇÕES DECORRENTES DAS OBSERVAÇÕES**

No seguimento da restituição de dados efectuada por alguns enfermeiros, realizaram-se, em função das sugestões apresentadas, pequenas alterações à forma como as tarefas estavam descritas, nomeadamente no que respeita a aspectos não observáveis da actividade.

Contudo, ao nível da tarefa de colheita de sangue, num dos Serviços, onde o comportamento crítico de colocar a seringa infectada em cima da cama foi observado diversas vezes, tal foi veementemente negado pelo enfermeiro que fez a restituição de dados. Nem mesmo confrontado com o facto de que esse comportamento foi observado mais do que uma vez, o enfermeiro o aceitou, remetendo para o observador uma má compreensão do desenrolar da actividade. Referiu que tal seria extremamente perigoso e que nenhum dos seus colegas o faria. Notificou ainda o observador de que tal afirmação teria que ser retirada da descrição, sob pena de estar a ser enganosa para quem a lesse, pois tal comportamento não se observava naquele serviço.

É possível que, de facto, o enfermeiro visado não tenha, ele próprio, o referido comportamento, assim como também parece plausível que esta acção seja levada a cabo de forma já inconsciente, embora, quando levados a reflectir sobre isso, os enfermeiros o neguem, por terem consciência da sua perigosidade.



Quer se deva a uma destas ou a qualquer outra explicação, o comportamento do enfermeiro levou a pensar que, se se realizassem, como se pretendia inicialmente, entrevistas aos acidentados por picadas de agulha, seria altamente improvável que comportamentos como este, em que o erro estará provavelmente mais ligado ao desempenho do operador, embora possivelmente condicionado por factores relacionados com a organização do trabalho, fossem relatados.

Tal, implicaria que a procura de uma explicação para o acidente resultaria necessariamente errada, pois não se estaria na posse de todas as informações importantes.

Por outro lado, e feitas as observações, considerou-se mais importante a detecção de comportamentos e situações críticas, dos quais possam advir acidentes, do que a análise dos acidentes já ocorridos, podendo-se assim contribuir com alguns indicadores importantes para a prevenção.

Assim, revendo a escolha metodológica, foi decidido detectar os pontos-pivots da actividade no decorrer das observações realizadas e não efectuar as entrevistas planeadas.

Também pelos registos dos dossiers não foi possível fazer um estudo retrospectivo dos acidentes, na medida em que eles se encontravam descritos de forma muito sumária e incompleta, como se poderá constatar no capítulo seguinte.

### 4.3.2. O DOSSIER DE ACIDENTES

No Serviço de Urgência, os acidentes estavam descritos com as seguintes características:

<b>Caracterização do Acidente</b>	<b>Sexo</b>	<b>Idade</b>	<b>Hora</b>
picada com agulha de fio de sutura	F	31	02:30
picada após injeção intramuscular	F	24	21:30
picada após pesquisa glicemia capilar	M	44	12:45
picada colheita de sangue	F	26	01:30
picada após colheita de sangue	M	22	11:00
picada durante transporte de agulha para contentor	F	26	15:38

Quadro 12: Caracterização dos acidentes por picada de agulha no Serviço de Urgência em 1998 (SMFO).

No Serviço de Neurologia Médica, foram registados e descritos os seguintes acidentes:

<b>Caracterização do Acidente</b>	<b>Sexo</b>	<b>Idade</b>	<b>Hora</b>
picada a puncionar um doente	F	51	10:00
picada após punção venosa	F	30	11:20
picada administração de insulina	F	24	11:45
picada após pesquisa glicemia capilar	F	34	-

Quadro 13: Caracterização dos acidentes por picada de agulha no Serviço de Neurologia em 1998 (SMFO).

Os dados apresentados foram retirados do registo de ocorrência de acidente de trabalho (anexo 2) ao SMFO, que são preenchidas pelo médico que presta os primeiros cuidados ao acidentado.

Apesar da constante sensibilização deste Serviço para que os dados sejam apresentados com clareza, isso não acontece habitualmente, o que impossibilita a compreensão inequívoca da forma como ocorreu o acidente. Com efeito, os dados acima apresentados permitem diferentes interpretações, pelo que seria necessário possuir informação bastante mais detalhada para melhor compreender o acidente.

Ainda assim, com a informação disponível, é possível "especular" sobre a relação entre o que foi observado e os acidentes registados.

Dos 10 acidentes registados pelos 2 serviços, 6 ocorreram após a finalização da tarefa, o que pode estar relacionado quer com o facto de muitas vezes a agulha ser colocada em cima da cama do doente após o uso, quer com o facto de alguns enfermeiros se deslocarem até ao contentor após realizarem a tarefa, ao invés de trazerem o contentor consigo antes de iniciarem a mesma.

Outro aspecto muito importante, no que respeita ao SU, é que os acidentes ocorridos em 1998 ainda reportam às instalações antigas da Urgência do Hospital, pois a nova ala só foi inaugurada em Março de 1999. De salientar que, as velhas instalações se encontravam sobrecarregadas, quer em termos humanos, quer de espaço. Muitas camas encontravam-se distribuídas pelos corredores, já de si estreitos, onde dificilmente se podia circular sem tocar noutras pessoas.

### 4.3.3. TRABALHO PRESCRITO VS. TRABALHO REAL

No que respeita à comparação entre como o trabalho é descrito formalmente e a forma como ele é de facto realizado, pequenas diferenças foram observadas, sendo a execução das principais operações, bastante semelhante.

No que se refere, por exemplo, à interacção estabelecida com o doente, este aspecto varia essencialmente em função da personalidade mais ou menos comunicativa do enfermeiro, que tranquiliza e explica em maior ou menor grau a técnica que vai realizar ao doente. Contudo, em muitos casos, o doente encontrava-se inconsciente, pelo que esta consideração não era aplicável.

Na administração de medicação por injeção, registou-se um desvio, que se poderá considerar uma estratégia consciente por parte do enfermeiro, em relação à forma como a tarefa é descrita. Para a administração por via endovenosa, utiliza uma agulha subcutânea, e não a correspondente endovenosa, pois a primeira é mais fina e, portanto, menos dolorosa para o doente.

A variabilidade intersujeitos deve-se provavelmente ao facto de que, quando começam a desempenhar as suas funções, os sujeitos não são submetidos a uma formação específica, que os ensine a realizar da forma mais segura estas tarefas. Assim, cada um deles vai desenvolvendo, com a prática, estratégias que considera adequadas e seguras para a realização das tarefas. A este nível, as representações sociais que cada um tem acerca da perigosidade envolvida na realização das tarefas, deverão desempenhar um

papel muito importante, determinando que uns sejam bastante mais cuidadosos e desenvolvam estratégias mais seguras do que outros. Também aqui, a variável "idade do operador" deverá ter um papel muito importante, pois como se sabe, a problemática das doenças infecto-contagiosas tem vindo a ter uma importância crescente nos últimos anos, o que se deverá repercutir na formação académica e consequente sensibilização dos sujeitos. A rotina e o excesso de confiança nas suas capacidades, são também factores predisponentes para um risco acrescido para o indivíduo com mais anos de profissão.

#### **4.3.4. PONTOS CRÍTICOS**

Decorreram, das observações efectuadas (incluindo Neurocirurgia e TCE, cujas actividades não foram aqui relatadas), a detecção de alguns pontos críticos que, tendo tido lugar esporadicamente, são potenciadores da ocorrência de acidentes, nomeadamente:

- as agulhas contaminadas são colocadas em cima da cama, sobre ou ao lado do doente, enquanto o enfermeiro termina outras operações;
- o porta-tubos, instrumento de segurança em cujo interior se conectam a agulha e o tubo de colheita de sangue, não é utilizado, pelo que, havendo refluxo de sangue, não há nada que proteja a sua saída;
- o doente está agitado, movimentando o tronco e os braços, o que pode levar a que a agulha saia do sítio onde está puncionada e se projecte;

- as luvas não são utilizadas para administração de medicação por injeção porque o doente não é considerado de "risco";
- a agulha é separada da seringa manualmente e sem luvas de protecção;
- o enfermeiro desloca-se pela enfermaria com a agulha contaminada na mão, até à sala onde está o contentor (portátil);
- os tubos de colheita (de vidro) cheios são colocados em cima da cama;
- a distância entre as camas permite que, havendo refluxo de sangue, o doente da cama ao lado possa ser atingido (nas instalações mais antigas);
- de uma forma geral, nas instalações antigas, o espaço era deficiente, não permitindo muitas vezes a circulação de pessoas sem que estas se tocassem ou embatessem acidentalmente;
- o material utilizado nas tarefas analisadas (agulhas) não possui dispositivos de segurança que minimizem o risco de picadas durante o seu manuseamento;
- a pressão temporal (excesso relativo do número de doentes para enfermeiro num determinado espaço físico e temporal) determina que nem sempre sejam observadas regras de segurança que são do conhecimento dos operadores.
- O dispositivo existente nos contentores para separar a agulha da seringa fica, por vezes, com o decorrer do uso, danificado, ou seja, não faz a separação destas duas componentes. Contudo, o contentor continua a ser utilizado por separação manual até se encontrar cheio.

#### 4.3.5. OUTROS ESTUDOS

Embora em Portugal a temática dos acidentes de trabalho por picada de agulha não seja muito estudada, noutras partes do mundo, como os Estados Unidos (NIOSH, OSHA) e na Austrália (Gray, D., 1998), países de grande dimensão, onde o problema afectará um muito maior número de pessoas, este tema tem sido objecto de estudos recentes.

As circunstâncias que levam às picadas, para além dos aspectos abordados no presente estudo, dependem também, em parte, do design do dispositivo utilizado. Por exemplo, sistemas de agulhas que tenham que ser separados ou manipulados após o uso (ex. agulhas de flebotomia, tubos em vácuo) constituem perigo e têm estado relacionados com o aumento do índice de picadas (Jagger et al. In NIOSH, 1999). Também as agulhas ligadas a tubos compridos ou flexíveis (ex. "butterflies") são por vezes difíceis de colocar nos contentores de agulhas e, portanto, podem representar outra fonte de perigo.

Contudo, existem já dispositivos de agulhas com sistemas de segurança, em que a agulha, após uma pressão no êmbolo (imediatamente após o uso) se retrai para dentro da seringa. Outros sistemas fazem com que um tubo de plástico vá descendo da seringa em volta da agulha à medida que ela é usada ou ainda, que uma pressão no tubo de colheita contra o porta-tubos accione uma cobertura rígida que se exterioriza à agulha, cobrindo-a à medida que vai sendo retirada da veia (NIOSH, 1999).

Para além dos riscos relacionados com as características dos sistemas usados, também têm sido reportadas picadas de agulhas relacionadas com certas práticas de trabalho, como o recapsulamento, transferência de fluidos corporais entre contentores (ex. entre uma seringa e um tubo em vácuo) e má colocação das agulhas usadas nos contentores (deixadas fora do contentor; colocadas em contentores que, não sendo suficientemente rígidos, deixam as agulhas espetarem-se nas suas paredes; sobreenchimento dos contentores...), (NIOSH, 1999).

Ainda relativamente aos contentores onde são colocadas as agulhas após o uso, existem determinados critérios de segurança que devem ser observados (NIOSH, 1999):

1. Funcionalidade - os contentores devem permanecer funcionais durante o seu tempo de uso; eles devem ser duráveis, resistentes a rombos e resistentes à perfuração em condições ambientais normais.
2. Acessibilidade - os contentores têm que estar acessíveis a todos os trabalhadores que usam dispositivos de agulhas. Este critério inclui a sua existência em número suficiente, possuírem um volume suficiente e disporem de um acesso seguro de abertura. Outros factores importantes incluem a sua colocação em sítio conveniente e, se necessário, serem facilmente transportáveis para o local onde vai ser executada a tarefa.
3. Visibilidade - os contentores devem estar visíveis para os trabalhadores que têm que os utilizar. O nível de enchimento e as etiquetas de aviso também são critérios de visibilidade importantes.
4. Ajustamento - os contentores devem reunir condições adequadas (ajustadas) em termos de utilizador, de facilidade e de meio ambiente.



Através destes e de outros estudos, estão identificados diversos factores de risco inerentes à manipulação de agulhas e seringas, assim como, formas diversas de prevenção desses mesmos factores, como as apresentadas pelo NIOSH (1999).

#### **4.3.6. PROPOSTAS DECORRENTES DAS SITUAÇÕES ANALISADAS**

Algumas sugestões podem ser apresentadas em função das análises realizadas, quer no que respeita ao questionário utilizado pelo Ministério da Saúde para caracterização dos acidentes de trabalho, quer no que respeita à análise da actividade desenvolvida nos Serviços de Urgência e de Neurologia Médica.

##### **4.3.6.1. O Questionário**

É importante salientar que foi posta especial ênfase na descrição do questionário utilizado pelo Ministério da Saúde, devido ao facto de ele ser o instrumento/veículo de informação mais importante e abrangente no que concerne ao conhecimento dos acidentes de trabalho na área da saúde em Portugal.

Existe pois, um mérito inquestionável de, através de si, reunir todas as ocorrências declaradas pelos acidentados e apresentar um quadro geral do que foram os acidentes em cada ano.

Contudo, a impossibilidade de ser respondido de forma aberta e a conjugação dos aspectos mais significativos em quadros-tipo, podem induzir interpretações que relacionam entre si aspectos que, na realidade, não têm qualquer ligação.

Deste modo, as conclusões que dele se podem retirar, se se pretender fazer uma análise mais compreensiva dos dados, podem ser involuntariamente enviesadas e tornarem-se um falso ponto de partida para a construção de medidas de prevenção dos acidentes de trabalho.

Parece, contudo, difícil, proceder a alterações no questionário que permitam uma maior adequação do mesmo sem partir do conhecimento efectivo dos acontecimentos no "terreno".

Assim, uma alternativa possível para a redução de acidentes seria partir de uma sugestão apresentada no relatório do Ministério da Saúde, que aborda a necessidade de conhecer os índices de risco e custos dos acidentes e aplicar medidas, reduzindo ou eliminando esses riscos. Para tal, o mesmo relatório apresenta quatro "sub-sugestões" mais específicas:

- promover a investigação em higiene e segurança no trabalho;
- proceder, na concepção das instalações, dos locais de trabalho, à identificação dos riscos previsíveis, combatendo-os na origem, por forma a garantir um nível eficaz de protecção;
- organizar o trabalho, procurando, designadamente, eliminar ou minimizar os efeitos nocivos do trabalho sobre a saúde dos trabalhadores;

- cada Instituição deve mobilizar os meios necessários, nomeadamente nos domínios da prevenção técnica, da formação e da informação, bem como o equipamento de protecção que se torne necessário utilizar, tendo em conta a evolução da técnica.

Para operacionalizar estas sugestões, e dada a grande dificuldade de efectuar um estudo explicativo a um nível centralizado, devido à quantidade de informação a tratar, esta lacuna poderia, eventualmente, ser colmatada pela acção de um Técnico de Higiene e Segurança no Trabalho por instituição hospitalar (no caso do Hospital Geral de Santo António, onde o trabalho foi desenvolvido, esta função está já prevista dentro da hierarquia do serviço de Medicina Familiar e Ocupacional, embora a vaga não esteja preenchida). Este profissional poderia, numa análise mais alargada (a todo o hospital e categorias profissionais), em função dos acidentes participados, levar a cabo as análises de actividade necessárias a uma explicação compreensiva do desenrolar dos acidentes e dos factores que os desencadearam.

Posteriormente, estes dados seriam recolhidos pelo Ministério da Saúde com o objectivo de, para além dos dados estatísticos que já apresenta, trazer outra "luz" às potenciais causas desses valores, o que poderia enriquecer o relatório trianual.

Então, os ajustes na forma do questionário não deveriam ser realizados a priori mas, pelo contrário, poderiam derivar de um conjunto de medidas tomadas a um nível mais local, em cada Instituição de Saúde, onde o Serviço de Saúde Ocupacional deverá ter um papel preponderante.

Esta sugestão é, de alguma forma, consubstanciada pela própria Divisão de Estudos e Planeamento do Deptº de R.H. do Ministério da Saúde que, para lá do trabalho realizado e das sugestões apresentadas enumera ainda outros vectores possíveis de intervenção com vista à diminuição do número de acidentes verificados:

1. Cada serviço deverá dinamizar as diligências necessárias à implementação de um adequado Serviço de Saúde Ocupacional (como referido no relatório do Ministério da Saúde (1997), segundo um estudo sociográfico levado a cabo pelo Instituto de Ciências do Trabalho e da Empresa sobre as condições de trabalho dos enfermeiros portugueses, 80% dos hospitais, em 1994, não tinham Serviço de Saúde Ocupacional).
2. Promover a actualização da informação na área da higiene e segurança no trabalho;
3. Elaborar relatórios anuais e recomendações precisas e exequíveis.

Poder-se-ia assim, a partir de um trabalho mais exaustivo ao nível de cada instituição hospitalar, dotada de meios humanos e técnicos para o fazer, criar bases mais sólidas de interpretação e avaliação dos acidentes que anualmente ocorrem no nosso país, com vista à sua prevenção.

#### **4.3.6.2. A Actividade Desenvolvida nos Serviços de Urgência e de Neurologia Médica**

No que concerne aos "desvios" verificados nas actividades observadas, as sugestões que se apresentam são aplicáveis a ambos os serviços, pois como se pode constatar no

quadro dos pontos-pivot, várias situações são comuns aos dois serviços (no que respeita à actividade de colheita de sangue).

Assim, um ponto de partida possível, e dada a dificuldade de aceitação evidenciada pelos trabalhadores no que se relaciona com o que consideram "erros" na sua actividade, poderia ser a Análise Colectiva do Trabalho (ACT). Este método, segundo a autora, aborda os sentimentos que o trabalho provoca e mobiliza. "Consiste, essencialmente, em criar um grupo de trabalhadores, voluntários, que devem explicar a pesquisadores a sua actividade, isto é, o que fazem no seu trabalho. A descrição detalhada da actividade funciona como um fio condutor da análise que, ao desenrolar-se, vai trazendo consigo todos os aspectos positivos e negativos do trabalho" (Ferreira, L. 1993, p. 7). Assim, o seu principal contributo será tornar consciente e explícito tudo o que o trabalhador faz de modo "automático".

A autora refere ainda que os trabalhadores têm um alto grau de conhecimento dos riscos e perigos a que o seu trabalho os expõe, tema que é por eles afluído de forma menos defensiva do que, por exemplo, em certas abordagens da Medicina e da Psicologia do Trabalho que, não raramente, são negativas. Ao invés, na ACT, o sofrimento aparece, no decorrer do discurso, mas enquadra-se num contexto onde o mais valorizado é a actividade e, portanto, "o sofrimento é abordado num clima de possibilidade de acção e não apenas de impotência" (p.17).

Esta abordagem poderia pois, mostrar aos trabalhadores através da sua própria experiência, os riscos a que estão expostos e os aspectos internos e externos que condicionam positivamente essa exposição.

Por outro lado, poderia também conduzir à consciencialização por parte dos trabalhadores dos benefícios de uma acção de formação nesta área específica e, eventualmente, de outras que transcendessem este âmbito.

A partir daqui, poderiam ser traçados os objectivos da acção e desenvolvido o seu conteúdo, com a implicação directa das pessoas envolvidas e estendendo a sua frequência a todo o pessoal de enfermagem dos dois Serviços, que poderiam ser sensibilizados para tal, nomeadamente através dos colegas que haviam participado na ACT.

#### **4.3.7. CONCLUSÃO**

Chegado ao fim este trabalho, importa reflectir sobre as proposições teórico-metodológicas que direccionaram a condução desta investigação.

O estudo procurou analisar e reflectir sobre duas tarefas que são parte integrante da actividade de enfermagem e que, segundo dados quantitativos que serviram de base à investigação, demonstram uma elevada taxa de sinistralidade na execução das mesmas.

Para tal, partiu-se de uma perspectiva da Psicologia do Trabalho assumindo que uma actividade só pode ser realmente conhecida e compreendida se for analisada no local em que ela tem lugar, na medida em que está sujeita a uma série de condicionantes e constrangimentos que decorrem quer do sujeito, quer do meio em que desempenha a sua função.

Esta metodologia permitiu aceder a informação que, em contexto experimental, não seria passível de ser observável e portanto, não permitiria chegar às conclusões que assim foram possíveis.

A tradição francófona da Psicologia do Trabalho (que se encontra representada na SELF) defende que o trabalho pode ser encarado segundo duas perspectivas distintas: a do trabalho prescrito, que se reporta à análise da tarefa (destacando as condições objectivas em que o trabalho é realizado) e a do trabalho real, que diz respeito à análise da actividade (abordando o modo como o indivíduo gere a sua actividade em função dos constrangimentos com que se depara).

Foi pois, privilegiando a análise deste trabalho real, que foi desenvolvida a investigação que agora termina.

No que respeita às técnicas de recolha de dados usadas no âmbito desta metodologia, recorreu-se à observação (por vezes participante, no sentido de pedir esclarecimentos sobre os procedimentos adoptados), à análise das verbalizações dos enfermeiros e à

análise documental. De referir que, o resultado deste trabalho foi restituído aos enfermeiros como forma de validação.

Partindo dos dados recolhidos e do tratamento dado aos mesmos, procurou-se adaptá-lo, na medida do possível, e face aos constrangimentos encontrados, ao Modelo de Comportamentos Face ao Perigo, utilizado por De La Garza e Weill-Fassina (1995), como forma de identificar os aspectos que podem ser despoletadores de situações acidentogéneas.

Constatou-se que existem, quer na perspectiva do trabalhador, quer na abordagem dos meios de trabalho de que dispõe, alguns factores de risco que ajudam a compreender o modo como o processo causal dos acidentes se pode desenrolar.

Consequentemente, a proposta de intervenção face aos Serviços de Urgência e de Neurologia Médica não pretende ser generalista nem adaptável a diferentes realidades mas, pelo contrário, ser específica à situação analisada. Ela vai no sentido de, em função do que foi observado "no terreno", ultrapassar as reticências dos trabalhadores que vêm na análise feita uma potencial avaliação negativa, na medida em que pode ser encarada como uma falha ao cumprimento das suas tarefas.

Contudo, gostaria também de referir que, certos aspectos condicionaram eventualmente uma recolha de dados mais abrangente, nomeadamente, o facto de não me ter sido possível permanecer mais horas nos Serviços e acompanhar as actividades que não faziam parte da rotina.



Muitos foram os aspectos que, ao longo deste estudo, com a progressiva compreensão do trabalho desenvolvido pelos enfermeiros, evidenciaram a necessidade de reformular alguns pontos da tese. Em consequência, foram feitas algumas reformulações, nomeadamente a nível metodológico, sem contudo alterar substancialmente o projecto traçado de início.

Da mesma forma, as leituras realizadas para fundamentar teoricamente a investigação levada a cabo, conduziram também a algumas reflexões sobre possíveis estudos futuros.

A partir das conclusões retiradas do presente trabalho, uma proposta tradicional poderia, pois, ser a de desenvolver um projecto de formação para a mudança, no sentido de sensibilizar as equipas envolvidas neste trabalho, para as consequências de uma protecção deficitária face às patologias sanguíneas e para a necessidade de treinar comportamentos de segurança. Tal procedimento poderia depois ser alargado a outros serviços e a outras categorias profissionais do Hospital, em função dos acidentes registados ao longo do ano, partindo assim, da análise estatística para a análise "compreensiva".

Parece também pertinente, em trabalhos futuros, realizar estudos nesta mesma área, mas sob a perspectiva das representações sociais, isto é, compreender em que medida é que estas influenciam a forma como os profissionais de saúde percebem o perigo e, conseqüentemente, condicionam (ou não) o seu modo de agir.

Contudo, estudos realizados (Lert & Marne, 1991; Giami & Veil, 1994, cit. in. S. Lapeyriére & D. Decelle, 1998) demonstraram que o conhecimento do risco e as abordagens didácticas não são suficientes para que os trabalhadores se protejam a si mesmos e aos seus colegas de trabalho. Será assim provavelmente mais interessante, desenvolver trabalhos que impliquem o envolvimento dos sujeitos observados, como o fizeram Lapeyriére & Decelle (1998). Com o objectivo de treinar mudanças no comportamento e nos métodos de trabalho, as autoras trabalharam com uma equipa em que, cada elemento, para além de ser objecto dessa mudança, era também veículo da mesma para a sua equipa no contexto real de trabalho. Através da análise ergonómica conduzida no terreno, os participantes tomaram consciência dos constrangimentos inerentes às tarefas, como por exemplo, a localização do contentor, a passagem de uma seringa da mão esquerda para a mão direita, a destreza ou a falta de habilidade, o prazer ocasionado pelo domínio de um gesto técnico, etc. As autoras conseguiram que, com a colaboração das equipas em estudo se conseguisse ultrapassar a aparente passividade dos sujeitos que, conhecendo os riscos a que eles próprios e os seus colegas estão expostos, e denotando atitudes consonantes de prevenção, acabavam por, nos períodos anteriores, não demonstrar comportamentos adequados.

A Análise Colectiva do Trabalho, utilizada por L. Leal (1993), anteriormente referida, com um objectivo semelhante, também aqui se poderia revelar frutuosa.

Com o estudo agora terminado, pensa-se ter contribuído para um melhor conhecimento da realidade vivida pela classe de enfermagem no Hospital Geral de Santo António, bem como, dos constrangimentos a que estão sujeitos no seu dia-a-dia de trabalho.

Através da metodologia eleita, procurou-se conhecer a realidade específica deste Hospital (nos serviços analisados), para em função dela, se poderem traçar sugestões e linhas de acção igualmente específicas e, que se pretende, possam contribuir para o desenvolvimento de melhores condições de trabalho e de saúde nesta Instituição.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Barroso, A. & Machado, H. (1998). Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais num Hospital Público. Comunicação apresentada no 2º Congresso Nacional de Saúde Ocupacional, 6-9/10/98 – Póvoa de Varzim.

Carneiro, A. V. (1999). Técnicas Médicas Essenciais. Lidel, Edições Técnicas, Lda, Lisboa.

Carpenito, L. J. (1995). Nursing Diagnosis: Application to Clinical Practice (sixth ed.) Ed. J. B. Lippincott Company.

Clot, Y. (1996). Psychologies du travail: une histoire possible. In Y. Clot (orgs.). Les histoires de la psychologie du travail: Approche pluridisciplinaire. Toulouse: Octares Éditions.

Cuny, X. (1993). Les variations en analyse du travail. Le Travail Humain, tome 56, nº 2-3, 233-241.

Curie, J. & Cellier, J. M. (1987). Stratégie de la Recherche en Psychologie du Travail. In C. Levy-Leboyer et J.- C. Sperandio. Traité de Psychologie du Travail. Paris: PUF.

Dados estatísticos não publicados do Serviço de Medicina Familiar e Ocupacional do Hospital Geral de Santo António, 1998.

Decreto-Lei 161/94 Série 1-A de 1996-09-04.

Decreto-Lei 143/99. DR 101/99 Série 1-A de 1999-04-30.

Departamento de Recursos Humanos da Saúde, Acidentes de Trabalho – Ocorrências nas Instituições dependentes do Ministério da Saúde, 1992 a Maio de 1994.

Departamento de Recursos Humanos da Saúde, Acidentes de Trabalho – Ocorrências nas Instituições dependentes do Ministério da Saúde, 1989 a 1991.

De Keyser, V. & Nyssen, A. S. (1993). Les Erreurs Humains en Anesthésie. Le Travail Humain, tome 56, n° 2-3, 243-266.

De La Garza, C. & Weill-Fassina, A. (1995). Méthode d'analyse des difficultés de gestion du risque dans une activité collective: l'entretien des voies ferrées. Safety Science, 18, pp.157-180.

De La Garza, C. (1999). Fiabilité individuelle et organisationnelle dans l'émergence de processus incidentels au cours d'opérations de maintenance, Le Travail Humain, tome 62, n° 1, 63-91.

De Troyer, M. (2000). Le secteur hospitalier en Europe: Rapport d'introduction. Working without limits? Re-organising work and reconsidering workers' health. TUTB-SALTSA Conference, 25-27 September 2000.

Falzon, P. & Teiger, C, (1995). Construire l'activité. Actes du Seminaire DESUP/DESS. Paris: Université Paris I.

Faverge, J.-M. (1967). Psychosociologie des Accidents du Travail, Paris: PUF.

Gray, D. (1998). Syringe injuries "high and rising". The Age: Melbourne.

Ferreira, L. L. (1993). Análise Colectiva do Trabalho. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, nº 78, Vol. 21, pp. 7 - 19.

Guérin, F. et al. (1997). Comprendre le travail pour le transformer: la pratique de l'ergonomie. Lyon: Éditions ANACT.

Karnas, G. (1987). L' analyse du travail. In C. Levy-Leboyer et J.-C. Sperandio. Traité de psychologie du travail. Paris: PUF.

Lacomblez, M., Santos, M. & Vasconcelos, R. (1999). A contribuição da Psicologia do Trabalho num projecto da melhoria das condições de desempenho da actividade profissional. IV Simpósio sobre Comportamento Organizacional da Associação Portuguesa de Psicologia: Coimbra, 21-23 de Outubro.

Lacomblez, M. (1997). A psicologia ergonómica: contribuição da psicologia do trabalho num projecto de interdisciplinariedade de acção. Comunicação apresentada na 1ª

Conferência Internacional de Ergonomia, Segurança e Higiene Ocupacionais.  
Universidade do Minho, Escola de Engenharia.

Laflamme, L. et Cloutier, E. (1991). Processus de production et sécurité du travail: une étude exploratoire des risques d'accidents intra-entreprises dans le secteur des scieries. *Le Travail Humain*, 54, 1, 43-55.

Lapeyrière, S. & Decelle, D. (1998). Demarche de prévention, demarche de changement. *Performances Humaines & Techniques*, Dez. 98, pp. 85-89.

Leplat, J. (1993). L'analyse psychologique du travail: quelques jalons historiques. *Le Travail Humain*, tome 56, n° 2-3, pp. 115-131.

Montmollin, M. (1998). Y a-t-il des différences entre l'ergonomie "anglophone" et l'ergonomie "francophone"? In M. - F. Dessaigne et I. Gaillard (coord.). *Des évolutions en ergonomie*. Toulouse: Octares Editions.

Oddone, I. (1981). *Redécouvrir l'expérience ouvrière. Vers une autre psychologie du travail?* Paris: Problèmes/Éditions Sociales.

Otero, J. J. (1993). *Riesgos del Trabajo del Personal Sanitario (2ª ed.)*. McGraw-Hill - Interamericana de España, Madrid.

Reason, J. (1993). *L'erreur humaine*. Paris: PUF.

Sagehomme, D. (1994). Pour un Travail Meilleur: guide d'analyse des conditions de travail en milieu hospitalier. Bruxelles: I.N.R.C.T.

Santos, M. & Diales, C. (1996). A análise do trabalho num armazém de papel: elementos para a gestão da segurança. Comunicação no Congresso Nacional de Saúde Ocupacional - 4º Congresso de Medicina do Trabalho. Póvoa de Varzim, 6 a 9 de Outubro de 1996.

Teiger, C. & Laville, A. (1991). L'apprentissage de l'analyse ergonomique du travail, outil d'une formation pour l'action. Travail et Emploi, 47, pp. 53-62.

Teiger, C. (1993). L'approche ergonomique: du travail humain à l'activité des hommes et des femmes au travail. Education Permanente, n° 116-3, pp. 71 - 96.

NIOSH (1999). Preventing needlestick injuries in health care systems. Publication n° 2000-108. In [WWW.cdc.gov/niosh](http://WWW.cdc.gov/niosh)

[www.ergonomie-self.org/Pager/Plan.html](http://www.ergonomie-self.org/Pager/Plan.html)

[www.mts.gov.pt](http://www.mts.gov.pt)

[www.min-saude.pt](http://www.min-saude.pt)

[www.terravista.pt/BaiaGatas/1075/14399.html](http://www.terravista.pt/BaiaGatas/1075/14399.html)



[www.who.int](http://www.who.int)

## **ANEXOS**

## **ANEXO 1**

**A. IDENTIFICAÇÃO DO ACIDENTADO****1. CATEGORIA PROFISSIONAL**

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> DIRIGENTE        | <input type="checkbox"/> ENFERMAGEM        | <input type="checkbox"/> AUXILIAR          |
| <input type="checkbox"/> MÉDICA           | <input type="checkbox"/> TÉC. DIAG. TERAP. | <input type="checkbox"/> AUX. ACCÃO MÉDICA |
| <input type="checkbox"/> TÉCN. SUP. SAÚDE | <input type="checkbox"/> TÉC. e TÉC. PROF. | <input type="checkbox"/> OUTRO PESSOAL     |
| <input type="checkbox"/> TÉCN. SUPERIOR   | <input type="checkbox"/> ADMINISTRATIVA    |  |

**2. NÍVEL DE HABILITAÇÃO**

- |   |   |                                |
|---|---|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ESC. INF. 4 ANOS | <input type="checkbox"/> ESC. 7 A 12 ANOS | <input type="checkbox"/> OUTRO |
| <input type="checkbox"/> ESC. 4 A 6 ANOS  | <input type="checkbox"/> CURSO SUPERIOR   |                                |

**3. RELAÇÃO JURÍDICA DE EMPREGO**

- |                                      |                                 |                                     |
|--------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> FUNCIONÁRIO | <input type="checkbox"/> AGENTE | <input type="checkbox"/> CONTRATADO |
|--------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|

**4. REGIME DE TRABALHO**

- |                                 |                                     |
|---------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> NORMAL | <input type="checkbox"/> POR TURNOS |
|---------------------------------|-------------------------------------|

**5. SEXO**

- |                                   |                                    |
|-----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> FEMININO | <input type="checkbox"/> MASCULINO |
|-----------------------------------|------------------------------------|

**6. GRUPO ETÁRIO**

- |                                       |                                       |                                       |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> < 20 ANOS    | <input type="checkbox"/> 36 A 40 ANOS | <input type="checkbox"/> 51 A 54 ANOS |
| <input type="checkbox"/> 20 A 25 ANOS | <input type="checkbox"/> 41 A 45 ANOS | <input type="checkbox"/> 55 A 60 ANOS |
| <input type="checkbox"/> 26 A 30 ANOS | <input type="checkbox"/> 46 A 50 ANOS | <input type="checkbox"/> > 60 ANOS    |
| <input type="checkbox"/> 31 A 35 ANOS |                                       |                                       |

**B - CARACTERIZAÇÃO DO ACIDENTE**

**1. LOCAL**

- |                                       |  |   |   |
|---------------------------------------|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Enfermaria   | <input type="checkbox"/> Portaria/Recp                     | <input type="checkbox"/> In itinere         | <input type="checkbox"/> Bloco Operatório |
| <input type="checkbox"/> Internamento | <input type="checkbox"/> Zona entre ser-<br>viços/corredor | <input type="checkbox"/> Pátio              | <input type="checkbox"/> Serviço Urgência |
| <input type="checkbox"/> C.Externa    | <input type="checkbox"/> Escadas                           | <input type="checkbox"/> Lavandaria         | <input type="checkbox"/> Radioterapia     |
| <input type="checkbox"/> Farm/Lab     | <input type="checkbox"/> Refeitório/Coz<br>Copa            | <input type="checkbox"/> Serviço<br>Externo | <input type="checkbox"/> Outros _____     |

**2. DATA**

- 2.1. MÊS:
- |                                    |                                 |                                   |
|------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Janeiro   | <input type="checkbox"/> Maio   | <input type="checkbox"/> Setembro |
| <input type="checkbox"/> Fevereiro | <input type="checkbox"/> Junho  | <input type="checkbox"/> Outubro  |
| <input type="checkbox"/> Março     | <input type="checkbox"/> Julho  | <input type="checkbox"/> Novembro |
| <input type="checkbox"/> Abril     | <input type="checkbox"/> Agosto | <input type="checkbox"/> Dezembro |

2.2. DIA DA  
SEMANA:

- |                                   |                                   |                                  |
|-----------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 2ª Feira | <input type="checkbox"/> 5ª Feira | <input type="checkbox"/> Sábado  |
| <input type="checkbox"/> 3ª Feira | <input type="checkbox"/> 6ª Feira | <input type="checkbox"/> Domingo |
| <input type="checkbox"/> 4ª Feira |                                   |                                  |

2.3. HORA EM QUE OCORREU O ACIDENTE:  HORAS

**3. TIPO DE HORÁRIO PRATICADO NO MOMENTO DO ACIDENTE**

- |  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Horário Perío-<br>do normal | <input type="checkbox"/> Horário Turno<br>Fixo | <input type="checkbox"/> Horário Turno<br>Rotativo | <input type="checkbox"/> Outro tipo de horário |
|--|--|--|--|

**4. Nº DE HORAS DE TRABALHO CUMPRIDAS NO MOMENTO DO ACIDENTE**

HORAS

**5. AGENTE MATERIAL DO ACIDENTE**

- |                                    |                                   |  |
|------------------------------------|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Biológico | <input type="checkbox"/> Mecânico | <input type="checkbox"/> Psico-Social<br>(Ex.Agressão)       |
| <input type="checkbox"/> Físico    | <input type="checkbox"/> Químico  | <input type="checkbox"/> Outro (Ex.Queda,<br>Esforço físico) |

**C - DESCRIÇÃO HOSPITALAR DO ACIDENTE**

(A preencher de acordo com as conclusões

do boletim de exame médico, modelo nº3, art. 19º, do Dec. Lei 38523 de 23 Novembro 1951) :

---

---

---

---

---

---

**D - CONSEQUENCIAS**

**1. TIPO DE LESÃO**

- Contusões     Queimaduras     Fracturas     Luxações  
 Feridas     Entorses     Electrocussões     Outras

**2. PARTE DO CORPO ATINGIDA**

- Cabeça     Tronco     Membros superiores     Pés  
 Olhos     Mãos     Membros inferiores     Múltiplas

**3. GRAVIDADE**

- Incapacidade temporária     Mortal  
 Incapacidade permanente

**4. DIAS DE TRABALHO PERDIDOS**

DIAS

**5. DIAS DE TRABALHO PERDIDOS, NO CASO DE RECÍDIVA OU AGRAVAMENTO**

DIAS

OBRIGADO PELA COLABORAÇÃO

\*\*\*\*\*

## ANEXO 2

# HOSPITAL GERAL DE SANTO ANTÓNIO

## REGISTO DE ACIDENTES DE TRABALHO

\* n.º Acidente: \_\_\_\_\_ / Ano: \_\_\_\_\_  
**Identificação do Sinistrado:**  
NOME: \_\_\_\_\_; Idade: \_\_\_\_\_  
N.º Mecan.: \_\_\_\_\_; Categoria Profissional: \_\_\_\_\_; Local de Trabalho: \_\_\_\_\_

\*\* **Horário de Trabalho:** Normal: \_\_\_; Turno Fixo: \_\_\_; Turno Rotativo: \_\_\_; Outro: \_\_\_;  
**Regime de Trabalho:** Funcionário: \_\_\_; Agente: \_\_\_; Contratado: \_\_\_;

### Identificação do Acidente:

Data e Hora: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_; \_\_\_\_, \_\_\_; Serviço onde ocorreu: \_\_\_\_\_  
ano mês dia hora

Que tipo de actividade desempenhava: \_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_

Descreva como ocorreu: \_\_\_\_\_

Com quê se produziu a lesão: \_\_\_\_\_

Houve contacto com líquidos biológicos? NÃO:.....; SIM:.....; Qual?: \_\_\_\_\_

Que atitudes tomou de imediato? \_\_\_\_\_

Medidas Preventivas que estavam a ser utilizadas: \_\_\_\_\_

Foi colhida amostra de sangue do indivíduo fonte de exposição? Sim: ; Não: ;

N.º Proc. Clínico: \_\_\_\_\_; (enviar cópia de resultados ao Serv. Saúde Ocupacional);

**Está vacinado?** Não  Sim  Data da última dose \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Hepatite B

\*\*\*

N.º Processo do SERVIÇO de URGÊNCIA (B.I.): \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Tipo de Lesão: \_\_\_\_\_

Parte do Corpo atingida: \_\_\_\_\_

Exames pedidos (pedir envio resultados ao Serv. Saúde Ocupacional) - Rx., Análises, Outros: \_\_\_\_\_

Enviado à ESPECIALIDADE: \_\_\_\_\_; INCAPACIDADE:  NÃO  
Médico: (Previsão)  SIM: \_\_\_\_\_(dias).

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

n.º mecan.: \_\_\_\_\_

**Enviar ao Serviço de SAÚDE OCUPACIONAL no primeiro dia útil seguinte à observação no Serviço de Urgência = (Edifício das Consultas Externas - manhãs das 09,30-12 h.).**

\* a preencher pelo administrativo do S.U.

\*\* a preencher pelo trabalhador

\*\*\* a preencher pelo médico do Serviço de Urgência, ou pelo Serv. Saúde Ocupacional



## Acidentes de Trabalho

com exposição a Líquidos Biológicos  
ou outro tipo de acidente

### ABRIR B. I. no Serviço de Urgência

Documentação da situação ( como?, onde?, tarefa que desempenhava? )

Avaliação da situação e Tratamento

Medidas Imediatas no S.U. (\*)

### Comunicação do Acidente ao Serviço de Pessoal

(impresso próprio do serviço de Pessoal) e ao Serviço de Saúde Ocupacional

necessidade de Especialidade      Outras situações  
( feridas; picadas; ... )

#### ESPECIALIDADE

Marcação da consulta  
Seguimento da situação  
Tratamento/ Incapacidade

INFORMAR: Diagnóstico;  
Previsão de Incapacidade;

ALTA da ESPECIALIDADE

#### SERVICO DE SAUDE OCUPACIONAL

Diagnóstico  
Incapacidade Laboral

Total/Parcial

ALTA DEFINITIVA

=ATITUDES A EXECUTAR em caso de contacto com líquidos orgânicos=  
(ver Boletim Informativo nº4/96 de 21.10.1996\*)

## Doente HBsAg +:

### 1. Trabalhador não vacinado

ou que iniciou a vacina e não terminou

=dose única de Imunoglobulina(IGHB)=

- 0,06ml/Kg. IM./ UI. - prazo máximo de 3 dias( o mais precocemente até 7 dias);
- iniciar séries de vacinas da VHB(ver protocolo);

### 2. Trabalhador vacinado (última titulação anti-HBs )

#### \* TESTAR O ANTI-HBs \*

(1)não imunizado / imunizado(2)

se anti-HBs>10 ou(+):NADA FAZER

se anti-HBs<10 ou(-):IGHB + 1 dose de vacina(1//2)

imunidade desconhecida(3) -TESTAR O ANTI-HBs

( proceder conforme 1 e 2 )

## Doente HBsAg - :

aproveitar para iniciar a vacinação se não vacinado

## Doente HBs desconhecido:

-trabalhador não vacinado:

= iniciar vacinas

-trabalhador com imunidade ou sem imunidade = testar anti-HBs e actuar como se fosse o doente HBsAg +.

## Doente com anticorpos VHC +:

-trabalhador seronegativo = vigiar serológicamente aos 1, 3 e 6 meses.

//

## Doente é seropositivo para o HIV ( 1 ou 2 ):

-risco global pequeno;

-testar o trabalhador nessa data, às 6 semanas, 3, 6 e 12 meses depois;

-comunicar de imediato qualquer doença febril até as 12 semanas depois;

-não dar sangue e usar de adequada protecção nas relações sexuais (durante 6 meses);

-uso profilático de antiretrovirais, atender a :

-tipo de ferida

-eficácia e toxicidade dos antiretrovirais não é conhecida totalmente

-a profilaxia pode ser recusada

-fazer contracepção eficaz na mulher

## Doente é seronegativo para o HIV:

manter em vigilância e ser testado 3 meses depois;

## Fonte de Exposição desconhecida:

- trabalhador deve ser testado

-decisões tomadas caso a caso

Nota: Quando de picada acidental colher sempre sangue do doente e do acidentado e providenciar o envio imediato do sangue ao Sector dos Marcadores Viricos( Hematologia);

Se o doente é AgHBs + deve-se tomar as medidas de imediato.

**ANEXO 3**

Modelo n.º 3

### Boletim de exame médico

(Artigo 19.º do Decreto-Lei n.º 38523, de 23 de Novembro de 1951)

Talão

N.º \_\_\_\_\_

Ministério d \_\_\_\_\_

(a) \_\_\_\_\_

(b) \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, data do nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/19\_\_\_\_

estado \_\_\_\_\_, morada \_\_\_\_\_

(c) \_\_\_\_\_

número de subscritor da Caixa Geral de Aposenta-

ções \_\_\_\_/\_\_\_\_/19\_\_\_\_

ao médico \_\_\_\_\_

no hospital (d) \_\_\_\_\_

Guia de apresentação

N.º \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_/\_\_\_\_/19\_\_\_\_

Em \_\_\_\_/\_\_\_\_/19\_\_\_\_

(e) \_\_\_\_\_

- (a) Direcção-geral, inspecção-geral, administração-geral, etc.
- (b) Repartição, serviço, estabelecimento, etc.
- (c) Categoria ou profissão.
- (d) Indicar o estabelecimento hospitalar.
- (e) Assinatura do chefe da repartição, do serviço ou do estabelecimento.

Para ficar em poder do sinistrado até ao fim do tratamento.

Modelo n.º 3

### Boletim de exame médico

(Artigo 19.º do Decreto-Lei n.º 38523, de 23 de Novembro de 1951)

Original

N.º \_\_\_\_\_

Ministério d \_\_\_\_\_

(a) \_\_\_\_\_

(b) \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, data do nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/19\_\_\_\_

estado \_\_\_\_\_, morada \_\_\_\_\_

(c) \_\_\_\_\_

número de subscritor da Caixa Geral de Aposentações

data do acidente \_\_\_\_/\_\_\_\_/19\_\_\_\_, causas do acidente \_\_\_\_\_

data do exame médico \_\_\_\_/\_\_\_\_/19\_\_\_\_

Lesões crónicas ou agudas apresentadas \_\_\_\_\_

Sintomatologia \_\_\_\_\_

Diagnóstico \_\_\_\_\_

Conclusões

O observado foi vítima (d) \_\_\_\_\_

incapacidade temporária absoluta, (e) \_\_\_\_\_ tendo ne-

cessidade de internamento no (f) \_\_\_\_\_

que lhe causou

incapacidade temporária parcial, tendo necessidade

de tratamento ambulatorio no (f) \_\_\_\_\_

- (a) Direcção-geral, inspecção-geral, administração-geral, etc.
- (b) Repartição, serviço, estabelecimento, etc.
- (c) Categoria ou profissão.
- (d) Acidente em serviço.
- (e) Não (no caso de não ser necessário internamento).
- (f) Indicar o estabelecimento hospitalar.

Para ficar em poder do sinistrado até ao fim do tratamento.

Modelo n.º 3

### Boletim de exame médico

(Artigo 19.º do Decreto-Lei n.º 38523, de 23 de Novembro de 1951)

Duplicado

N.º \_\_\_\_\_

Ministério d \_\_\_\_\_

(a) \_\_\_\_\_

(b) \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, data do nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/19\_\_\_\_

estado \_\_\_\_\_, morada \_\_\_\_\_

(c) \_\_\_\_\_

número de subscritor da Caixa Geral de Aposentações

data do acidente \_\_\_\_/\_\_\_\_/19\_\_\_\_, causas do acidente \_\_\_\_\_

data do exame médico \_\_\_\_/\_\_\_\_/19\_\_\_\_

Lesões crónicas ou agudas apresentadas \_\_\_\_\_

Sintomatologia \_\_\_\_\_

Diagnóstico \_\_\_\_\_

Conclusões

O observado foi vítima (d) \_\_\_\_\_

incapacidade temporária absoluta, (e) \_\_\_\_\_ tendo ne-

cessidade de internamento no (f) \_\_\_\_\_

que lhe causou

incapacidade temporária parcial, tendo necessidade

de tratamento ambulatorio no (f) \_\_\_\_\_

- (a) Direcção-geral, inspecção-geral, administração-geral, etc.
- (b) Repartição, serviço, estabelecimento, etc.
- (c) Categoria ou profissão.
- (d) Acidente em serviço.
- (e) Não (no caso de não ser necessário internamento).
- (f) Indicar o estabelecimento hospitalar.

Para ser entregue ao médico

