



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA**

Tayla Borges Soares

**ACIDENTES DE TRABALHO EM HOSPITAL PÚBLICO DE
ALTA COMPLEXIDADE NO INTERIOR PAULISTA:
ESTUDO DAS CONCEPÇÕES DE SEGURANÇA**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus de Botucatu, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Ildeberto Muniz de Almeida
Co-orientadora: Profa. Dra. Maria Dionísia do Amaral Dias

Botucatu

2016

Tayla Borges Soares

**ACIDENTES DE TRABALHO EM HOSPITAL
PÚBLICO DE ALTA COMPLEXIDADE NO INTERIOR
PAULISTA: ESTUDO DAS CONCEPÇÕES DE
SEGURANÇA**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina,
Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”,
Câmpus de Botucatu, para obtenção do título de Mestre
em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Ildeberto Muniz de Almeida
Co-orientadora: Profa. Dra. Maria Dionísia do Amaral Dias

Botucatu

2016

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE-CRB 8/5651

Soares, Tayla Borges.

Acidentes de trabalho em hospital público de alta complexidade no interior paulista : estudo das concepções de segurança / Tayla Borges Soares. - Botucatu, 2016

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Ildeberto Muniz de Almeida

Coorientador: Maria Dionísia do Amaral Dias

Capes: 40600009

1. Acidentes do trabalho. 2. Saúde do trabalhador.
3. Aprendizagem organizacional. 4. Segurança do trabalho.

Palavras-chave: Acidentes de trabalho; Aprendizagem organizacional; Saúde do trabalhador; Segurança do trabalho.

TAYLA BORGES SOARES

**ACIDENTES DE TRABALHO EM HOSPITAL PÚBLICO DE ALTA
COMPLEXIDADE NO INTERIOR PAULISTA: ESTUDO DAS CONCEPÇÕES DE
SEGURANÇA**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus de Botucatu, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Prof.Dr Ildeberto Muniz de Almeida
Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP

Dr. Adriano Dias
Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP

Dra. Sandra Francisca Bezerra Gemma
Faculdade de Ciências Aplicadas - UNICAMP

Botucatu, 26/02/2016

*Dedico esse trabalho a meus
pais por sempre apoiarem
minhas escolhas*

*E a todos os trabalhadores que
merecem um ambiente de
trabalho mais seguro*

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer a todos que comigo compartilharam esse processo de formação e me apoiaram.

No entanto alguns agradecimentos foram por mim escolhidos como merecedores de serem mencionados:

- À Faculdade de Medicina de Botucatu e ao Departamento de Saúde coletiva por incentivar a busca pelo conhecimento oferecendo os programas de pós-graduação.
- Ao meu Orientador, Professor Dr. Ildeberto Muniz de Almeida por me receber como orientanda, por todos os períodos de estudo em sua sala, por sua disponibilidade, paciência e incansável dedicação em transmitir conhecimento.
- À minha Co-orientadora Professora Maria Dionísia do Amaral Dias por me conduzir por vários anos desde a graduação sempre me oferecendo oportunidades valiosas de estudos e busca pelo conhecimento. Obrigada por tudo e inclusive por estar sempre como uma figura de proteção e afeto.
- Ao Professor Adriano Dias por estar sempre disposto a contribuir e colaborar com este trabalho.
- A todos os professores das disciplinas cursadas na pós-graduação por me receber em suas salas de aula e também aos colegas de mestrado que tive a oportunidade de conhecer e pela convivência enriquecedora.
- A todos os funcionários do departamento de saúde coletiva por me acolherem e principalmente ao Sr. Wagner Barboza por estar sempre à disposição para me ajudar com o que quer que fosse com a maior paciência e atenção.
- Ao laboratório UPESC e principalmente ao funcionário Sr. Marcos Ballesterio pela contribuição com o tratamento dos dados da pesquisa.

- Ao grupo de estudos em saúde do trabalhador e a todos os integrantes, pelas contribuições com o projeto e meu desenvolvimento de conhecimentos e desenvoltura em apresentações.
- Ao SESMT da FAMESP e também ao SESMT do Hospital das clínicas de Botucatu pela colaboração e oferecimento de dados importantes para pesquisa.
- A Divisão de Recursos Humanos da FMB e toda sua equipe pela oferta de suas contribuições com os dados e pelo acolhimento durante meses de coleta.
- Aos meus amigos presentes em todos os momentos, prontos para ajudar, comemorar, aconselhar, dar pouso e oferecer compreensão. Vocês foram meu esteio nessa caminhada.
- Agradeço à minha família por sempre me apoiar e principalmente aos meus pais por acreditarem em mim e financiarem meus anos de estudo. Obrigada por tudo e me desculpem pelos momentos de ausência. Sem vocês não sei se teria sido possível alcançar essa vitória.

“Nunca perca a fé na humanidade, pois ela é como um oceano. Só porque existem algumas gotas de água suja nele, não quer dizer que ele esteja sujo por completo.”

(Mahatma Gandhi)

RESUMO

SOARES, T. B. **ACIDENTES DE TRABALHO EM HOSPITAL PÚBLICO DE ALTA COMPLEXIDADE NO INTERIOR PAULISTA: ESTUDO DAS CONCEPÇÕES DE SEGURANÇA**. 2016. 94 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2016.

As ações de saúde do trabalhador contemplam relações saúde-trabalho em toda a sua complexidade influenciando na promoção da saúde, prevenção de adoecimento, mudanças em processo de trabalho, prevenção de acidentes e solidificação da cultura de segurança. Para investigar estes aspectos em uma instituição hospitalar foi realizado um estudo transversal com metodologia quantitativa e qualitativa adotando como base teórico-metodológica a visão sistêmica das organizações de trabalho e o MAPA como instrumento norteador para análise dos dados, com o objetivo de compreender concepções de segurança no trabalho e a aprendizagem organizacional dela decorrente neste hospital público de alta complexidade do interior paulista. Como principal fonte de dados foram utilizados 441 registros de acidentes de trabalho ocorridos de primeiro de março de 2010 a vinte e sete de março de 2013, notificados em duas instituições distintas de acordo com os vínculos empregatícios dos funcionários. Houve ainda uma etapa de re análise do conteúdo das recomendações de segurança e das causas identificadas para os acidentes. Essas informações foram divididas em categorias semelhantes de acordo com conteúdo. Ainda na re análise os registros foram revistos ensejando categorização de análises como usos ou não das noções de análise de barreiras e de mudanças. A segunda fonte de dados utilizada foram entrevistas semi-estruturadas realizadas com diretores dos dois SESMTs atuantes na instituição. Com base nos dados coletados foi possível identificar os acidentes típicos e ocorridos no período da manhã como sendo os mais prevalentes e ainda traçar um perfil da população que mais sofre acidente de trabalho no hospital, sendo esta, mulheres integrantes da equipe de enfermagem com idade entre 31 e 40 anos que trabalham em regime de turno. No que se refere às análises dos acidentes a abordagem tradicionalista foi prevalente. Em 65% dos casos identificaram apenas uma causa para o AT, o que indica uma visão limitada da complexidade do trabalho e ainda pouco mais de 51% fizeram recomendações de segurança para prevenir novos AT sendo que estas eram em sua maioria centradas no comportamento dos funcionários. 131 registros foram classificados como de uso da noção de análise de barreiras, 140 referiram análises de mudanças e outros 144 não apresentavam análise que possibilitasse uma classificação. A gestão fragmentada das ocorrências de AT e o andamento das análises são feitos de forma prejudiciais para o olhar sistêmico dos casos, visto que os AT ocorrem em um mesmo local de trabalho e são analisados por estâncias diferentes que não mantêm fluxo estabelecido de contato. É possível então afirmar que o tratamento institucional dado às informações de análise de acidentes, no período estudado, não favorece iniciativas de aprendizagem para a organização e incentivo à cultura de segurança.

Palavras chaves: Acidentes de Trabalho; Saúde do Trabalhador; Segurança do Trabalho; Aprendizagem Organizacional.

ABSTRACT

SOARES, T. B. **Work Accidents in Public Hospital of High Complexity in Sao Paulo State: Study of Security concepts**. 2016. 94 f. Dissertation (M.Sc. Public Health) – School of Medicine, São Paulo State University, Botucatu, 2016.

The employee health actions include health-labor relations in all its complexity impacting on health promotion, illness prevention, changes in the working process, accidents' prevention and a safety culture establishment. In order to investigate these aspects in a hospital, a cross-sectional study, based on a quantitative and qualitative methodology, adopting theoretical and methodological basis of a systemic view of the labor organizations and using MAPA (Portuguese acronym for analysis and prevention of occupational accidents model) as a guiding instrument for data analysis, was conducted in order to understand conceptions of safety and organizational learning resulting there from this public hospital of high complexity in São Paulo State. The main data source used was a record of 441 occupational accidents occurred from March 1st, 2010 to March 27th, 2013 reported by two different institutions according to employment contracts. There was a security recommendation and identified accidents' causes reanalysis - they were categorized accordingly to their content and reviewed by the existence of barriers and changes' analysis. The second data source was from semi-structured interviews with directors of the two active Specialized Services in Occupational Health and Safety in this institution. Based on the collected data, it could be possible to identify typical accidents and the ones occurred by the morning as the majority and a profile of who most suffers injuries of occupational accidents in the hospital could be traced - women from the nursery team aged between 31 and 40 years old which work on shifts. Regarding the accident analysis, the traditionalist approach was prevalent, 65% identified just one cause for the AT (acronym for occupational accidents), which indicates a limited view of the job complexity and about 51% provided security recommendation in order to avoid new ATs, which are mainly focused on employees' behavior) 131 records were categorized as using barriers' analysis, 140 as using changes' analysis and other 140 records were unable to be categorized. The fragmented management of occurrences of AT and the progress of the analyzes are made from harmful way to look systemic cases, as the learning organization occurs in the same workplace and are analyzed by different offices that do not maintain contact established flow. It can be inferred that the institutional treatment for accident analysis data, in the study period, is not conducive for learning initiatives and safety culture establishment for the organization.

Keywords: Work Accidents ; Worker's health ; Workplace safety ; Organizational learning.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Distribuição de acidentados segundo variáveis selecionadas nos registros de acidentes. Hospital das Clínicas de Botucatu, SP, março de 2010 a março de 2013.....	56
Tabela 2 –	Características selecionadas de Acidentes distribuídas segundo local de contrato. Hospital das Clínicas de Botucatu, SP, março de 2010 a março de 2013.....	57
Tabela 3 –	Acidentes de trabalho segundo natureza de lesão registrada. . Hospital das Clínicas de Botucatu, SP, março de 2010 a março de 2013.....	58
Tabela 4 –	Distribuição de acidentes após horas trabalhadas segundo contratante e tipo de registro. Hospital das Clínicas de Botucatu, SP, março de 2010 a março de 2013.	61
Tabela 5 –	Distribuição de Acidentes por dias de afastamento segundo contratante e tipo de registro. Hospital das Clínicas de Botucatu, SP, março de 2010 a março de 2013.	61
Tabela 6 –	Número de causas apuradas em re-análise dos casos com base em documentos obtidos na empresa e local de vínculo da vítima. Hospital das Clínicas de Botucatu, SP, março de 2010 a março de 2013.....	63
Tabela 7 –	Identificação do fator causal em re- análise dos casos com base em documentos obtidos. Hospital das Clínicas de Botucatu, SP, março de 2010 a março de 2013.	63
Tabela 8 –	Registros de acidentes de acordo com existência de recomendação de segurança e local de vínculo da vítima. Hospital das Clínicas de Botucatu, SP, março de 2010 a março de 2013.	65
Tabela 9 –	Frequências e percentuais de recomendações de prevenção encontradas no total de análises. Hospital das Clínicas de Botucatu, SP, março de 2010 a março de 2013.	66
Tabela 10 –	Registros de acidentes classificados por concepção de análise segundo a autora e local de vínculo da vítima. Hospital das Clínicas de Botucatu, SP, março de 2010 a março de 2013.....	68
Tabela 11 –	Número de acidentes cuja re-análise ensejou identificação de uso de conceito guia. Hospital das Clínicas de Botucatu, SP, março de 2010 a março de 2013.	71

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 – Distribuição mensal de registros de acidentes em Hospital público de alta complexidade do interior paulista de março de 2010 a março de 2013.	55
Quadro 1 – Acidentes de trabalho e mortes no trabalho, ocorridos no Brasil, de 2010 a 2013, registrados no INSS.....	20
Figura 1 – Modelo Dominó de Heirinch. (Massoco D.B. 2008)	24
Figura 2 – Representação gráfica do modelo SHELL Fonte: ICAO (2003, p. 1-7).....	25
Figura 3 – Representação do modelo de três eixos.	28
Figura 4 – Gravata borboleta (HALE et al, 2007 apud ALMEIDA, VILELA, 2010)	30
Figura 5 – Modelo do Queijo Suíço de Reason (2002, apud ALMEIDA et al., 2010)	31

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1 –	Análise de AT registrado no SESMT da FAMESP.	86
Anexo 2 –	Análise de acidente realizada pela CIPA e registrada no RH da instituição de ensino (FMB- UNESP) vinculada ao hospital.	87
Anexo 3 –	Entrevista padrão realizada pela CIPA com funcionários que sofreram AT e são registrados no RH (vinculados diretamente ao hospital ou a instituição de ensino).	88

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice 1 – Roteiro de questões para entrevista.....	89
Apêndice 2 – Ficha de extração de dados.....	90
Apêndice 3 – Fluxograma ilustrativo de parte do percurso metodológico.....	91
Apêndice 4 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	92

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AT	Acidente de Trabalho
AEPS	Anuário Estatístico Previdência Social
AO	Aprendizagem Organizacional
CAT	Comunicado de Acidente de Trabalho
EPI	Equipamentos de Proteção Individual
HC	Hospital das Clínicas
HCB	Hospital das Clínicas de Botucatu
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INSS	Instituto Nacional de Seguro Social
MAPA	Modelo de Análise e Prevenção de Acidentes de Trabalho
NAT	Notificação de Acidente de Trabalho
OIT	Organização Internacional do Trabalho
ONU	Organização das Nações Unidas
POP	Procedimento Operacional Padrão
RAIS	Relação Anual de Informações Sociais
RENAST	Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
REX	Retorno da experiência
SES	Secretaria Estadual da Saúde
SESMT	Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho
SINAIT	Sindicato Nacional dos Auditores-Fiscais do Trabalho
SST	Saúde e Segurança do Trabalho
SSTA	Sistemas Sócio-técnicos Abertos
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	15
INTRODUÇÃO	16
CAPÍTULO 1 – BASES TEÓRICAS PARA A COMPREENSÃO DOS ACIDENTES DE TRABALHO.....	19
1.1 Abordagem Sistêmica dos Acidentes de Trabalho	21
1.2 O paradigma do Erro Humano	23
1.3 Aprendizagem Organizacional.....	26
1.4 O Modelo de Análise e Prevenção de Acidentes de Trabalho (MAPA)	28
CAPÍTULO 2 – TRABALHO NA SAÚDE.....	33
2.1 Contexto do trabalho.....	33
2.2 Saúde do Trabalhador da Saúde.....	35
2.3 Acidentes de Trabalho no Setor Saúde	36
CAPÍTULO 3 – METODOLOGIA.....	38
3.1 Delineamento do Estudo	38
3.2 Coleta e Análise de Dados.....	41
CAPÍTULO 4 – RESULTADOS E DISCUSSÃO	46
4.1 Apresentação das Entrevistas.....	46
I- Gestão de segurança e concepção de acidentes segundo o diretor no SESMT da FAMESP.....	46
II- Gestão de segurança e concepção de acidentes segundo o diretor no SESMT do Hospital.....	49
III- Gestão de segurança e concepção de acidentes.....	52
IV- Tratamento dado às análises de acidentes no SESMT do Hospital e no SESMT da FAMESP.....	54
4.2 Apresentação do Panorama de Acidentes de Trabalho no Hospital	54
4.3 Análise Crítica dos Registros de Acidente de Trabalho	62
4.4 Oportunidades Perdidas de Aprendizagem Organizacional.....	72
CAPÍTULO 5 – CONCLUSÃO: OPORTUNIDADES PERDIDAS DE APRENDIZAGEM ORGANIZACIONAL	77
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	78
REFERÊNCIAS	79
ANEXOS	86
APÊNDICES	89

APRESENTAÇÃO

Sou enfermeira, formada em 2012 na Faculdade de Medicina de Botucatu-Unesp. O primeiro contato que tive com o campo da Saúde Coletiva se deu logo no primeiro ano de graduação através de uma disciplina chamada IUSC (Interação Universidade Serviços e Comunidade) que propunha discussões relacionadas ao SUS e os campos de atuação.

Em 2009 tive a oportunidade de participar do Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde- PET- Saúde, na qualidade de Bolsista. O tema desenvolvido era a saúde e o meio ambiente sob orientação da Prof^a Dr^a Karina Pavão Patrício do departamento de Saúde Coletiva. Nesse ano conheci muitos professores deste mesmo departamento inclusive a Prof^a Dr^a Maria Dionísia do Amaral Dias que pesquisava a Saúde dos Trabalhadores. Interessei-me pela temática e me envolvi cada vez mais.

No ano seguinte (2010) me ofereci para participar como voluntária em um projeto de Iniciação Científica intitulado: A Atenção à Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde: uma abordagem psicossocial. Desenvolvido pelo departamento Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina de Botucatu.

Nos anos 2011 e 2012 participei de projetos de Extensão Universitária, ainda pelo departamento Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina de Botucatu, como bolsista financiada pela Pró-Reitoria de Extensão Universitária. Estes projetos eram: Saúde do Trabalhador no SUS e Apoio Ao Desenvolvimento De Estratégias Em Saúde Do Trabalhador.

Além disso, durante todos esses anos fiz parte de um grupo de estudos denominado “Estudo de Agravos à Saúde dos Trabalhadores: Concepção, Métodos e Técnicas de Análise e Prevenção”, que hoje é coordenado pelos Profs. Dr^o Ildeberto Muniz de Almeida, Dr^o Adriano Dias e Dr^a Maria Dionísia do Amaral Dias. Conta com a participação de alunos da graduação, de pós-graduação (mestrandos e doutorandos) e profissionais de áreas diversas que tem interesse na temática.

Outra participação que tive durante a graduação, relacionada a esse tema, acontecia nos Fóruns de Acidentes do Trabalho: Análise, Prevenção e Aspectos Associados. Foi em um desses encontros do fórum (31º encontro presencial ocorrido em Botucatu em 06/11/2012) que surgiu a ideia do tema para minha dissertação. Nessa ocasião uma enfermeira fez uma apresentação sobre incidente ocorrido no hospital (o mesmo em questão nesse estudo) mostrando que o evento foi abordado com enfoque tradicional.

INTRODUÇÃO

O trabalho, sabidamente, exerce papel fundamental nas condições de vida do homem. Sendo assim sua relação com o mesmo é um diferencial relevante capaz de influenciar positivamente quando satisfaz as necessidades de subsistência e realização profissional ou negativamente quando expõe o indivíduo a riscos diversos.

A saúde do trabalhador da saúde é um tema que ganha importância crescente na literatura dos últimos anos. Alguns fatores retratam a precarização das relações de trabalho dessa categoria. A forma de contratação instável, os recursos escassos para investimento em educação continuada e principalmente a perda de direitos de proteção ao trabalhador são alguns desses fatores. Acredita-se que isso reflete mudança do modo de produção contemporâneo e acaba provocando uma relação desprazerosa com o trabalho.

Assim, em 2011 foram aprovadas diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do Sistema Único de Saúde (SUS) (Protocolo, 008/2011). Nessas diretrizes fica registrada a importância da criação de instrumentos que incentivem ações para dar mais autonomia aos trabalhadores e enfrentamento de aspectos da organização do trabalho e do ambiente que favorecem riscos à saúde.

O risco ocupacional nem sempre é evidente, o que pode ser preocupante, pois a eliminação de riscos requer a sua identificação prévia. Por esse motivo o estudo das condições de trabalho se torna uma ferramenta aliada à organização das instituições de saúde na identificação dos problemas e busca de soluções.

As ações de saúde do trabalhador contemplam as relações saúde-trabalho em toda a sua complexidade influenciando, assim, na promoção da saúde, na prevenção de adoecimento dos trabalhadores, nas mudanças nos processos de trabalho, na prevenção de acidentes e na solidificação da cultura de segurança.

Neste sentido, foi realizado um estudo com o objetivo de compreender concepções de segurança no trabalho e a aprendizagem organizacional dela decorrente em hospital público de alta complexidade do interior paulista, utilizando metodologia quantitativa e qualitativa. Foram levantados dados organizacionais de serviços, dados demográficos e de acidentes de trabalho que apresentaram um panorama dos acidentes de trabalho.

O despertar para realização deste trabalho aconteceu durante o 31º encontro presencial do Fórum de Acidentes do Trabalho: Análise, Prevenção e Aspectos Associados ocorrido em 06/11/2012 quando a Enfa. Mestre Suzimar Benato Fusco fez apresentação sobre incidente ocorrido alguns anos atrás em central de esterilização, do hospital em questão nesse estudo

mostrando que o evento foi abordado com enfoque tradicional ensejando conclusão que o explicava como falha humana, de uma profissional envolvida, e decisão de punição. A apresentação destacou variados aspectos associados às origens do incidente que foram desconsiderados na análise de então e discutiu os achados como exemplo de perda de oportunidade de aprendizagem organizacional (Fusco, SB, 2012).

O Hospital das Clínicas de Botucatu, campo desta investigação, foi autarquizado em 2012, ou seja, deixou de ser administrado pela Faculdade de Medicina de Botucatu a qual é vinculado e passou a ser de responsabilidade da Secretaria de Estado da Saúde. Com esse processo ele atravessa até hoje período de transição e de reforma jurídico-administrativa ensejando a criação de novas instâncias estruturais. Parte dessas mudanças tem relação direta com a questão aqui abordada, como a criação de um novo Serviço Especializado em Segurança e Medicina do Trabalho. Nesse contexto, o presente estudo, se justifica inicialmente como parte de estratégia de disseminação e de estímulo à implantação de um novo olhar sobre o tema da segurança no trabalho no hospital.

Mostrar as ocorrências de acidentes de trabalho pode elucidar o entendimento do panorama atual da instituição com relação às medidas adotadas diante desses acontecimentos e contribuir com a nova administração na elaboração de estratégias que visem a segurança dos profissionais e ao aprendizado organizacional.

Esta dissertação está organizada em cinco capítulos, assim distribuídos.

O capítulo um apresenta o referencial teórico adotado pelo estudo, apresentando as principais visões com relação à temática de um ponto de vista sistêmico: o paradigma do erro humano, a visão sistêmica das organizações de trabalho, aprendizagem organizacional e, por fim, o Modelo de Análise e Prevenção de Acidentes de Trabalho (MAPA) adotado como parâmetro de análise dos dados da pesquisa.

No segundo capítulo é apresentada reflexão acerca do contexto do trabalho atual seguida de uma discussão sobre a saúde do trabalhador da saúde com enfoque no trabalho exercido por profissionais que atuam em ambiente hospitalar, o contexto do estudo. São apresentados ainda os acidentes nos setor saúde e a relação com a organização do trabalho.

O capítulo três trata do percurso metodológico, incluindo apresentação da instituição onde foi realizada a pesquisa e caracterização dos locais de coleta de dados.

No quarto capítulo são apresentados os resultados e a discussão dos dados. Este está dividido em quatro partes, a primeira traz a organização dos serviços responsáveis por analisar os acidentes de trabalho e cuidar da saúde do trabalhador. Essa descrição tornou-se possível através de material obtido por entrevistas. A segunda parte trata da apresentação de

dados demográficos da população que sofreu acidentes de trabalho bem como as características destes acidentes. A terceira parte apresenta a análise dos acidentes, possível após uma categorização e classificação dos dados, posteriormente discutido segundo referencial teórico. A quarta parte faz um apanhado dos resultados relacionando os mesmos às oportunidades de aprendizagem organizacional na instituição.

O quinto capítulo traz a conclusão do estudo articulando os dados e a discussão com a realidade vivenciada atualmente no que se refere à AT nos hospitais e concepções de segurança.

Por fim, são apresentadas as considerações finais do estudo, as limitações dificuldades e expectativas referentes à temática de estudo.

CAPÍTULO 1

BASES TEÓRICAS PARA A COMPREENSÃO DE ACIDENTES DE TRABALHO

Nesse capítulo são apresentadas as abordagens e principais conceitos utilizados como base teórica para a condução do estudo. Primeiramente trazendo as definições de acidentes de trabalho e o impacto destes no país. Em seguida as visões sobre esses acidentes e desdobramentos de análise e aprendizagem com os mesmos.

Nas Ciências Sociais o acidente de trabalho (AT) é considerado todo aquele que ocorra durante a atividade do homem na transformação da natureza, no processo de criação de mercadorias com fins econômicos, remunerado ou não, não incluindo as atividades com caráter de *hobby* ou lazer (MENDES et al., 2007).

De acordo com a legislação previdenciária brasileira, acidente de trabalho é “[...] o que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa ou pelo exercício do trabalho dos segurados referidos no inciso VII do art. 11 desta Lei, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte ou a perda ou redução permanente ou temporária da capacidade para o trabalho” (BRASIL, MPS, 1991).

Segundo o Guia de Análise Acidentes de Trabalho do Ministério do Trabalho publicado em 2010, acidente de trabalho corresponde a uma ocorrência geralmente não planejada que resulta em dano à saúde ou integridade física de trabalhadores (BRASIL, MTE, 2010).

Nestas definições apresentadas, dentre tantas outras, é possível notar dois formatos: mais tecnicistas, como a da Lei nº. 8.213, e outras mais abrangentes como a das Ciências Sociais. As do primeiro formato geralmente fazem parte de leis, regulamentos e manuais adotados em empresas com a finalidade de atender normas e a legislação. As do segundo formato (sobre o dano causado) são encontradas em estudos que abordam a temática da saúde do trabalhador e compreendem, não só a parte tecnicista do AT como também o contexto em que ele está inserido.

Os danos à saúde decorrentes de AT sofridos por trabalhadores em todo o mundo são alarmantes. Segundo publicação feita em 2013 pela ONU 2,02 milhões de pessoas morrem a cada ano devido a enfermidades relacionadas com o trabalho; 321 mil pessoas morrem a cada ano como consequência de acidentes no trabalho; e 160 milhões de pessoas sofrem de doenças não letais relacionadas com o trabalho (OIT, 2013).

No Brasil, no mesmo período dos dados deste estudo, o Ministério da Previdência Social divulgou os seguintes números em seus anuários estatísticos, baseados na concessão de benefícios e registros de Comunicações de Acidentes de Trabalho:

Quadro 1 – Acidentes de trabalho e mortes no trabalho, ocorridos no Brasil, de 2010 a 2013, registrados no INSS¹

Ano	Acidentes de trabalho	Mortes no Trabalho
2010	709.474	2.753
2011	711.167	2.884
2012	705.239	2.731
2013	717.900	2.797

Fonte: (BRASIL, 2012, 2013)

Pelos dados da Previdência Social, se 2.797 trabalhadores morreram em 2013, isso corresponde a uma morte a cada três horas. Sem contar as mortes de policiais, bombeiros e militares. Neste mesmo ano houve 139 mil notificações de acidentes de trabalho nos serviços de saúde, sendo casos fatais ou graves mais de 86 mil (AMEIDA., 2015).

É possível afirmar que os números acima apresentados, apesar de serem alarmantes, ainda não retratam a realidade do país. Esses são dados oficiais que adotam um determinado conceito de acidente de trabalho, para fins de enquadramento no Seguro de Acidente do Trabalho e também existe o fato, de que para fins de inclusão nas estatísticas oficiais, abrangem, exclusivamente, alguns trabalhadores urbanos. Os trabalhadores domésticos (jardineiros, arrumadeiras) e os rurais que sobrevivem da economia familiar não haviam sido incluídos nessas estatísticas. Os trabalhadores autônomos permanecem excluídos. As empregadas domésticas, por exemplo, só entrarão nas estatísticas oficiais da Previdência Social a partir de 2015, mesmo assim a pequena parcela das que conseguirem ter a carteira assinada (MENDES et al., 2007; AMEIDA., 2015).

Outro item muito importante são os acidentes de trajeto, que têm aumentado muito. Alguns autores destacam a necessidade de avançar no tocante a alcançar dados fidedignos à realidade e aprofundados para subsidiar a possibilidade do desenvolvimento de ações mais amplas com relação à saúde e segurança dos trabalhadores. Isso viria ao encontro das

¹ Quadro meramente ilustrativo elaborado pelos autores do estudo com finalidade de apresentação didática.

necessidades das reais demandas de atendimento oferecido pela saúde pública do país (LOURENÇO et al., 2007; AMEIDA. 2015).

Neste sentido, o decorrer desse capítulo apresentará algumas das abordagens que buscam compreender os acidentes de trabalho visando ações preventivas, as quais fundamentam o presente trabalho.

1.1 Abordagem Sistêmica dos Acidentes de Trabalho

Os estudos atuais mesclam diferentes tipos de abordagens do tema acidentes de trabalho. É possível destacar exemplos de abordagem simplista, geralmente reducionista de acidentes do trabalho e de eventos que afetam a saúde do trabalhador. Tais estudos culminam em conclusões que explicam o ocorrido como evento individual decorrente de falha de comportamento do trabalhador envolvido que é apontado como culpado. O desdobramento nesses casos costuma ser recomendação de treinamento, de mais atenção, mudança em normas, por vezes, com punição de envolvidos e, mais recentemente, estímulo à implantação de programas ditos de incentivos a comportamentos seguros (VILELA *et al.*, 2004; VINCENT., 2012; MACHADO *et al.*, 2012).

Contrapondo o modelo simplista é possível destacar que nos últimos 20 anos cresceu a abordagem psico-organizacional ou sociossistêmica desses mesmos eventos. Nela, ocorrências isoladas são compreendidas não como eventos individuais, mas sim como sistêmicos ou organizacionais. Eles seriam avisos da existência de disfuncionamentos ou formas degradadas de operação de sistemas ou ainda de inadequações em sua capacidade de responder ou adaptar-se às constantes mudanças do sistema (seus componentes ou interações) ou do ambiente em que esse se situa (LLORY et al., 1999; REASON, 2000; WOODS et al., 2002).

Em suas origens o “Pensamento Sistêmico” mostra interfaces com estudos da biologia, da ergonomia, da psicologia cognitiva e do trabalho e outros campos do conhecimento. Nessa visão a ocorrência de um AT deveria ser vista como sintoma de um disfuncionamento sistêmico. Sintoma esse que teria origens em falhas de seus componentes, em interações entre eles ou com o seu ambiente e ainda em falhas de suas capacidades de adaptação a mudanças. Assim, o erro humano não é causa de acidentes, e sim consequência (DEKKER et al., 2003).

Llory (2014) apresenta abordagem sistêmica buscando a compreensão da organização, que se constitui em embasamento para que a análise de acidentes seja aprofundada o quanto seja necessário para alcançar os determinantes dos acidentes, quais sejam, as causas

organizacionais e gerenciais que devem ser consideradas como origens incubadas ou latentes desses eventos. Almeja-se que essa análise aprofundada possa ser uma forma de viabilizar medidas corretivas que verdadeiramente seriam capazes de evitar novos AT com razões/origens assemelhadas.

É certo que o trabalhador age, de um lado, orientado pelos ditames da empresa; de outro, em função das condições de trabalho, mas também, e principalmente, pela consciência da realidade na qual ele está inserido (OLIVEIRA, 2003 p.6).

A importância crescente que mais recentemente parece vir sendo atribuída às abordagens sistêmicas de acidentes sugere novos caminhos para a prevenção desse tipo de ocorrências. Ganham evidência ideias como as de que falhas de operadores ou desfechos inesperados em determinadas situações de trabalho devem ser consideradas muito mais como consequências do que como causas. E que estratégias de prevenção com melhor alcance no tocante a resultados esperados devem apoiar-se em análises em profundidade de cada ocorrência, capazes de revelar a existência de patógenos residentes, incubados na história do sistema, em particular aqueles associados a escolhas de políticas e práticas de organização da produção e da segurança nesses sistemas.

Um passo importante da análise é dar a oportunidade para os funcionários, que sofreram o acidente, dar sua versão do ocorrido e narrar os fatos. Essa técnica ajuda na compreensão da cronologia e identificação da multiplicidade de fatores que contribuíram para o evento (MAHAJAN *et al.*, 2010).

Esse processo também foi denominado de retorno da experiência (REX) e considerado essencial para cultura de segurança. A implementação eficaz do retorno de experiência exige algumas etapas importantes. São elas: organização, adoção de meios técnicos, recursos humanos, coleta de incidentes, difusão de informação, implantação de medidas corretivas e preventivas. A ineficácia do REX ou de alguma de suas etapas é considerada um fator patogênico para a instituição (LLORY *et al.*, 2014).

Isso reforça a tendência crescente de implantar um olhar aprofundado nas organizações visto que a abordagem organizacional permite, inclusive, que sejam aprendidas grandes lições com casos de acidentes já analisados de outras organizações (STORSETH *et al.*, 2012; DRUPSTEEN, 2013; READ *et al.*, 2013).

As práticas de análise simplistas que resultam em atribuição de culpa às próprias vítimas e deixam intocados os sistemas em questão seriam parte da explicação da longa permanência de aparente repetição de acidentes assemelhados. Os remédios individuais

propostos seriam ineficazes e contribuiriam para a persistência da situação (DEKKER, 2002; DINIZ et al., 2005; REASON, 2003; ALMEIDA et al., 2006).

Nas práticas industriais mais comuns, estratégias de busca de qualidade na produção enfatizam ideias como a de controle de variabilidade de processos. Segundo algumas leituras sobre sistemas sócio-técnicos abertos (SSTA) bem concebidos, instalados e operando, falhas na segurança e ou na confiabilidade estariam associadas à falta de confiabilidade do componente humano. No limite, a segurança ideal aconteceria em sistemas completamente automatizados e em que a contribuição humana não mais se fizesse presente (AMALBERTI et al., 1996; DEKKER, 2011).

Essa forma de conceber a segurança em SSTA também se faz presente no campo da Saúde, no entanto, mais recentemente, sob a influência de estudos da Ergonomia e de abordagens de serviços de saúde como sistemas complexos, crescem as críticas a essa compreensão e firma-se olhar que destaca a contribuição do componente humano para a segurança e confiabilidade de SSTA (DEKKER, 2011; NEMETH et al., 2004; VINCENT et al., 2012). A variabilidade é destacada como característica típica desses sistemas e dos ambientes em que estão sendo, no cotidiano, percebida, diagnosticada e corrigida por intervenção dos operadores presentes que, na maioria das situações, impedem a evolução dos acontecimentos de modo a resultar em acidentes, perdas ou outros impactos indesejados (WOODS, 2010; HOLLNAGEL et al., 2003).

Para estudiosos em consonância com a visão sistêmica, acidentes em geral não são produtos de comportamentos faltosos de maus trabalhadores, operadores descuidados, brincalhões e ou relapsos. Acontecem mesmo com os mais bem preparados em situações em que agem procurando e acreditando estar fazendo o melhor que podem pelo bem do sistema. Na maioria das situações os comportamentos que fracassam, leia-se as estratégias e modos operatórios usados pelos trabalhadores nessas ocasiões, são os mesmos já usados antes com sucesso em situações assemelhadas (WISNER, 1994; HARADA *et al.*, 2006; DEKKER, 2010).

1.2 O paradigma do Erro Humano

O paradigma do erro humano sempre esteve presente nas organizações do trabalho e muitas vezes é utilizado para justificar a ocorrência de acidentes de trabalho. As teses do ato inseguro que se materializam através de uma abordagem de segurança do trabalho, utilizando o raciocínio de que o trabalhador erra ao executar suas tarefas porque é displicente,

indisciplinado, negligente, imperito ou simplesmente imprudente, é tão prejudicial quanto a crença de que nunca haverá erros (OLIVIER et al., 2003).

Hollnagel (1993) afirma que é preciso buscar cientificamente a compreensão sobre os motivos pelos quais os operadores podem errar. “Errar é humano; compreender as razões por que os seres humanos erram é ciência.” (p.17) Admite-se, portanto, que durante o trabalho é passível a ocorrência de um erro. O erro em si não é o foco. Quem encara com o espírito construtivo em relação à prevenção de acidentes busca as causas do erro, estejam elas visíveis ou não, imediatas ou remotas (STORSETH et al., 2012; DRUPSTEEN et al., 2013).

Infelizmente na maior parte das empresas brasileiras a cultura de Saúde e Segurança do Trabalho (SST) predominante é aquela que explica os acidentes como decorrentes de falhas (atos ou omissões) do comportamento dos trabalhadores. Isso ajudaria a justificar o baixo desempenho dos programas de SST existentes (LOURENÇO et al., 2007; OLIVIER et al., 2003).

O funcionamento ou não de um sistema é explicado como o funcionamento de todos os componentes que o constituem. Geralmente os componentes estão separados por humanos ou máquinas. Tentar entender uma falha ou quebra do sistema atribuindo a culpa a somente um desses componentes é muito comum (GALISON et al., 2000).

Um dos primeiros modelos de representação de um acidente foi a de Heinrich, desenvolvida em meados da década de 30. Essa era a primeira explicação que se propunha a enxergar o ocorrido como sequência linear de eventos e não apenas uma fatalidade, como era visto até então. Denominado de teoria dos dominós é representada por série de cinco peças sendo que cada uma delas corresponde a um determinado componente como ilustrado a seguir:

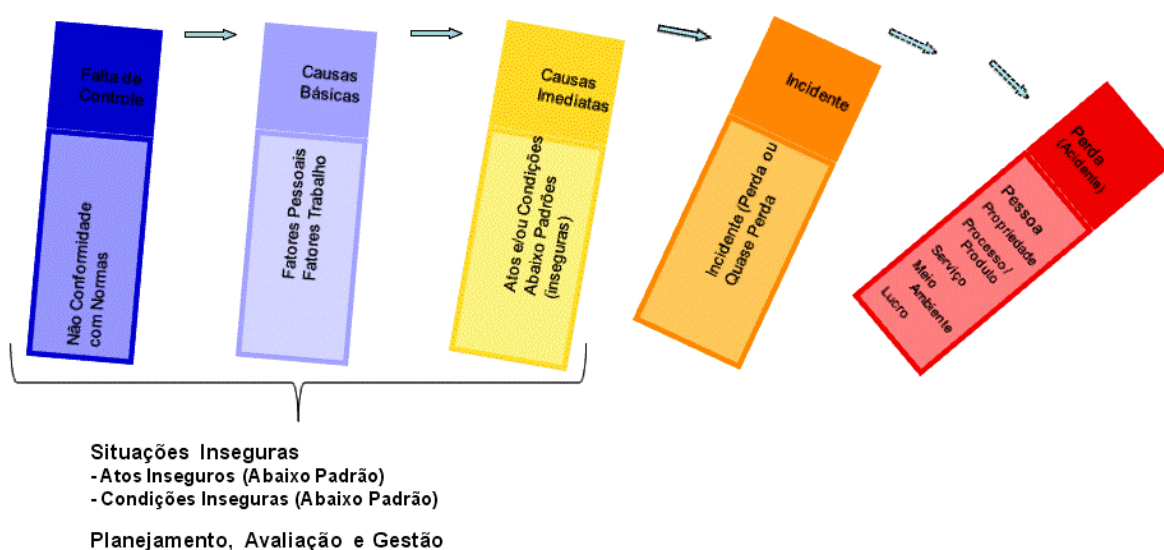


Figura 1 – Modelo Dominó de Heirinch. (Massoco D.B. 2008)

Nas três primeiras peças o componente humano teria influência e as denominações: ato inseguro e condições inseguras passam a incorporar a partir daí o mundo do trabalho. A finalidade dessa representação era viabilizar a identificação de possíveis riscos, no entanto as explicações centravam no trabalhador.

Outro modelo de exemplificação do componente humano em evidência é o “SHELL”. Este foi desenvolvido por Edwards em 1972 e modificado posteriormente por Hawkins, em 1975 (ICAO, 2003). O mesmo é representado por um quebra-cabeça como ilustrado a seguir:

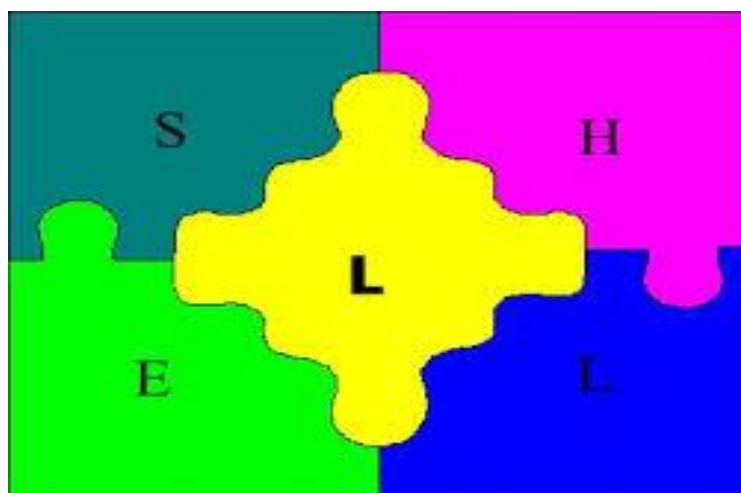


Figura 2 – Representação gráfica do modelo SHELL Fonte: ICAO (2003, p. 1-7).

Cada parte do quebra cabeça simboliza um componente sendo que: S – simboliza Software (suporte lógico); H – simboliza Hardware (equipamento, máquina); E – simboliza Environment (ambiente); por fim L – simboliza Liveware (elemento humano). A posição de destaque para compreensão do sistema é ocupada pelo elemento humano, que faz a ligação entre todos os outros. Há uma tentativa de inclusão dos principais elementos atuantes na ocorrência do AT, contudo a centralidade do ato humano no modelo faz com que se desloque a importância dos demais elementos, ainda que eles tenham sido incluídos.

Esse tipo de análise, com base comportamentalista, tende a explicar o acidente como decorrente de comportamentos (ações ou omissões) de trabalhadores. Essa explicação costuma ser adotada de forma simplista, como se as escolhas dos trabalhadores fossem sempre livres, racionais, em contextos sem constrangimentos de nenhuma natureza e mais, regra geral, contrariando o uso de jeito certo e seguro que existiria e estaria disponível caso o sujeito quisesse usar (REASON et al., 2002). Isso é perfeitamente demonstrado em um estudo feito por Barnetson (2012) onde ele resgata a noção do trabalhador sendo responsável pela sua

própria segurança em um sistema adotado em jurisdições canadenses durante os anos 1970 chamado “responsabilidade interna”.

1.3 Aprendizagem Organizacional

Um paradoxo apresentado é que acidentes são necessários para que a aprendizagem ocorra. O importante seria reconhecer cada um em profundidade e compreender as diferenças entre eles e a forma como interagem na organização. Se o acidente gera aprendizagem, isso contribui para o fortalecimento da gestão de segurança e da cultura e previne acidentes futuros (COOKE et al., 2006).

A expressão aprendizagem organizacional (AO) é usada na literatura para denominar um processo de mudança, nos sistemas internos das organizações, em que a prioridade é favorecer aprendizagens que melhorem os resultados, a competitividade e possivelmente a produtividade (SOUZA et al., 2004; ANTONELLO et al., 2010; GODOY et al., 2012).

A literatura destaca diferentes estratégias ou caminhos institucionais em busca de aprendizagem organizacional. Entre os mais importantes podemos destacar aqueles baseados na criação de sistemas de notificação de erros (GRUBE et al., 2011; MAHAJAN et al., 2010; DRUPSTEE, 2013) assim como os que se apoiam em análises de acidentes e incidentes (STORSETH, 2012; LUKIC et al., 2012).

Existe um crescente número de estudos abordando esse tema de notificação dos acidentes e incidentes como uma ferramenta valiosa de fortalecimento da cultura de segurança de empresas. Importante ressaltar que deve haver garantias éticas para os trabalhadores certificando que as informações e os relatos contribuam para melhoria e não serão usados para fins punitivos. Incentivo à punição, mesmo que esta seja considerada educativa, podem ser uma barreira, pois os indivíduos que passarem por surpresa operacional tenderão a não relatar o fato. Dessa forma não é possível contribuir para aprendizagem (KOORNNEEF et al., 2000).

Outro ponto que merece destaque é a verdadeira aplicação e tomada de decisão por parte dos gestores, pois em sistemas nos quais as notificações geram apenas números e não resultam em mudança, acabam por provocar desestímulo à aplicação dessa ferramenta e desfavorecimento ao desenvolvimento de uma cultura de segurança da instituição. Sem falar da documentação excessiva que burocratiza o sistema e inviabiliza a implantação no dia a dia da organização (GRUBE et al., 2011; MAHAJAN et al., 2010).

Nesse contexto, autores descrevem de modo distinto o que seriam as etapas de processo de aprendizagem organizacional. Como exemplo, podemos citar Van der Schaaf

(1992) que descreve sete etapas: detecção; seleção de casos mais relevantes; descrição; classificação de causas básicas; interpretação; implementação de recomendações e avaliação. Dupsteen *et al* (2013) citam quatro etapas: investigação e análise de incidentes, planejamento de intervenções, intervenção propriamente dita e avaliação.

Questão bastante pertinente e relevante para os teóricos que discutem análise de AT como aprendizado organizacional é a levantada por Dekker (2003): “Se ninguém fez nada errado; se não houve surpresas inexplicáveis em qualquer nível de análise; se nada foi anormal do ponto de vista comportamental e organizacional; então o que aprendemos?” (DEKKER 2003, p.217).

Aparecem então noções de aprendizagem em alça simples e dupla, sendo que a primeira acontece quando o processo de melhoria é buscado em situações específicas (isoladas), geralmente proximais ao desfecho do evento. Por outro lado, o processo em alça dupla se caracterizaria por busca de melhoria de valores, pressupostos e políticas que levam às ações. Embora ambos os processos sejam importantes deve-se buscar a aprendizagem em alça dupla (ARGYRIS *et al.*, 1974).

Dien *et al* (2007) afirmam que fragilidades de sistemas de feedback operacionais provem principalmente de métodos de análises usados. Para eles o papel dos analistas na aplicação desses métodos não é neutro e pode bloquear a progressão dessas investigações. Os autores comentam nove estágios chaves para que na operacionalização de feedbacks associados à aprendizagem. Esse seriam: 1. A definição do sistema de OEF e política (tipo de eventos a serem tratados, alocação de recursos, relações entre as entidades implicadas na OEF, ...); 2. A detecção do evento ou reconhecimento da ameaça de segurança; 3. A coleta de dados adequados; 4. a análise do evento (s) (para entender as causas do evento requer a coleta e interpretação de dados objetivos e subjetivos, nesta fase, se considera também as consequências reais e potenciais do evento); 5. a definição das medidas de correção; 6. à aplicação das medidas correctivas; 7. a avaliação, o acompanhamento a longo prazo, da eficácia das medidas correctivas; 8. a memorização e gravação do evento, suas lições, seu tratamento e seu seguimento; 9. a comunicação das lições a serem aprendidas com as partes interessadas ou potenciais interessados. Representados no modelo de três eixos da aprendizagem organizacional: histórico, vertical (hierárquico) e transversal que guiam a exploração de diferentes tipos de eventos capazes de ensinar aprendizagem a ser memorizada e comunicada no sistema.

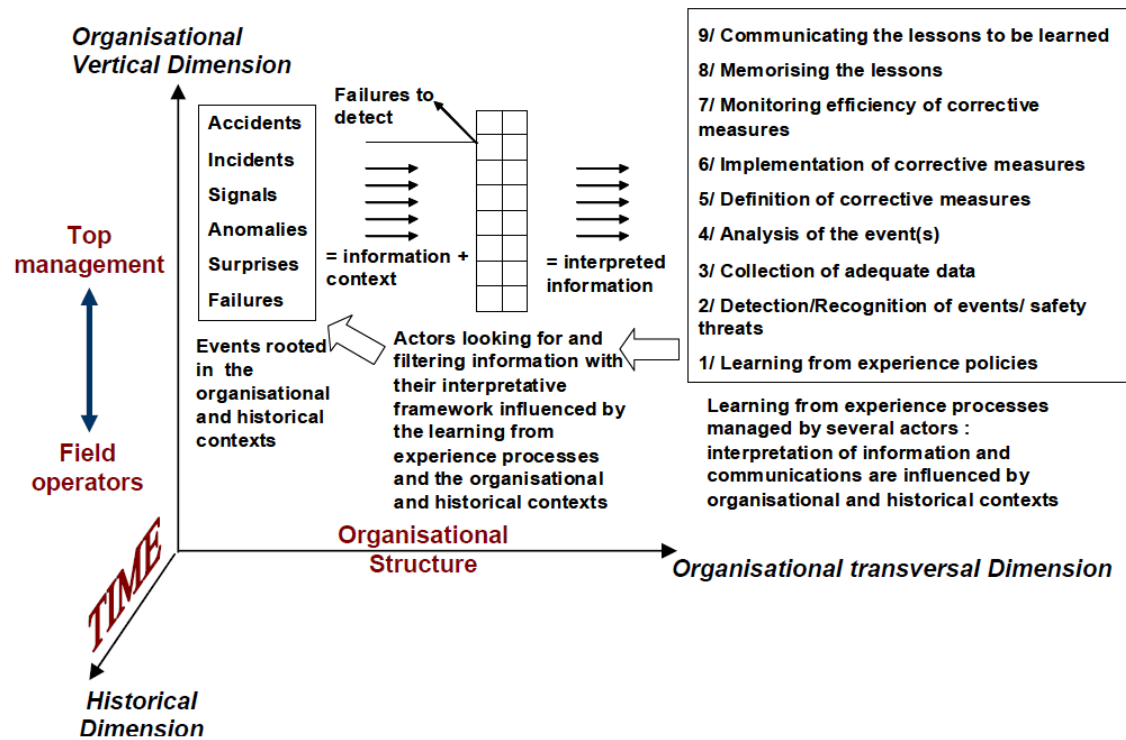


Figure n°1: the OEF processes issues to manage (modified after Dechy et al, 2008)

Figura 3 – Representação do modelo de três eixos.

Algumas instituições conseguem identificar os erros e até mesmo aprender lições que ao final não vão gerar ações efetivas devido a limitações financeiras, por exemplo. Apenas a etapa de identificação não é suficiente para garantia de segurança, pois as recomendações precisam ser implementadas (STORSETH et al., 2012; DRUPSTEEN, 2014). Em empresas que tendem a não alterar as suas práticas as oportunidades de aprendizagem diminuem (PARENTE et al., 2006).

A aprendizagem organizacional requer investimento de tempo e recursos para que seja efetiva. Através dela é possível sugerir mudanças em como os objetivos operacionais são alcançados. Por exemplo, fazendo mudanças em protocolos de tarefas (KOORNNEEF et al, 2000).

1.4 O Modelo de Análise e Prevenção de Acidentes de Trabalho (MAPA)

O Modelo de Análise e Prevenção de Acidentes de Trabalho (MAPA) será apresentado em maior destaque nesse estudo, pois foi usado como ferramenta condutora das análises, pela autora. O mesmo foi elaborado por uma equipe de pesquisadores que

desenvolveu um projeto intitulado “Ações Interinstitucionais para o diagnóstico e prevenção de acidentes do trabalho: aprimoramento de uma proposta para a Região de Piracicaba” (ALMEIDA et al., 2010).

Esse modelo tem como objetivo principal a prevenção de acidentes de trabalho e a compreensão dos mesmos como sendo fenômenos ligados a um sistema onde se encontra uma rede de fatores. Apoiado em conceitos da ergonomia, que busca descrever a atividade real de trabalhadores em situação de trabalho (trabalho real). Analisa os eventos ocorridos de maneira a possibilitar a identificação e intervenção de fatores determinantes e evitar novas ocorrências, superando a visão simplista e reducionista que enfatiza erro humano, atos e condições inseguras.

Sua metodologia engloba a coleta de dados junto aos trabalhadores e a equipe do local do acidente, a análise de documentos e observação e análise do processo de trabalho. As etapas para aplicação são as seguintes: 1- Identificação (da empresa, vítimas e envolvidos); 2- Descrição do trabalho habitual; 3- Descrição do acidente (análise de mudanças e de barreiras); 4- Ampliação conceitual da análise (releitura de aspectos do acidente apoiada em conceitos de diferentes campos de conhecimento já usados em estudos de acidentes e ou dos chamados erros humanos ou eventos adversos); 5- Conclusões (síntese de achados da análise); 6- Recomendações (mudanças e prevenção) (ALMEIDA et al., 2010).

No MAPA adota-se recomendação de pensar o acidente como gravata borboleta (Hale et al 2007 apud ALMEIDA et al., 2010) com o evento indesejado no meio da figura (como um nó de gravata), os fatores antecedentes ao evento em seu lado esquerdo (alvos para tentativas de evitar ou prevenir os acidentes) e, no lado direito as consequências do ocorrido (alvos para medidas que visem evitar ou minimizar as consequências do acidente). O modelo é usado visando a enfatizar o reconhecimento de acidentes como eventos com história a ser explorada na análise (ALMEIDA et al., 2010).

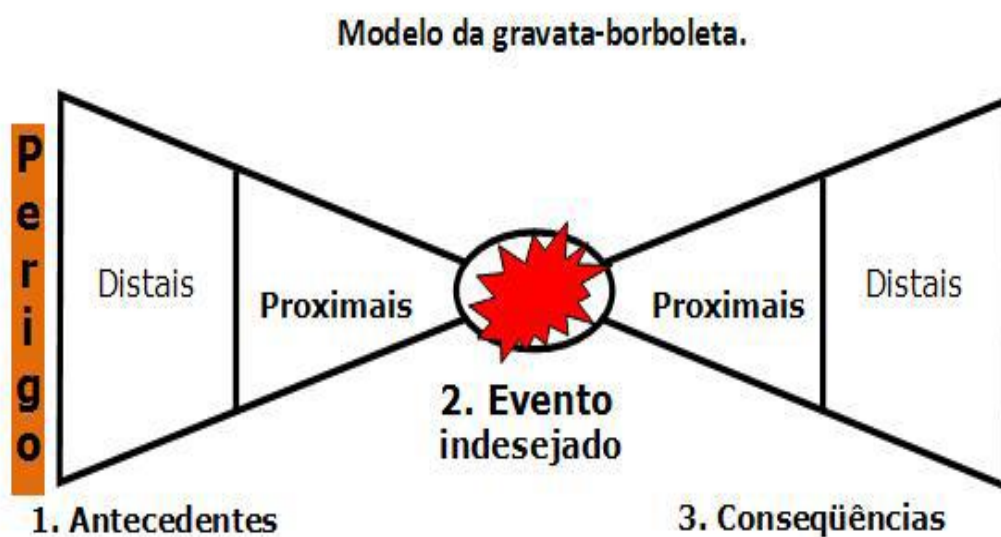


Figura 4 – Gravata borboleta (HALE et al, 2007 apud ALMEIDA, VILELA, 2010)

Na análise de barreiras, presente em uma das etapas do MAPA, o acidente é descrito como sendo um evento que ocorre devido à falta ou falha de barreiras. Idealmente, o sistema seria dotado de série de barreiras formando linhas de defesa em profundidade contra perigos e riscos identificados. No entanto, como acontece com as demais produções humanas, as barreiras apresentariam falhas, representadas por buracos no famoso modelo do queijo suíço, que permitiriam a passagem de acidentes. As fragilidades do sistema aparecem como falhas ativas, cometidas por operadores nas proximidades do desfecho acidente e ou também como condições latentes ou incubadas por longo tempo no sistema. (REASON 2002; ALMEIDA et al., 2010).

Barreiras são equipamentos, construções, ou regras que interrompem o desenvolvimento de um acidente. Existem três tipos de barreiras: as imateriais (também chamadas de simbólicas), as físicas e as funcionais. Todas têm a função de prevenir ou proteger contra o transporte incontrolado de massa, energia ou informação e atuarem no controle de situações de risco ou perigo (ALMEIDA et al., 2006, 2008 e 2010).

Muitas vezes, barreiras adotadas por empresas que deveriam assegurar a saúde e segurança dos trabalhadores culminam para uma responsabilização e posterior penalização dos mesmos. Isso porque a empresa se isenta de culpa uma vez que julga ter adotado medidas preventivas. Um exemplo é a preferência pelos equipamentos de proteção individual (EPI) contrariando a hierarquia de medidas de prevenção prevista em lei. Os EPIs muitas vezes são adotados pelas organizações, que se esquecem de testar sua funcionalidade e conforto junto

aos trabalhadores. Podemos citar também as barreiras de gestão, como as formas normatizadas (ou prescritas) para o trabalho consideradas seguras. Uma vez adotadas, tais medidas, resultam menos em barreiras efetivas e mais em responsabilização dos trabalhadores por acidentes e doenças atribuídos à negligência e ignorância das normas por parte dos mesmos (MINAYO et al., 1997).



Figura 5 – Modelo do Queijo Suíço de Reason (2002, apud ALMEIDA et al., 2010)

A análise de barreiras adota uma visão sistêmica de compreensão ampliada, assim, todos os tipos de barreiras existentes devem ser explorados desde que com a devida finalidade, que seria desenvolver práticas que estimulem a criação de uma cultura de segurança na instituição. Cada cenário comporta barreiras específicas como exemplo, a compra de materiais criteriosa, definição de critérios para tomada de decisão (conhecer o trabalho real) ou gestão de um sistema, restrições às horas extras no trabalho etc. (ALMEIDA et al., 2006).

A análise de barreiras é complementar à de mudanças, pois pode ajudar na compreensão ampliada do evento, indicando mais estratégias de prevenção de acidentes,

como, por exemplo, aquelas que se estivessem presentes na situação poderiam ter evitado a ocorrência. De acordo com a análise de mudanças, que também é uma etapa presente no MAPA, na ocorrência de um acidente sempre estão presentes variações ou mudanças. Se o sistema funcionasse como na situação sem acidentes, eles não ocorreriam (ALMEIDA et al., 2008 e 2010). Vale destacar que evento em que os envolvidos não são capazes de perceber nenhuma mudança em relação ao trabalho normal pode indicar que o jeito habitual de fazer o trabalho equivalia a “acidente esperando para acontecer”. A persistência crônica de situação de trabalho em condições de risco evidente é naturalizada pelos envolvidos. Na ausência de cultura de segurança torna-se aceitável a ideia de que a segurança depende do cuidado e da atenção do trabalhador no desempenho da atividade. Depois do acidente, pode-se ouvir “confissões” do tipo “foi uma bobeira”, “não prestei atenção” e outras que tendem a inibir a prevenção.

A definição do que seria o trabalho ideal, ou funcionamento ideal do sistema tem algumas formas possíveis de ser implantada. Ela pode vir de descrições contidas em documentos, tais como rotinas, passo a passo, normas operacionais, contratos, acordos ou convenções, normas de segurança. Esse é o chamado trabalho prescrito, que muitas vezes é formulado por chefia e instancias superiores que não têm contato com a tarefa que é descrita (Monteau et al., 1990; Wisner et al., 1994).

Levando em conta a atividade dos trabalhadores existe o denominado trabalho real, no qual operadores sempre buscam otimizar seus desempenhos, realizando suas atividades e equilibrando as demandas que têm de forma a se encaixar com os recursos disponíveis (tempo, recursos humanos, materiais). A noção de trabalho real envolve o trabalho prescrito e estende-se até estratégias e modos operatórios mobilizados para lidar com variabilidades mais frequentes no cotidiano de trabalho e que, nem sempre incluem aspectos não descritos e desconsiderados pelos encarregados das prescrições e normas do sistema (ALMEIDA et al., 2008).

Analisar um acidente utilizando-se de visão ampliada requer identificar diversos aspectos do funcionamento real do sistema que seriam origens possíveis para ocorrência do acidente (ALMEIDA et al., 2006).

O MAPA pode ser de grande ajuda para as equipes de análise, no sentido de facilitar a identificação de fragilidades ou falhas gerenciais dos sistemas e da gestão de segurança no trabalho, ampliando o olhar e facilitando sugestões de melhorias que auxiliem o controle de variabilidades.

CAPÍTULO 2

TRABALHO NA SAÚDE

Este capítulo busca contextualizar as condições de trabalho dando enfoque aos profissionais da área da saúde visto que essa é a categoria predominante nesse estudo. Primeiramente apresentaremos um panorama atual das condições de trabalho, em seguida estudos comentados sobre a saúde dos trabalhadores da saúde e principalmente os que atuam em hospitais, assim como os acidentes de trabalho nesses locais, levando em conta que esse é o ambiente de coleta de dados do estudo.

2.1 Contexto do trabalho

O mundo do trabalho vem ganhando uma nova conjuntura nos últimos anos. Novas tecnologias vêm sendo incorporadas juntamente com uma nova e complexa organização do trabalho que vem modificando a estrutura produtiva dos países capitalistas. Essa fase do capitalismo traz como consequência a intensificação do trabalho e aumento da exploração da energia dos trabalhadores. Como resultado da insegurança gerada pelo desemprego estes se submetem a trabalhos em ambientes insalubres, com baixa remuneração e contratos precários (ELIAS et al., 2006).

“No capitalismo, a produção da vida humana se processa por intermédio do mercado, que pode ser entendido, a grosso modo, como o lugar social no qual todos os indivíduos, para poderem viver, precisam comprar e vender mercadorias.” (TUMOLO et al., 2004 p. 334)

Outra característica global do desenvolvimento capitalista é a incorporação da força de trabalho feminina. Esse fato direciona o foco para outra discussão: a complexidade da divisão de gênero e classe no trabalho. Apesar das mulheres estarem estudando mais ainda tem salários em média 30% menor que os homens quando ocupam o mesmo cargo. No entanto o mais comum é que atividades baseadas em capitalismo estrutural sejam desempenhadas por homens, enquanto aquelas dotadas de menor qualificação, frequentemente fundadas no trabalho intensivo são destinadas às mulheres, o que estaria deixando-as mais vulneráveis à

superexploração. O trabalho na área de saúde é um exemplo claro desse fato (PROBST et al., 2015).

O mercado de trabalho em saúde cresceu significativamente em meados de 1975 e como resultado muita mão de obra foi necessária. No entanto, as condições de trabalho não acompanharam essa expansão. As condições de trabalho são elementos e condições de cunho material, psíquico, biológico e social determinados por fatores financeiros, técnicos e de organização que se articulam. Sabidamente muitas instituições não oferecem condições técnicas materiais e de recursos humanos tornando o ambiente de trabalho insalubre (ELIAS et al., 2006; MAURO 2010; FONTANA et al., 2010).

A realidade do trabalho acaba passando despercebida pelo profissional de saúde que se habitua com as condições inadequadas de natureza física, química e biológica. Ou seja, lugares sem iluminação, úmidos ou muito quentes, sem ventilação, com presença de microorganismos patogênicos, etc. É possível enumerar ainda fatores ergonômicos relacionados ao trabalho dos profissionais de saúde. O esforço repetitivo, a postura inadequada e o uso de força excessiva fazem parte da rotina pesada do trabalhador. Pois este não dispõe de meios materiais e de equipamentos que viabilizariam a adequação das tarefas a uma maneira menos prejudicial (MAURO, 2010).

Atualmente o sistema de saúde brasileiro sofre com a crise financeira do país e para agravar a situação existente ainda o descaso por parte dos gestores públicos na administração da saúde. Após a reforma do Estado, ficou definida como uma das diretrizes básicas a redução de despesas e como conseguinte o número de funcionários públicos (responsabilidade fiscal). As organizações hospitalares públicas foram as mais afetadas no setor saúde. A redução do quantitativo de recursos humanos impactou diretamente na assistência e gerou dificuldades gerenciais. Ainda nesse contexto com o passar dos anos a exigência de profissionais mais capacitados, materiais sofisticados e equipamentos complexos só aumentou em reflexo ao desenvolvimento tecnológico. Isso culminou no encarecimento da assistência principalmente em nível hospitalar.

Frente a esse contexto os profissionais, em número reduzido, são obrigados a atender uma demanda maior do que suportam gerando insatisfação, frustração e sensação de impotência. Enfim condições totalmente desfavoráveis para a saúde do trabalhador e para produção do cuidado (MAURO et al., 2010; NEVES, 2011).

Em um estudo feito com o objetivo de analisar a produção científica da enfermagem, acerca da temática “humanização em saúde” os autores afirmam que o fato da produção da

saúde e do cuidado serem feitos por seres humanos não pode ser negligenciado. Uma vez que estes são dotados de necessidades e fragilidades (FONTANA et al., 2010).

2.2 Saúde do Trabalhador da Saúde

O trabalho influencia na saúde do trabalhador, assim como a saúde do trabalhador reflete no seu trabalho. O bem estar físico e mental de um profissional está diretamente ligado a sua produtividade.

Os trabalhadores da saúde formam uma classe mundialmente numerosa e diversificada, no entanto, não despertam tanta importância no que se refere à produção de estudos direcionados a cargas de trabalho, riscos a que estão expostos e capacidade de resiliência diante de sua rotina (MAURO et al., 2010).

Os trabalhadores de enfermagem são maioria entre os que atuam na área da saúde. Essa classe é a mais exposta a riscos visto que estão em contato rotineiro com pacientes. Tem se notado um impacto na saúde desses profissionais, diretamente relacionado ao seu ambiente de trabalho. O ambiente referido aqui se trata do: material, psicológico e social (CARVALHO et al., 2010; OLIVEIRA et al., 2010).

Os profissionais de enfermagem além de serem capacitados cientificamente, necessitam também de habilidade psicomotora e sensibilidade para executar suas atividades levando em conta o atendimento humanizado e integral ao paciente. O desempenho dessa função exige preparo por parte do enfermeiro, mesmo porque, ele tem que lidar com dor sofrimento e morte durante o trabalho, por isso a necessidade do cuidado com a própria saúde é imprescindível.

A classe de enfermagem é tecnicamente dividida em três classes segundo a formação sendo que cada uma delas tem as atribuições definidas. O enfermeiro possui ensino superior e se encarrega da parte administrativa e intelectual como exemplo: planejamento, avaliação, e supervisão do processo de trabalho. Ao técnico de enfermagem e ao auxiliar de enfermagem, profissionais de nível médio e fundamental cabem os trabalhos manuais. Essa divisão hierárquica pode se tornar um tanto marcante e geradora de conflitos relacionados ao sofrimento psíquico (CARVALHO et al., 2010; SIMÃO, 2010).

Em estudo realizado com equipe de enfermagem do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia-MG, que procurava investigar as relações entre o trabalho, a saúde e as condições de vida dos profissionais, as pesquisadoras afirmam que a ocorrência de transtornos mentais como a ansiedade e a depressão são frequentes entre as

auxiliares de enfermagem e concluem destacando a importância da relação de gênero na categoria (ELIAS M.A. et al 2006).

Além do impacto psicológico, a divisão de classes os trabalhadores da enfermagem do sistema de saúde sofrem com vínculos empregatícios precários, má remuneração e acúmulos de horas de trabalho. Muitas vezes com acúmulo de mais de um vínculo de emprego como busca de complementação de renda. Todos os aspectos enumerados acima têm se revelado como fatores determinantes dos acidentes e doenças ocupacionais (CARVALHO et al., 2010).

Os hospitais são ambientes que propiciam a exposição dos trabalhadores a inúmeros riscos. Um deles é o risco de adquirir determinadas infecções por estarem expostos a micro-organismos presentes no sangue ou outros fluidos. Acidentes que envolvem materiais perfurocortante, em especial as agulhas, têm sido reconhecidos como um dos principais problemas de exposição para os trabalhadores e causa de preocupação entre a administração de hospitais em todo o mundo (BALSAMO ET al, 2006; MAURO et al., 2010).

Em estudo desenvolvido em Hospital Universitário do estado do Rio de Janeiro em 2008 o autor buscava compreender a percepção dos trabalhadores de enfermagem sobre as suas condições de trabalho. Este estudo concluiu que as condições de trabalho são inadequadas e desfavorecem a saúde dos trabalhadores de enfermagem e propõe discussão sobre mudanças na organização do trabalho.

Ambientes de trabalho insalubres além de acarretarem prejuízo aos profissionais prejudicam a própria instituição empregadora, pois a qualidade da assistência diminui e o risco de acidentes aumenta (BALSAMO, 2006).

2.3 Acidentes de Trabalho no Setor Saúde

Para trabalhadores da área da saúde o acidente de trabalho envolvendo exposição a materiais biológicos é uma preocupação constante, pois a frequência de procedimentos invasivos e dinâmica de trabalho favorece esse tipo de evento. O risco à exposição varia de acordo com a unidade de atuação, procedimentos desempenhados, disponibilidade de recursos, insumos, e organização do trabalho (SIMÃO, 2010).

Estudo que abordava a temática de acidentes ocupacionais por material perfurocortante entre profissionais de saúde de um Centro Cirúrgico revelou justificativas para não realização de exames laboratoriais por parte dos acidentados. Entre elas está a existência da impressão de que o acidente não vai acontecer com eles mesmos ou a exposição é classificada como leve, sem importância, ou a verificação de exames recentes do paciente-

fonte, ou alta frequência de acidentes banaliza o ocorrido e, por fim, a burocracia (OLIVEIRA et al., 2010).

Em geral os estudos encontrados sobre análise de acidentes nesse setor, visam identificar o impacto que o sistema de trabalho tem em relação à qualidade e a segurança do paciente. Para isso apontam para o valor de uma abordagem de sistemas. A análise profunda do sistema é mais ampla e produz uma vasta gama de soluções de redesenho do sistema para melhorar qualidade de saúde e segurança do paciente (VINCENTI et al., 2012; CARAYON et al., 2014; ANDERSEN et al., 2015).

Estudos internacionais destacam a importância do uso de análises desse tipo como fontes para aprendizagem organizacional e melhoria contínua das organizações. Esse enfoque é pouco encontrado na literatura nacional (GRUBE et al., 2001; STORSETH, 2012; DRUPSTEEN et al., 2013).

Em estudo de caso sobre as causas de um acidente que envolveu trabalhadores da saúde afirma-se que quase todos os eventos possuem fatores humanos e fatores organizacionais. Segundo o mesmo estudo, a segurança tem muito a ganhar quando é possível promover uma investigação mais detalhada. Nem todos os fatores tem a mesma natureza, mas podem contribuir para um mesmo acidente (BESNARD et al., 2010).

Outro aspecto, estudado recentemente, aborda qualidade e segurança da assistência em serviço de saúde versus a excessiva normatização da instituição e conclui que a criação de regras não é efetiva para garantir a segurança. Uma instituição sempre precisa de adaptações e melhorias, por exemplo, elaboradas por equipes multidisciplinares, que compreende visão ampliada de necessidades (ANDERSEN et al., 2015).

Dekker (2014) afirma que: “O comportamento de um sistema reflete as ligações e interações entre os componentes”. (Dekker 2014, p.2) como em um hospital. Todos integrantes, procedimentos e empresas envolvidos são influenciados pela concepção e estrutura do sistema.

Compreender como a concepção e implementação do trabalho se dá na organização pode melhorar a segurança e condições de trabalho no sistema, consequentemente a assistência ao paciente. Alguns aspectos são de extrema importância quando se trata de análise de AT, principalmente na área da saúde. Estes aspectos seriam primeiro ligados a pessoas: trabalho em equipe; segundo a tarefas: alta carga de trabalho; terceiro são ferramentas e tecnologias: usabilidade e disponibilidade; quarto o ambiente físico: espaço de trabalho e ordem; por fim a organização: cultura hierárquica e diretrizes (CARAYON et al., 2014; MAHAJAN et al., 2010).

CAPÍTULO 3

METODOLOGIA

Nesse capítulo será apresentada a abordagem metodológica usada neste estudo, bem como as etapas que seguiu, descrevendo a coleta de dados e a análise dos mesmos.

3.1 Delineamento do Estudo

Trata-se de um estudo transversal com abordagem quali-quantitativa, utilizando-se de dados secundários coletados pela pesquisadora.

O estudo transversal é um dos delineamentos mais utilizados em pesquisas epidemiológicas. Classificado como observacional, ou seja, não existe uma intervenção por parte do pesquisador, mas sim uma observação e coleta das informações julgadas como importante para serem analisadas em seguida. Esse tipo de estudo possibilita a estimativa de um determinado evento e de fatores a ele associados em uma população de interesse (BASTOS; 2007).

A investigação foi desenvolvida no Hospital das Clínicas de Botucatu (HCB), autarquia vinculada à Secretaria de Estado da Saúde (SES) – SP que mantém sua característica de hospital universitário vinculado à Faculdade de Medicina da Unesp (FMB), desenvolvendo atividades de ensino, pesquisa e extensão. Ele atualmente constitui-se na maior instituição pública vinculada ao Sistema Único de Saúde na região composta por 75 municípios do interior paulista (Informações retiradas do site da instituição disponível em: <http://www.hcfmb.unesp.br/quem-somos>).

O estudo utilizou como principal fonte de dados os registros de acidentes de trabalho ocorridos no período de primeiro de março de 2010 a vinte e sete de março de 2013 no referido Hospital. Período escolhido visando a possível identificação de mudanças significativas na forma de abordagem das análises dos acidentes devido à criação de novos serviços.

Estes acidentes foram notificados em duas instituições distintas, devido à diferença de vínculos empregatícios dos funcionários que desempenham suas atividades no HCB. Desta forma a coleta de dados foi realizada diretamente em setores responsáveis em cada instituição: o SESMT da Fundação para o Desenvolvimento Médico Hospitalar (FAMESP), a qual presta

serviço contratando funcionários para trabalhar no hospital; a Seção Técnica de Desenvolvimento e Administração de Recursos Humanos da FMB.

A instituição passou por mudanças recentes, desde o final de 2010, passando de unidade da FMB para autarquia da SES-SP. Desta forma, o seu quadro de pessoal é formado por três diferentes vínculos empregatícios: funcionários UNESP, que já estavam alocados no hospital à época da mudança; funcionários contratados pela FAMESP, o que já ocorria antes da autarquização e continua ocorrendo; mais recentemente iniciaram-se as contratações de funcionários da própria autarquia, o que ainda não ocorria no período escolhido para o estudo. O processo de mudanças administrativas e adaptações institucionais permanece em curso.

A segunda fonte de dados utilizada foram entrevistas semi-estruturadas realizadas com os diretores dos dois SESMTs. Estes são considerados pessoas chave para a aproximação aos serviços envolvidos no estudo.

O Hospital das Clínicas em questão neste estudo foi planejado em 1948 com intuito de receber pacientes para o tratamento de tuberculose, no entanto nunca serviu para essa finalidade. Através da Lei 6860 de 22 de julho de 1962 foi criada a Instituição de Ensino superior a qual o hospital passou a ser vinculado. No ano de 1967 passa a funcionar efetivamente, inclusive abrigando em seu prédio toda a parte administrativa da faculdade. Em 1976 foi criada a Universidade que seria a única mantenedora do hospital até que fosse celebrado, em abril de 1978, outro convênio.

Em 1981 o Hospital passa por uma profunda reestruturação administrativa e assim é criada a Famesp com objetivo de agilizar a gestão dos recursos humanos no HC.

Atualmente a Famesp empresa (pessoa jurídica) de direito privado de fins não lucrativos, ou seja, uma Organização Social. Não tem caráter político-partidário ou religioso, tampouco subordinação ao Poder Público. Possui autonomia administrativa, financeira e patrimonial. Criada em 1981 com prazo de duração indeterminado tendo por objetivo “atividades de utilidade pública consistentes na prestação e desenvolvimento da assistência integral à saúde”. Regida por Estatuto Social, pela Lei Federal 10.406 do Código Civil Brasileiro, por seus Regimentos Internos, e demais legislações aplicáveis. (fonte site: <http://www.hcfmb.unesp.br/quem-somos/>)

Em 1989, é criado o Sistema Único de Saúde – SUS, e o HC passa a oferecer, majoritariamente, procedimentos de alta complexidade na rede pública. Em 2010, com a Lei Complementar nº 1.124, de 1º de julho, o Hospital tornou-se uma autarquia vinculada à Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Desta forma, passou a ter personalidade jurídica de direito público, dotada de autonomia administrativa, financeira, patrimonial, embora

mantenha sua característica de hospital escola, o que o vincula com a FMB nas áreas de Ensino, Pesquisa e Extensão. Sendo um serviço de referência regional, estima-se que atualmente sua abrangência populacional de atendimento seja de 2 milhões de pessoas de 68 municípios. (INFORMA, 2011; SÃO PAULO, 2010).

A partir de fevereiro de 2012 o SESMT do HCB iniciou suas atividades, passando a ser o responsável por todas as notificações das ocorrências de AT. O artigo 71 do Decreto nº 56.699 de 31 de Janeiro de 2011 regulamenta as atribuições do SESMT: o Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho responsável pela gestão de segurança do hospital. Atualmente esse serviço conta com um Diretor (técnico em segurança do trabalho), um engenheiro de segurança do trabalho, quatro técnicos em segurança do trabalho, dois médicos do trabalho, três técnicos de enfermagem do trabalho, dois bombeiros civis e um oficial administrativo. Segundo o diretor a equipe assiste há um total de 2690 trabalhadores diretamente ligados ao HC.

De acordo com o site <http://www.hcfmb.unesp.br/> as atividades desempenhadas no SESMT são as seguintes: gerenciamento das atividades de medicina do trabalho; promover o cumprimento das NRs vigentes; promover e implantar o Programa de Prevenção de Riscos Ambientais – PPRA (visando à manutenção da saúde e da integridade dos servidores); monitorar a Brigada de Combate a Incêndios; registrar os dados atualizados de doenças ocupacionais, acidentes de trabalho e agentes de insalubridade, notificando, quando necessário, a vigilância sanitária da Secretaria da Saúde; assistir o Superintendente do HC em assuntos referentes à Saúde do Trabalhador; colaborar nos projetos e na implantação de novas instalações físicas e tecnológicas; prestar assistência médica, psicológica, social e de enfermagem, em regime ambulatorial aos servidores; propor medidas de redução ou eliminação dos riscos existentes à saúde, inclusive a utilização de equipamentos de proteção; promover a realização de atividades de conscientização, educação e orientação, referentes às questões de saúde e segurança do trabalho; realizar exames médicos ocupacionais, admissionais e demissionais, quando for o caso, observando os prazos previstos na legislação pertinente; emitir laudos para concessão de licença para tratamento de saúde, obedecendo aos limites legais; efetuar acompanhamento médico de acidente do trabalho e implementar medidas de promoção da saúde e de proteção da integridade, de acordo com a legislação vigente.

O SESMT da Famesp é composto por equipe multidisciplinar formada por profissionais especializados, conforme determina a Norma Regulamentadora – NR4. conta com um engenheiro de segurança do trabalho, quatro técnicos de segurança do trabalho, dois

médicos do trabalho, um auxiliar de enfermagem do trabalho e um oficial administrativo segundo informações do *site*: <http://www.famesp.org.br/sesmt.php>.

3.2 Coleta e Análise de Dados

Para acesso aos documentos institucionais com informações dos acidentes de trabalho foram obtidas autorizações de todos os serviços envolvidos no estudo. Isto é, a Famesp, o HCB, a FMB e o escritório de Recursos Humanos da FMB.

Os aspectos éticos relacionados ao desenvolvimento de pesquisas foram respeitados de acordo com as normas estabelecidas pelo Conselho Nacional de Saúde (Resolução CNS 466/2012, envolvendo pesquisas com seres humanos). Todos os procedimentos de investigação foram iniciados após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da FMB-Unesp, conforme parecer nº 264.127 datado de 06/05/2013.

A coleta dos dados, nos documentos de registros e análises de acidentes, foi realizada em escritórios das instituições, durante seus respectivos horários de funcionamento e com supervisão de um funcionário do serviço designado pela chefia.

Visando maior entendimento do cenário encontrado pela autora do estudo achou-se por bem enumerar os dados encontrados em cada serviço pesquisado.

No escritório de Recursos Humanos da FMB os registros de acidentes eram separados por trabalhadores em pastas individuais e continham para cada ocorrência:

- “Notificação de acidente de trabalho” (NAT) que continha os seguintes campos: dados pessoais do funcionário acidentado; regime jurídico, jornada de trabalho; cargo/função; lotação; data de exercício; horário de trabalho; perfil ocupacional do servidor; relatório das atividades que o servidor efetivamente exerce; dados do acidente; após quantas horas de trabalho, houve afastamento; data, hora, local e tipo de acidente; local do corpo atingido; descrição do acidente; houve registro policial e morte e por fim a assinatura de duas testemunhas.
- “Atestado médico” nos casos em que fossem necessários, contendo o tempo de afastamento e a assinatura do médico responsável pelo atendimento.
- “Avaliação de acidente de trabalho” contendo o número do processo, nome do servidor, número de identificação pessoal, função, local de trabalho, campo denominado Assunto, outro como Descrição resumida. Continha ainda os dias de afastamento, códigos de natureza da lesão e causa externa segundo CID 10 e um ‘julgamento’: se estava ou não caracterizado como acidente de trabalho assinado pelo responsável pela avaliação.

- Relatório preenchido pelo coordenador da Coordenadoria de Saúde e Segurança do Trabalhador e Sustentabilidade Ambiental.

- “Análise de acidente do trabalho” presente em alguns casos e preenchida pelos CIPEIROS contendo um campo denominado “Referente ao ocorrido”; e em seguida as Perguntas: Qual sua rotina de serviço no dia da ocorrência do AT; Descreva com suas palavras como ocorreu o AT; O que você acha que causou o AT e que medidas você proporia para a prevenção de AT semelhantes?; Parecer do cipeiro e se houver medidas de prevenção de acidente do trabalho a serem tomadas. Por fim a assinatura do servidor e do cipeiro responsável por preencher a ficha.

- “Guia de Perícias Médicas” GPM da secretaria de gestão pública contendo identificação do funcionário ou servidor; Informações funcionais do funcionário ou servidor; Informações sobre a perícia médica; Local e data da expedição; Parecer Final.

No SESMT da Famesp os registros de acidentes eram organizados por data de ocorrência em fichários anuais e incluíam para cada ocorrência:

- “Relatório de Acidente” que continha os seguintes campos: Comunicação do acidente; Outras informações; Descrição do acidente; Causa apurada e medidas propostas. Sempre assinado pelo responsável por preencher o formulário.

- “Ficha de registro de empregado” contendo informações pessoais do funcionário, data de admissão, valor do salário, função, local, regime e carga horária de trabalho.

- “Comunicação de acidente de Trabalho” (CAT) na previdência social gerando um número.

- “Ficha de comunicação de acidente de trabalho” com os campos: Dados do acidentado, Atestado médico. Assinada pela chefia imediata e pelo médico responsável pelo atendimento.

- “Avaliação Técnica de riscos” com os campos de Identificação do responsável pela avaliação, local, data e horário. Riscos ambientais/Pessoas; fotos do ambiente de trabalho; avaliação; exigência da norma; Medidas de segurança sugerida; considerações do gestor; Prazo para providencia e assinatura do engenheiro. Essa documentação era para casos de acidentes considerados, pela empresa, como mais graves.

- “Atestado Médico” nos casos em que fossem necessários, contendo o tempo de afastamento e a assinatura do médico responsável pelo atendimento.

- “Boletim de Ocorrência” policial para os casos de acidente de trajeto envolvendo veículos.

O recenseamento dos acidentes foi baseado nas informações presentes nos documentos enumerados acima e consolidados em banco de dados específicos, elaborado pela autora com auxílio de servidores da Unidade de Pesquisa em Saúde Coletiva da FMB, utilizando planilha Microsoft Office Excel versão 2007.

O banco de dados possui os seguintes campos: instituição (identifica onde o funcionário está registrado); tipo de acidente (típico ou de trajeto); identificação do funcionário acidentado, composto por nome, idade, sexo, cargo, setor e se realiza trabalho em turno; dados pontuais sobre o acidente, composto por data, hora, setor, após horas de trabalho; breve relato (descreve brevemente como ocorreu o acidente baseado nos registros disponíveis); multicausalidade e número de causas (se refere à quantidade de causas, apontadas nas análises, para que o acidente acontecesse); identificação do fator causal (tem quatro campos reservados para os fatores que contribuíram para o acidente que foram preenchidos de acordo com os dados extraídos dos registros); diagnóstico (CID 10), local da lesão, diagnóstico, afastamento, dias de afastamento (são campos referentes ao atendimento médico pelo qual o funcionário passou após o acidente); recomendação, recomendação de segurança (esses campos se referem a análise de segurança do acidente o primeiro campo foi preenchido com sim ou não, quanto as recomendações de segurança ficaram 3 campos reservados para as possíveis sugestões existentes).

Os dados sociodemográficos e aqueles obtidos explorando informações de campos que descreviam aspectos do processo causal das ocorrências e de recomendações ou medidas adotadas foram alvo de análise descritiva que posteriormente foram representados em tabelas e calculado o coeficiente de significância.

Foram acrescentados na planilha de dados os campos: análise de barreira; análise de mudança e abordagem da análise. Esses campos referem-se a avaliação da autora e checagem com apoio do orientador adotando a concepção de acidente como fenômeno sócio-técnico ou psico-organizacional, conforme descrita no Modelo de Análise e Prevenção de Acidentes (MAPA) (ALMEIDA et al., 2010).

O MAPA incorpora conceitos-guias a serem usados na coleta e interpretação de dados de análise de acidente de trabalho, em contraposição a abordagem comportamentalista tradicional. Os conceitos em questão são: análises de barreiras, análise de mudanças e ampliação conceitual. Neste estudo o MAPA é usado como guia para a categorização de achados.

Foram feitos ainda reagrupamentos das causas e classificações das recomendações de segurança encontradas nos registros de acidente de trabalho. Os achados estão representados neste estudo em forma de tabelas e discutidos conforme relevância.

A análise dos dados foi feita com base em pesquisa documental. Esta consiste em um procedimento metodológico que busca identificar informações factuais nos documentos a partir de questões e hipóteses de interesse (SILVA et al., 2009). Na tentativa de ilustrar essa parte do percurso metodológico apresenta-se um fluxograma (apêndice 3).

A parte qualitativa nesse estudo fez-se necessária durante a tentativa da autora de compreender o fluxo de análise dos acidentes de trabalho na instituição e se aproximar das concepções adotadas, uma vez que foi detectada a ausência de documentos formais que fizessem essas descrições. A pesquisa qualitativa compreende um conjunto de diferentes técnicas interpretativas que visam descrever e decodificar os componentes de um sistema complexo de significados, com objetivo de traduzir e expressar o sentido dos fenômenos do mundo social, reduzindo a distância entre teoria e dados, entre contexto e ação (BESNARD et al., 2010).

Foram realizadas duas entrevistas, uma com o diretor atual do SESMT do Hospital e outra com diretor do SESMT da Famesp. Estes estão diretamente envolvidos nas atividades da instituição na constituição e desenvolvimento da área de saúde e segurança do trabalho, a qual é responsável por toda investigação e condução de registros e análises de acidentes dos funcionários atualmente. As perguntas foram enviadas previamente por email com a colocação superficial de que o interesse seria na criação e atuação do serviço. Mediante obtenção de consentimento prévio a entrevista foi marcada em ambiente privado, onde se julgava ser tranquilo e seguiu um roteiro de questões semi estruturadas (apêndice 1).

Para a realização das entrevistas, foram esclarecidos aos entrevistados os objetivos e implicações do estudo, tendo os mesmos concordado em participar da entrevista, assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (apêndice 4) em duas vias (uma para o entrevistado e outra para a pesquisadora). As entrevistas realizadas e tiveram duração de aproximadamente meia hora, foram gravadas em gravador eletrônico (Tablet Samsung Galaxi 7.0) e destruída após transcrição.

Ficou acordado, entre a pesquisadora e as instâncias que forneceram os dados para o estudo, devolutiva do trabalho. Quando o mesmo estiver totalmente concluído serão marcadas datas para apresentação dos resultados. Esse procedimento visa à apropriação dos conceitos aqui estudados, por parte dos servidores e o compartilhamento dos dados encontrados.

Os resultados do estudo serão apresentados nos próximos capítulos, primeiramente traremos o conteúdo das entrevistas com ênfase nos achados mais relevantes com relação à organização dos serviços e concepções adotadas, em seguida descrevemos a população que sofreu os acidentes de trabalho, depois será apresentada uma classificação das análises de acidente de trabalho, re-análises e agrupamento de dados, feita pela autora segundo referencial teórico adotado no presente estudo e por fim a apresentação de um caso de acidente.

CAPÍTULO 4

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O presente capítulo está dividido em quatro partes, sendo que a primeira trata das entrevistas e da exploração de seus conteúdos. A segunda parte apresenta, na forma de tabelas, os dados que representam os trabalhadores acidentados bem como as características dos acidentes, separando os dados segundo o vínculo empregatício. A terceira parte é destinada à análise crítica dos dados encontrados nos registros de acidente de trabalho, segundo o referencial teórico. A quarta parte faz um apanhado dos resultados relacionando os mesmos às oportunidades de aprendizagem organizacional na instituição.

4.1 Apresentação das Entrevistas

Nesse momento apresentamos os conteúdos das entrevistas realizadas com diretores dos dois SESMTs em questão nesse estudo, no que diz respeito a sua criação, implantação e funcionamento atual. O primeiro entrevistado foi o diretor do SESMT da FAMESP e o segundo foi o diretor do SESMT do Hospital das Clínicas de Botucatu.

A discussão se dá com base nos achados que refletem as concepções de análise presentes nos serviços e a possibilidade de desenvolver aprendizagem organizacional a partir delas.

I- Gestão de segurança e concepção de acidentes segundo o diretor no SESMT da FAMESP

Segundo o entrevistado a empresa atua há mais de 30 anos no hospital. Suas atividades iniciaram na área administrativa e há 20 anos atua na área operacional, contratando médicos e enfermeiros. A área de segurança do trabalho foi implantada na empresa por recomendação do Ministério Público devido ao número de funcionários e ao risco. A empresa enviava os relatórios exigidos e era orientada quanto ao cumprimento da legislação. Os acidentes não existiam enquanto a empresa atuava apenas na área administrativa. Eles começaram a surgir junto com a atuação na área operacional. Hoje a empresa contrata profissionais de acordo com a necessidade do hospital, isso corresponde a quase todos os locais de assistência.

Até 2012 o hospital não possuía SESMT próprio e o serviço da FAMESP era acionado sempre que precisavam de assessoria sobre saúde e segurança do trabalhador.

Quando a empresa ainda não possuía o SESMT era a própria área administrativa que abria a CAT. A partir de 1998, quando o primeiro técnico em segurança do trabalho foi contratado, passou a fazer levantamento dos acidentes.

Ele conta ainda que o SESMT que existe hoje foi sendo criado a partir da necessidade, pois a empresa foi crescendo. São duas esferas trabalhando juntas: a medicina do trabalho e a segurança do trabalho.

Quando acontece um acidente, ele é acompanhado pelas duas esferas. O trabalho é feito para prevenção, antes do acidente ocorrer. Depois do ocorrido, o acidente passa pela segurança para que eles possam analisar, ver como ocorreu, o que pode ser feito para evitar que no futuro volte a acontecer caso similar, fazer recomendações aos setores, dar instruções aos funcionários e passar por correção. A medicina do trabalho vai avaliar, quando existe a necessidade, qual é o melhor tratamento para corrigir e curar as lesões.

Um destaque que o entrevistado dá para o serviço de saúde e segurança do trabalho é a criação do novo SESMT do Hospital, que vem ganhando cada vez mais espaço. A empresa dava assessoria sempre que era solicitada pelo hospital, como ajuda, pois não tinha essa obrigatoriedade. Os empregados que não possuíam vínculo com a empresa prestadora de serviços se sentiam, em muitos momentos, desamparados. Funcionários mais atuantes, com formação voltada para área ou participantes da CIPA, reivindicavam a existência do serviço. Hoje a cobertura é de 100% dos funcionários e acidentes por parte da segurança.

O diretor revela que o contato com os funcionários que não tinham vínculo com a empresa, era difícil. No entanto funcionários trabalhavam juntos nos setores do hospital. A efetividade de treinamentos não era grande, pois poderiam ter contato apenas com os funcionários contratados pela empresa e existia ainda a dificuldade de liberação dos mesmos para essas atividades. Atualmente quando há uma demanda os dois SESMTs podem trabalhar em equipe. Os serviços são considerados estruturados, com disponibilidade de materiais e profissionais suficientes.

Ele contou sobre a importância que teve a atuação de um grupo que se reunia mensalmente e contava com a presença e o apoio de professores Doutores, ligados a instituição de ensino a qual o hospital é filiado. Esse grupo tinha como finalidade discutir e sugerir melhorias nas áreas de segurança, higiene e meio ambiente. Muitas mudanças e melhorias foram feitas nessa época.

O SESMT tem atualmente portas abertas para fazer reivindicações quando julga necessário. Durante o acompanhamento dos acidentes, quando há o surgimento de demandas, são encaminhados os documentos para os responsáveis com recomendações de solução para o problema. O entrevistado destaca que não tem o poder final de decisão sobre as situações, mas está contente com os retornos que tem obtido.

Quando perguntado sobre aprendizagem organizacional o entrevistado deu o exemplo de atuação que adotaram com relação a acidentes provocados por perfurocortantes. Depois de analisar dados estatísticos, que começaram a produzir, perceberam o volume significativo de ocorrência envolvendo esse tipo acidente. Elaboram então trabalhos de orientação e conscientização sobre o descarte correto de perfurocortantes. Modificaram os materiais usados pelo pessoal da limpeza e também as agulhas usadas no hospital. Com as ações e mudanças foi possível notar redução na ocorrência desse tipo de acidente.

Quando um acidente ocorre, a vítima comunica à chefia imediata. Esta é responsável por preencher uma ficha online disponível no site da empresa e encaminhar a vítima ao Pronto Atendimento (PA). Após o atendimento médico a vítima vai ao SESMT da empresa e leva cópia do registro do acidente e do atendimento. No SESMT a CAT é aberta e a vítima passa por atendimento do médico do trabalho para as devidas providências (como atestados, tratamentos e licenças).

O acidente fica registrado no SESMT sendo acompanhado pela equipe. O acidentado pode ser convocado ou receber uma visita no local de trabalho para que a equipe verifique o que ocorreu. Os técnicos de segurança produzem um relatório e é através dele que as estatísticas são alimentadas.

O entrevistado ressalta que mesmo quando a vítima de acidente precisa de afastamento o caso é acompanhado após a sua volta. Diz que a maioria dos acidentes não ocorre pela falta de EPI, pois o hospital sempre disponibilizou todo material necessário para o trabalho. Acontece muito pelo fato do funcionário estar sobrecarregado por falta de outro funcionário da equipe. Eles analisam e vão ao local na tentativa de eliminar a “condição insegura”.

Perguntado sobre como o acompanhamento das recomendações é feito o entrevistado esclareceu que as recomendações não são feitas apenas para ficarem registradas. Elas são encaminhadas pelo site e quando não obtém resposta eles insistem no contato com o setor e chegam a encaminhar novamente as recomendações nominalmente ao responsável.

“...a gente vai cobrando entendeu? Porque já tivemos acidentes de pessoas que torceram o pé e o tornozelo e é o piso que está [...]. Você faz a

recomendação e o piso fica lá. Mas a gente percebe com o tempo. Essa semana mesmo arrumaram lá perto do restaurante uma cobrança que vinha há muito tempo. Mais você já sabe que o ritmo aqui é diferente e que tem que ter calma. Você não pode ficar cobrando muito também porque eles tem o ritmo deles. Tem um monte de itens e tem etapas que tem que ser seguidas então as vezes demora. Mas dentro do possível eles tem realizado sim. Eles tem tentado resolver as recomendações que a gente pede.”

Ele conta que a prevenção tem que partir dos próprios setores. As recomendações são feitas, mas eles não estão in loco para saber se está sendo realizado um trabalho em relação à prevenção. Dessa forma ficam restritos a informações que recebem pelos *feed backs* das recomendações. Esclarece que o SESMT fica com a parte de assessoria e a chefia imediata, que é quem está em contato com os funcionários, tem papel primordial na prevenção.

“Ela [a chefia] é responsável de orientar quando um funcionário vai fazer uma atividade, ela tem saber o que ela tá mandando o empregado fazer e tem que orientar quanto aos procedimentos seguros. Então ela tem essa obrigação. Ela não pode pegar um empregado e mandar fazer certas atividades que ela não tenha conhecimento, se nem ela tem conhecimento de como fazer de maneira segura. Ela fazendo essa parte da prevenção, orientando de acordo com procedimentos seguros a probabilidade do acidente é muito pequena.”

A frase final da fala evidencia crença na noção de que a adesão às normas de segurança faz a prevenção. Uma marca forte da chamada abordagem tradicional.

Visto a responsabilidade atribuída à chefia dos setores o entrevistado foi indagado sobre como era a relação dos chefes de setor com o SESMT e se havia recomendações de estímulo à prevenção. Ele explicou que o contato é falho e que não tem conseguido. Relatou que na CIPA a participação da chefia é muito pequena e que a maioria das comunicações é feita *online*. Ele atribui isso ao fato dos chefes de setor não poderem abandonar os postos de trabalho. Relata que já teve algumas tentativas frustradas de realizações de reuniões e obtenção de respostas. No entanto relata ter notado uma evolução em relação à prevenção que havia há nove anos, quando começou a trabalhar na empresa.

II- Gestão de segurança e concepção de acidentes segundo o diretor no SESMT do Hospital

Segundo o entrevistado a criação do serviço SESMT do hospital foi em janeiro de 2012 com objetivo de implantar melhoras nas condições ambientais e de saúde do

trabalhador. Visa também o cumprimento das Normas Regulamentadoras (NR) 4 e 32. O SESMT é obrigado a cumprir essas normas e para tanto tem que fazer algumas cobranças.

A necessidade de criação do serviço era evidente tanto para o cumprimento das normas quanto para o suprimento das demandas que apareciam. Os acidentes de trabalho ocorriam e os gestores responsáveis não tinham instância a que pudessem recorrer. Os trabalhadores contratados pela empresa prestadora de serviços tinham seu próprio SESMT enquanto os contratados pela administração do hospital e a instituição de ensino não.

O entrevistado apresentou a proposta de criação do serviço, elaborada por ele mesmo, ao diretor do RH, a superintendência e o diretor de gabinete do hospital. Todos aceitaram prontamente. O entrevistado que era funcionário da instituição de ensino passa então a ser o diretor no SESMT do hospital. Ele conta que por ter formação como técnico de segurança do trabalho sempre prestava assessoria às ocorrências do hospital quando era solicitado e por esse motivo já tinha familiaridade com a instituição.

Quando perguntado sobre as dificuldades que o serviço enfrentava a resposta fez referencia aos trabalhadores e sua resistência em aceitar as mudanças impostas após a criação do SESMT.

“Você vai ter uma série de mudanças. A maior dificuldade que nós tivemos foi fazer com que os trabalhadores entendessem primeiro as mudanças e depois o por que delas e o cumprimento da legislação. Isso foi uma das maiores barreiras que nós encontramos.”

Sobre as vitórias conquistadas ele fala da criação do Programa de Prevenção dos Riscos Ambientais (PPRA), criação do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO) e reconhecimento e valorização que estão sendo conquistados junto aos trabalhadores. Ele comenta a respeito da estrutura do hospital que é antiga e requer melhorias mas conta que já foi possível esquematizar e sinalizar rotas de fuga em caso de incêndios.

O fluxo para comunicação de acidentes de trabalho também já está instituído. O AT pode ser comunicado e registrado através de ferramenta *online* e é incluída automaticamente nas estatísticas que vão ser geradas. A comunicação passa pela Administração Geral e vai para o RH, só então vai para o SESMT que procede junto com a CIPA nas análises de AT. Estes tem um prazo de dez dias para fazer um “fechamento” e propor uma ação. Quando necessário os profissionais que atuam com a segurança do trabalho entram em contato com a chefia do setor para marcar uma reunião. O objetivo é resolver o problema encontrado e para isso podem envolver outras esferas, como por exemplo, a equipe de manutenção do hospital.

O SESMT é considerado pelo entrevistado, no momento, um serviço estruturado, com uma equipe completa. Consegue atender à demanda existente, mesmo essa sendo muito grande e acumulada de muitos anos.

Quando perguntado sobre as noções de aprendizagem organizacional o entrevistado deu o exemplo da subnotificação de acidentes que existia na instituição antes da implantação do SESMT. Ele afirma que atualmente quase 100% dos acidentes são notificados. Isso se deve ao fato dos trabalhadores enxergarem a notificação como uma ferramenta para auxiliar na melhora da situação do trabalho no dia a dia.

Indagado sobre quais eram as ações a serem executadas após o registro do acidente, o entrevistado relatou que a instituição passou por uma mudança profunda e que acabava de contratar 620 novos funcionários sendo que a maioria deles ocupariam cargos de assistência direta a pacientes. Depois dessas contratações, grande número de notificações de acidentes começaram a ser reportadas ao SESMT. Ele atribui isso à inexperiência dos novos funcionários em trabalhar em um hospital de alta complexidade. Para lidar com essa situação o SESMT entrou em contato com o departamento de capacitação para oferecer treinamentos, transmitir conhecimento e tranquilidade para os trabalhadores.

Foi ressaltada a questão dos trabalhadores mais experientes que também sofriam acidentes relacionados aos equipamentos usados na assistência ao paciente. Antes do hospital ser uma autarquia, até por uma questão legal, os insumos eram comprados através de licitação e nem sempre o mais barato (que era adquirido) era o mais seguro. Após a autarquia as licitações vencedoras são as que priorizam produtos com qualidade e segurança. Outra causa de acidente que o entrevistado cita como ocorrência para acidentes em pessoas com mais tempo de contratação é revelada na fala a seguir:

“O que nós descobrimos também é que eles tem uma série de vícios do passado, por não ter um acompanhamento ocupacional, e acabaram acostumando a trabalhar do jeito deles e o mais fácil. Nem sempre o mais fácil é o mais seguro. Então a gente acaba trabalhando isso também em sala para dizer para eles: Olha precisa mudar, precisa cumprir, precisamos ter mais atenção na norma, seguir passo a passo.”

Como ferramenta para evitar mais ocorrências de AT foram criados os Procedimentos Operacionais (POPs). Neles o funcionário encontra passo a passo das atividades.

O Diretor do SESMT conta que como parte do esforço para melhorar as condições de trabalho dos funcionários firmou um acordo com a equipe de manutenção. Esse acordo inclui a discussão, pelas duas equipes, de todas as obras que serão executadas dentro do hospital

visando cumprimento das normas e evitar possíveis riscos à segurança. Inclui também projetos de melhorias a serem feitos na estrutura do hospital com objetivo de promover maior ventilação e conforto térmico nas dependências do mesmo.

Para finalizar o entrevistado traz um balanço entre o antes e depois da criação do SESMT e também da nova diretoria. Diz que o hospital já evoluiu muito e investiu em melhorias. Para fortalecimento da segurança conta com apoio dos integrantes da CIPA, que são atuantes na instituição, e na brigada de incêndio que foi criada recentemente. O objetivo de tantas mudanças é tornar o hospital uma referência em todos os aspectos.

III-Gestão de segurança e concepção de acidentes

O conteúdo das entrevistas é ferramenta para possibilitar a identificação de pontos importantes que refletem como eram administrados os casos de acidente de trabalho na instituição durante o período do estudo. Elas revelam aspectos do histórico da criação dos serviços responsáveis pela saúde e segurança dos funcionários que trabalham no hospital. Através delas a concepção de análise adotada é pontuada e até exemplificada por falas em alguns momentos.

Seguindo ordem cronológica das informações retiradas das entrevistas podemos destacar nesse momento a seguinte sequência de fatos importantes:

- O primeiro SESMT a ser criado foi o da empresa prestadora de serviços. Este só era responsável por fazer registros, analisar acidentes e cuidar da saúde dos funcionários que eram empregados por ela.
- Os funcionários que não trabalhavam para empresa prestadora de serviços não dispunham de uma equipe de profissionais que trabalhasse exclusivamente com foco em saúde e segurança do trabalhador. Por esse motivo recorriam, quando julgavam necessário, a instâncias das outras instituições com o intuito de elucidar questões referentes a essa temática.
- O SESMT do hospital passou a funcionar apenas em 2012 e ainda passa por período de implantação e estruturação de seus serviços com apoio da superintendência.

Como busca de pontos importantes para atingir os objetivos do estudo podemos enumerar as seguintes informações:

- Alguns funcionários se sentiam vulneráveis e chegavam até a reivindicar a criação de um SESMT no hospital.
- Apesar da importância relatada sobre o papel que a chefia dos setores tem em auxiliar, no trabalho de gestão da segurança junto ao SESMT, o entrevistado reconhece a comunicação deficitária ou inexistente.
- A demora entre a demanda e as soluções para os problemas é relatada com menção à burocracia. Após a implantação do SESMT do hospital os dois serviços passam a ter um diálogo sobre as demandas existentes no hospital.
- Passa a existir a tentativa de mapeamento das ocorrências através de estatísticas e sistema informatizado.
- Os dois entrevistados julgam ter uma equipe completa e capaz de atender toda demanda existente. No entanto, com a referencia feita à demanda acumulada esse dado é questionável. Além do fato dos entrevistados serem representantes formais do sistema.
- A existência de Feed Back sobre as recomendações encaminhadas aos setores onde o AT ocorreu aparece como uma recente realidade no dia a dia do serviço, embora não haja referencia à institucionalização de práticas nesse sentido.

Os pontos, acima citados têm correspondência com os resultados que a seguir. As considerações são importantes para demonstrar o contexto da saúde e da segurança do trabalhador no Hospital e compará-los com achados relativos à aprendizagem organizacional, ou não, na instituição. A esse respeito vale registro de que as referências ao tema nas falas dos entrevistados remetem à compreensão de atividade pontual e não a um processo contínuo apoiado, por exemplo, em análises aprofundadas de acidentes. É possível que o conceito como discutido na literatura seja apenas tangenciado em políticas e práticas dos serviços estudados.

IV-Tratamento dado às análises de acidentes no SESMT do Hospital e no SESMT da FAMESP

Durante a coleta de dados foi possível mapear o fluxo das análises de AT e identificar relações que cada instituição envolvida no estudo tinha com os dados encontrados. Esclarecendo que as informações se referem à época em que a coleta de dados foi feita.

Na FAMESP os relatórios com recomendações fluíam até a chefia do setor em que ocorreu o AT. Não havia mecanismos formais de feedback nem em relação à adoção propriamente dita de medidas de prevenção e nem no tocante a retorno de informações aos participantes da análise (profissionais, membros de CIPA, acidentado e ou colegas).

Os registros nessa instância passavam a integrar estatísticas que incluem categorizações de acordo com diagnóstico e também causa apurada para o AT. Dessa forma era possível mapear setores do hospital com maior vulnerabilidade no que se refere à segurança dos trabalhadores.

No Hospital, o relatório com recomendações vai ao setor de RH que encaminha consulta ao setor de segurança e Saúde do trabalho da Reitoria (da FMB-UNESP), a quem cabia definir reconhecimento ou não do evento como acidente de trabalho. A decisão em questão voltava para o setor de RH do Hospital para fins de arquivo.

O relatório de análise elaborado no âmbito do Hospital era também incluído administrativamente em processo aberto no setor, sobre o evento. Não havendo, portanto, encaminhamento a responsável por eventual tomada de decisão relativa ao caso.

Apenas casos mais graves, em que o AT resultava em grande período de afastamento ou grande prejuízo institucional ou ainda na saúde do trabalhador, eram levados a diferentes caminhos visando a acompanhamento mais criterioso.

A gestão fragmentada das ocorrências de AT e o andamento das análises são prejudiciais para o olhar sistêmico dos casos. É possível então afirmar que o tratamento institucional dado às informações de análise de acidentes seja pela empresa, seja pelo HC sobre acidentes nesse período não favorece iniciativas de aprendizagem organizacional compreendida como processo sistemático.

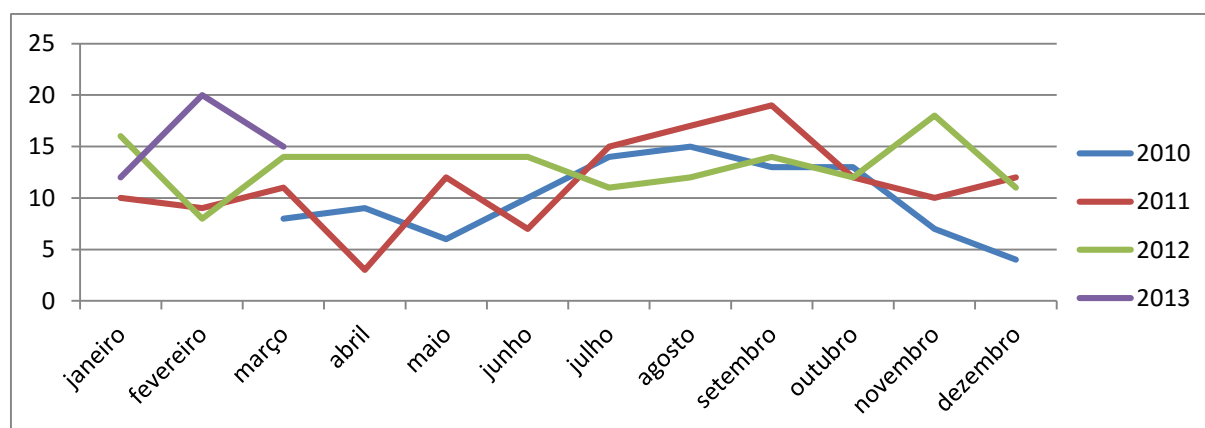
4.2 Apresentação do Panorama de Acidentes de Trabalho no Hospital

O ambiente hospitalar, por si só, apresenta aspectos muito específicos como exemplo podemos citar: a excessiva carga de trabalho, o contato direto com situações limite, o elevado

nível de tensão e os altos riscos para si e para os outros. Existe ainda a necessidade de funcionamento 24 horas por dia, que exige o regime de turnos e plantões para que a rotina seja mantida. Isso permite a ocorrência de duplos empregos, como sabidamente é prática constante entre os profissionais de enfermagem, principalmente quando tem baixos salários. As longas jornadas de trabalho potencializam fatores que contribuem para danificar as integridades física e psíquica dos trabalhadores (ELIAS et al., 2006).

Nesse momento serão apresentados resultados encontrados no estudo segundo dados coletados nos documentos pesquisados. Em alguns casos estarão divididos segundo o vínculo empregatício (FAMESP e HC), de modo a favorecer uma comparação. O total de acidentes de trabalho registrados como ocorrido nas dependências do HC no período foi 441.

Gráfico 1 – Distribuição mensal de registros de acidentes em Hospital público de alta complexidade do interior paulista de março de 2010 a março de 2013.



De março a dezembro de 2010 foram registrados 98 acidentes de trabalho e, no ano de 2011, 137 acidentes. Em 2012 foram 152 ocorrências, e de janeiro a março de 2013, 47 eventos. Durante todo o período do estudo o mês de fevereiro de 2013 apresentou o maior número de registros, sendo 20 no total, contrapondo-se à queda de ocorrências no mesmo mês do ano anterior. Se compararmos a frequência dos registros em todos os anos o mês com maior média (15,3) de ocorrências de acidentes de trabalho foi setembro, enquanto o menor foi Abril com média 8,6.

Tabela 1 – Distribuição de acidentados segundo variáveis selecionadas nos registros de acidentes. Hospital das Clínicas de Botucatu, SP, março de 2010 a março de 2013.

Variáveis selecionadas	FAMESP		HC		Total	
	F	%	F	%	F	%
Sexo						
Feminino	243	88,4%	133	80,1%	376	85,3%
Masculino	32	11,6%	33	19,9%	65	14,7%
Total	275	100,0%	166	100,0%	441	100,0%
Idade						
18	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
19-30	101	36,7%	3	1,8%	104	23,6%
31- 40	111	40,4%	22	13,3%	133	30,2%
41-50	50	18,2%	71	42,8%	121	27,4%
51-60	10	3,6%	54	32,5%	64	14,5%
>60	1	0,4%	2	1,2%	3	0,7%
SI	2	0,7%	14	8,4%	16	3,6%
Total	275	100,0%	166	100,0%	441	100,0%
Realização de turno						
SIM	251	91,3%	97	58,4%	348	78,9%
NÃO	24	8,7%	58	34,9%	82	18,6%
SI	0	0,0%	11	6,6%	11	2,5%
Total	275	100,0%	166	100,0%	441	100,0%
Profissionais						
EQUIPE DE ENFERMAGEM	199	72,4%	112	67,5%	311	70,5%
PROFISSIONAIS COM ENSINO SUPERIOR	5	1,8%	6	3,6%	11	2,5%
PROFISSIONAL MÉDICO	1	0,4%	4	2,4%	5	1,1%
AUXILIAR DE LIMPEZA E SERVIÇOS GERAIS	32	11,6%	1	0,6%	33	7,5%
OUTROS PROFISSIONAIS	33	12,0%	25	15,1%	58	13,2%
PROFISSIONAL COM CARGO ADMINISTRATIVO	5	1,8%	6	3,6%	11	2,5%
SI	0	0,0%	12	7,2%	12	2,7%
Total	275	100,0%	166	100,0%	441	100,0%

Segundo os dados do estudo a maior parte dos acidentes ocorreu com trabalhadores do sexo feminino pertencentes à equipe de enfermagem e que realiza turnos de trabalho que podem sofrer rodízio de tempos em tempos. Como abordado no capítulo dois, esse resultado já era esperado. Levando em conta que essas características são predominantes nos serviços de saúde.

Os dados dos registros de acidentes coletados no RH da UNESP eram os que apresentavam maior numero de informações faltantes (campos em branco). Ainda sobre esses registros observa-se uma maior faixa etária dos funcionários que sofreram AT visto que esse

fato reflete também a realidade da faixa etária dos funcionários com esse vínculo empregatício e levando em conta a parceria com a FAMESP que passou a fazer contratações em maior volume ao longo dos anos.

Tabela 2 – Características selecionadas de Acidentes distribuídas segundo local de contrato. Hospital das Clínicas de Botucatu, SP, março de 2010 a março de 2013.

Classificação	FAMESP		HC		Total	
	F	%	F	%	F	%
TÍPICO	231	84,0%	120	72,3%	351	79,6%
TRAJETO	40	14,5%	29	17,5%	69	15,6%
DOENÇA	4	1,5%	6	3,6%	10	2,3%
SI	0	0,0%	11	6,6%	11	2,5%
TOTAL	275	100,0%	166	100,0%	441	100,0%

Período	FAMESP		HC		Total	
	F	%	F	%	F	%
MANHA	103	37,5%	73	44,0%	176	39,9%
TARDE	91	33,1%	60	36,1%	151	34,2%
NOITE	46	16,7%	7	4,2%	53	12,0%
MADRUGADA	32	11,6%	4	2,4%	36	8,2%
SI	3	1,1%	22	13,3%	25	5,7%
TOTAL	275	100,0%	166	100,0%	441	100,0%

Após quantas horas de trabalho	FAMESP		HC		Total	
	F	%	F	%	F	%
0 — 1	15	5,5%	8	4,8%	23	5,2%
1 -- 2	41	14,9%	12	7,2%	53	12,0%
2 -- 4	59	21,5%	38	22,9%	97	22,0%
4 -- 8	92	33,5%	49	29,5%	141	32,0%
>8	39	14,2%	18	10,8%	57	12,9%
SI	29	10,5%	41	24,7%	70	15,9%
TOTAL	275	100,0%	166	100,0%	441	100,0%

Dias de afastamento	FAMESP		HC		Total	
	F	%	F	%	F	%
Sem afastamento	169	61,5%	78	47,0%	247	56,0%
1 – 3	43	15,6%	17	10,2%	60	13,6%
4 – 15	47	17,1%	34	20,5%	81	18,4%
16 – 30	8	2,9%	8	4,8%	16	3,6%
>30	8	2,9%	17	10,2%	25	5,6%
SI	0	0,0%	12	7,2%	12	2,7%
TOTAL	275	100,0%	166	100,0%	441	100,0%

As diferenças nas distribuições de registros entre Famesp e HC foram estatisticamente significantes nos 4 casos apresentados na tabela a cima. Embora, nos dois contratantes, a maior frequência seja de ATs típicos, ocorridos no período da manhã (das 7h ao meio dia), podendo refletir o período de maior número de pessoas trabalhando, é possível que a diferença mostrada na distribuição entre os dois serviços seja explicada pelo registros

relativos à noite e madrugada que atingem 28,3% na Famesp contra apenas 6,6% no HC. Essa diferença pode estar relacionada a origens diversas, como a maior alocação de servidores Famesp nesses períodos e até a diferenças em atividades dos dois grupos de servidores. Na ausência de informações a esse respeito parece importante recomendar a busca de exploração complementar desses dados visando a melhor subsidiar a escolha de estratégias de prevenção.

A falta de dados sobre números de expostos em cada período impede a estimativa de indicadores e limita a interpretação desses achados. Outra falta de dados, que se refere ao número de expostos em cada local de registro também restringe a interpretação dos achados de distribuição dos eventos segundo “após quantas horas de trabalho”. Por sua vez, os dados relativos a dias de afastamento do trabalho mostram que a maioria das ocorrências concentra-se em sem afastamento e resolvida em tempo inferior a 15 dias. Casos que ensejam permanência maior que 30 dias fora do trabalho não alcançam 5% na Fundação, mas ultrapassam 10% entre contratados pelo HC. A situação nesse último grupo exige busca de informações complementares que ajudem a entender os tipos de ocorrências e até que ponto estariam associadas a trajeto ou outras circunstâncias uma vez que demandam estratégias de prevenção radicalmente distintas.

Tabela 3 – Acidentes de trabalho segundo natureza de lesão registrada. . Hospital das Clínicas de Botucatu, SP, março de 2010 a março de 2013.

Natureza da lesão	F	%
Contato Infecioso	158	35,8
Contusão	60	13,6
Traumatismo	44	10,0
Dor	33	7,5
Lesão	32	7,3
Torção	26	5,9
Fratura	15	3,4
Distensão	13	2,9
Queda	5	1,1
Dermatite	5	1,1
Stress	5	1,1
Outros	45	10,2
TOTAL	441	100

Nos registros dos acidentes de trabalho eram encontradas as denominações demonstradas na tabela acima. Estas estavam anexadas junto à classificação do CID-10** feita pelo médico que havia examinado o trabalhador após o acidente.

Historicamente, os profissionais de saúde não eram considerados uma categoria profissional de alto risco para acidentes de trabalho. Isso mudou a partir da década de 80, quando a AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) foi descoberta. A partir daí estudos revelaram o constante risco que esses trabalhadores corriam de sofrerem acidentes envolvendo esse tipo de exposição. (SIMÃO et al., 2010)

A denominação “contato infeccioso” se refere aos funcionários que sofreram exposição a fluidos corpóreos do paciente. O maior volume de AT que recebeu essa denominação se referia a ocorrências envolvendo perfurocortantes. Em seguida, de acordo com a prevalência, está a denominação “contusão” que se refere a esforço excessivo na maior parte das ocorrências.

Dada a devida importância às ocorrências de acidentes envolvendo material biológico não podem ser vistos apenas como fortuitos ligados à rotina. A compreensão da realidade de trabalho, que propicia esse tipo de acidente, requer uma abordagem mais ampla que envolva trabalhadores e a instituição de saúde (VIEIRA et al., 2011).

Com relação às contusões é válido ressaltar que, no contexto hospitalar, a organização e o processo do trabalho constituem fatores decisivos para que as atividades laborais da enfermagem fluam com o mínimo de desgastes motor e psicocognitivo. É de suma importância que os gestores privilegiem os aspectos subjetivos e objetivos do trabalhador, minimizando quanto possível os riscos ocupacionais aos quais todos estão expostos (CARVALHO et al., 2010).

Ainda na sequência dos dados, os registros de acidentes de trajeto incluíam, em sua maioria, cópia do boletim de ocorrência e o nome do servidor. Sem os demais campos preenchidos. Devido a esse fato não era possível saber qual era o turno em que esse profissional estava trabalhando e, portanto, não pudemos concluir após quantas horas de trabalho ele havia sofrido o acidente.

No caso das doenças de trabalho, 80% não traziam informações sobre horas de trabalho, pois se entende que o reconhecimento de uma patologia associada ao desempenho

** CID 10 - A Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, frequentemente designada pela sigla CID (em inglês: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems - ICD) fornece códigos relativos à classificação de doenças e de uma grande variedade de sinais, sintomas, aspectos anormais, queixas, circunstâncias sociais e causas externas para ferimentos ou doenças. Disponível em: <http://www.cid10.com.br/>

do trabalho necessita de uma série de investigações para ser diagnosticada. Quando havia menção ao horário, esse representava um dia de trabalho em que após horas trabalhadas a rotina foi interrompida de modo que posteriormente foi reconhecido como doença relacionada ao trabalho.

Na maioria das vezes o ritmo intenso da enfermagem se deve ao acúmulo de funções, em virtude da inadequação dos recursos humanos e materiais, que exige do trabalhador uma energia maior para executar sua rotina, gerando uma sobrecarga com repercussões físicas e psíquicas em seu corpo, interferindo no processo saúde-doença, e conduzindo-os ao adoecimento (MAURO et al., 2010).

De acordo com a tabela 5, a maior parte dos acidentes típicos não ocasionou afastamento de funcionários. Conforme mostrado a maior parte dos acidentes típicos envolverem exposição a material biológico no manuseio de perfurocortante. Nesses eventos, lesões puntiformes tendem a ser classificadas como leves e não ensejam.

Tabela 4 – Distribuição de acidentes após horas trabalhadas segundo contratante e tipo de registro. Hospital das Clínicas de Botucatu, SP, março de 2010 a março de 2013.

Após quantas horas de trabalho	FAMESP								HC								TOTAL							
	Típico		Trajeto		Doença		SI		Típico		Trajeto		Doença		SI		Típico		Trajeto		Doença		SI	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
0 — 1	12	5,2	2	5,0	1	25,0	0	0,0	8	6,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	20	5,7	2	2,9	1	10,0	0	0,0
1 -- 2	40	17,3	0	0,0	1	25,0	0	0,0	12	10,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	52	14,8	0	0,0	1	10,0	0	0,0
2 -- 4	57	24,7	2	5,0	0	0,0	0	0,0	37	30,8	1	3,4	0	0,0	0	0,0	94	26,8	3	4,3	0	0,0	0	0,0
4 -- 8	88	38,1	4	10,0	0	0,0	0	0,0	41	34,2	8	27,6	0	0,0	0	0,0	129	36,8	12	17,4	0	0,0	0	0,0
>8	33	14,3	6	15,0	0	0,0	0	0,0	15	12,5	3	10,3	0	0,0	0	0,0	48	13,7	9	13,0	0	0,0	0	0,0
SI	1	0,4	26	65,0	2	50,0	0	0,0	7	5,8	17	58,6	6	100	11	100	8	2,3	43	62,3	8	80,0	11	100
TOTAL	231	100	40	100	4	100	0	0,0	120	100	29	100	6	100	11	100	351	100	69	100	10	100	11	100

Tabela 5 – Distribuição de Acidentes por dias de afastamento segundo contratante e tipo de registro. Hospital das Clínicas de Botucatu, SP, março de 2010 a março de 2013.

Dias de afastamento	FAMESP								HC								TOTAL							
	Típico		Trajeto		Doença		SI		Típico		Trajeto		Doença		SI		Típico		Trajeto		Doença		SI	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
0	158	68,4	9	22,5	2	50,0	0	0,0	65	54,2	13	44,8	0	0,0	0	0,0	223	63,5	22	31,9	2	20,0	0	0,0
1 – 3	33	14,3	10	25,0	0	0,0	0	0,0	12	10,0	5	17,2	0	0,0	0	0,0	45	12,8	15	21,7	0	0,0	0	0,0
4 – 15	31	13,4	15	37,5	1	25,0	0	0,0	27	22,5	6	20,7	1	16,7	0	0,0	58	16,5	21	30,4	2	20,0	0	0,0
16 – 30	4	1,7	3	7,5	1	25,0	0	0,0	6	5,0	2	6,9	0	0,0	0	0,0	10	2,8	5	7,2	1	10,0	0	0,0
>30	5	2,2	3	7,5	0	0,0	0	0,0	9	7,5	3	10,3	5	83,3	0	0,0	14	4,0	6	8,6	5	50,0	0	0,0
SI	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,8	0	0,0	0	0,0	11	100	1	0,3	0	0,0	0	0,0	11	100
TOTAL	231	100	40	100	4	100	0	0,0	120	100	29	100	6	100	11	100	351	100	69	100	10	100	11	100

4.3 Análise Crítica dos Registros de Acidente de Trabalho

Os dados apresentados nas tabelas a seguir possuem uma classificação feita pela autora deste trabalho, juntamente com seu orientador.

A tabela 6 mostra o número de causas por evento segundo apuração deste estudo dos registros encontrados. Nesse re-estudo, a quase totalidade dos 144 casos em que não foram encontrados registros de análise conduzida pela empresa, mas que incluíam documentos como notificação ou outras referências ao que teria acontecido, foram explorados e incluídos na tabela.

O total de registros de acidentes típicos com até 3 causas registradas atingiu 97,8% na Famesp, dos quais 87,4% até duas causas. No HC, 86,6% registros indicavam até 3 causas, sendo 76,6% até duas. Nos dois serviços o total de registros com apenas uma causa sempre foi superior a 60%. Para os casos de trajeto, na FAMESP 95% dos registros indicavam até 2 causas e, no HC, além de 6,1% de eventos sem causa registrada, houve 86,2% dos registros com 1 ou 2 causas.

Merece comentário a existência de 6 registros de acidentes típicos no HC em que foram computados nove fatores causais. Trata-se de um mesmo acidente que envolveu vazamento de gás disseminado via ar refrigerado atingindo o setor de ressonância magnética de modo que explica o número de vítimas.

A média de causas por acidente típico neste estudo foi de 1,60; sendo de 1,48 da Famesp e no HC de 1,85. Enquanto a media de causas identificadas em acidentes de trajeto foi de 1,2 neste estudo; sendo de 0,95 da Famesp e 1,3 no HC.

A identificação de poucas causas para o acidente também pode revelar uma superficialidade nas investigações. Uma vez que o registro e a análise do acidente são feitos e nenhum retorno é dado ou cobrança é feita por parte da instituição, os responsáveis pela segurança (encarregados desse serviço) podem se sentir desestimulados para o desenvolvimento de uma atenção aprofundada para cada caso. Quando apresentamos o conceito de aprendizagem organizacional, falamos também das condições que a instituição tem que oferecer para que ele seja possível.

Esses achados são assemelhados ao encontrado em outros estudos e são interpretados como associados ao predomínio de concepção de acidentes como fenômeno simples e paucicausal nas práticas de análises cotidianas adotadas no local estudado (MASSOCO et al., 2008).

Tabela 6 – Número de causas apuradas em re-análise dos casos com base em documentos obtidos na empresa e local de vínculo da vítima. Hospital das Clínicas de Botucatu, SP, março de 2010 a março de 2013.

N de causas	FAMESP								RH								TOTAL							
	Típico		Trajeto		Doença		SI		Típico		Trajeto		Doença		SI		Típico		Trajeto		Doença		SI	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	3,3	2	6,9	0	0,0	11	100,0	4	1,1	2	2,9	0	0,0	11	100,0
1	153	66,2	34	85,0	3	75,0	0	0,0	76	63,3	17	58,6	2	33,3	0	0,0	229	65,2	51	73,9	5	50,0	0	0,0
2	49	21,2	4	10,0	1	25,0	0	0,0	16	13,3	8	27,6	1	16,7	0	0,0	65	18,5	12	17,4	2	20,0	0	0,0
3	24	10,4	2	5,0	0	0,0	0	0,0	12	10,0	2	6,9	2	33,3	0	0,0	36	10,3	4	5,8	2	20,0	0	0,0
4	5	2,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	5,0	0	0,0	1	16,7	0	0,0	11	3,1	0	0,0	1	10,0	0	0,0
9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	5,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	1,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0
TOTAL	231	100,0	40	100,0	4	100,0	0	0,0	120	100,0	29	100,0	6	100,0	11	100,0	351	100,0	69	100,0	10	100,0	11	100,0

Tabela 7 – Identificação do fator causal em re- análise dos casos com base em documentos obtidos. Hospital das Clínicas de Botucatu, SP, março de 2010 a março de 2013.

Identificação Fator Causal		Famesp				RH			
		Típico	%	Trajeto	%	Típico	Trajeto		
1	Perfuro Cortante	89	31,8%	0	0%	27	17,9%	0	0,0%
2	Veículos Motorizados	1	0,4%	33	78,6%	1	0,7%	12	38,7%
3	Esforço físico	31	11,1%	0	0,0%	25	16,6%	0	0,0%
4	Queda	23	8,2%	4	9,5%	28	18,5%	14	45,2%
5	Uso de EPI	27	9,6%	0	0,0%	5	3,3%	0	0,0%
6	Falta de material ou estrutura	82	29,3%	0	0,0%	42	27,8%	3	9,7%
7	Outros	27	9,6%	5	11,9%	23	15,2%	2	6,5%
TOTAL		280	100%	42	100%	151	100%	31	100%

A tabela 7 traz informações sobre a identificação do fator causal identificado nos registros de acidentes. Os dados foram coletados e devido à diversidade de expressões encontradas nesse campo nos registros se fez necessário a criação de categorias apresentadas na tabela. As categorias surgiram a partir das ideias centrais contidas nas causas identificadas nos acidentes. Assim como no caso dos dados que se referem às sugestões de segurança, que serão apresentados em seguida, as causas eram preenchidas em campos específicos sendo que para um mesmo acidente poderiam ser identificadas quantas causas fossem pertinentes. Como observado na tabela 6, não foram identificadas muitas causas para maior parte dos acidentes.

Segundo os resultados encontrados, dos acidentes típicos registrados na Famesp e no RH os fatores causais predominantes foram o manuseio de materiais perfuro cortantes e a falta de material ou estrutura adequados para o desempenho das atividades.

Em seguida, ainda sobre os acidentes típicos, o esforço físico foi a terceira causa mais identificada na Famesp (11,1%) e quarta causa (16,6%) nos registros do RH. Observa-se também a falta de EPI identificado como um fator causal dos acidentes, no entanto ele não ocupa as primeiras posições.

A relevância dessa informação vem ao encontro de estudos apresentados no capítulo dois desse estudo que ressaltam as condições de insegurança em que os profissionais, muitas vezes, desempenham seu trabalho dentro das instituições de saúde. (BALSAMO et al., 2006; ELIAS et al., 2005)

Um fator interessante nos acidentes registrados pelo Rh é que tanto os casos típicos (terceira posição com 18,5%) quanto aqueles de trajeto (primeira posição 45,2%) identificaram a queda como um fator causal recorrente. Esse fato pode ter causas múltiplas, com destaque para características de pisos, interações entre tarefas de rotina e conservação, tipos de calçados e atividades realizadas, em particular a elevada proporção de situações que implicam em deslocamentos.

Os veículos motorizados (incluem motos e carros) foram a causa predominante nos registros de trajeto da Famesp (78,6%) , enquanto nos registros do RH essa causa ocupa a segunda posição seguida da terceira que é a falta de estrutura.

A primeira e terceira causa identificada para os acidentes de trajeto do RH, como hipótese possível, também podem refletir uma população que usa de outros meios, que não veículo próprio, para chegar até o local trabalho. Um exemplo seria o transporte público que para em pontos específicos nos arredores do hospital e obriga os funcionários a caminharem até o posto de trabalho.

Tabela 8 – Registros de acidentes de acordo com existência de recomendação de segurança e local de vínculo da vítima. Hospital das Clínicas de Botucatu, SP, março de 2010 a março de 2013.

Recomendação de Segurança	FAMESP								HC								TOTAL							
	Típico		Trajeto		Doença		SI		Típico		Trajeto		Doença		SI		Típico		Trajeto		Doença		SI	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
SIM	172	74,5	12	30,0	3	75,0	0	0,0	33	27,5	4	13,8	2	33,3	0	0,0	205	58,4	16	23,2	5	50,0	0	0,0
NÃO	59	25,5	28	70,0	1	25,0	0	0,0	86	71,7	25	86,2	4	66,7	0	0,0	145	41,3	53	76,8	5	50,0	0	0,0
SI	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,8	0	0,0	0	0,0	11	100,0	1	0,3	0	0,0	0	0,0	11	100,0
TOTAL	231	100,0	40	100,0	4	100,0	0	0,0	120	100,0	29	100,0	6	100,0	11	100,0	351	100,0	69	100,0	10	100,0	11	100,0

A tabela 8 mostra a distribuição de recomendações de prevenção nas análises segundo local de vínculo do acidentado e tipo de acidente. Chama a atenção o fato de que em 70% dos acidentes de trajeto da Famesp e 86,2 % daqueles registrados no RH do serviço não existam recomendações. Aparentemente o fato desses acidentes ocorrerem fora dos muros do serviço pode estar fazendo com que as equipes de análises os entendam como ocorrências sobre as quais não teriam governabilidade justificando deixá-los intocados.

No caso dos acidentes típicos registrados no RH também em 71,7% não houve recomendação de prevenção. Em si, a falta de recomendações numa análise de acidente pode ser tomada como sinal de incompletude. Por outro lado, neste estudo é possível afirmar que o fato de 74,5% das análises de acidentes típicos na Famesp terem ensejado elaboração de sugestões de prevenção não permite, por si só, inferências sobre possíveis implicações no que se refere à aprendizagem da organização. Pelo contrário, dado o fato da maioria das análises terem sido concluídas como típicas de abordagem tradicional o mais provável que é as recomendações existentes tenham se centrado em fatores ditos proximais ao desfecho do evento que são apontados como pouco úteis no tocante ao estímulo da aprendizagem.

Tabela 9 – Frequências e percentuais de recomendações de prevenção encontradas no total de análises. Hospital das Clínicas de Botucatu, SP, março de 2010 a março de 2013.

Recomendações	Frequência	%
Comportamento do acidentado ou colegas.	146	35,5
Treinamentos / Cursos	34	8,3
Normas formais/legais	1	0,2
EPI (modo de usar ou recomendação de uso)	26	6,3
Adequação Ambiental ou etapa do processo de trabalho	82	20,0
Manutenção	30	7,3
Ambiente: Limpeza, prevenção de quedas, mudança de leiaute	31	7,5
Sinalização	3	0,7
Estudo, verificação, avaliação	2	0,5
Medidas relativas a organização do trabalho	30	7,3
Referências a gestão de segurança (inclusive compra de EPI do ponto de vista do gestor)	19	4,6
Registro de problemas pontualmente identificados	2	0,5
Melhorias em condições de conforto no ambiente de trabalho	2	0,5
Outras	3	0,7
TOTAL	411	100,0

As recomendações de segurança eram feitas preenchendo campo específico da análise, permitindo, para um mesmo acidente, o registro de tantas sugestões quantas a equipe considerasse cabível.

A tabela 9 apresenta lista de recomendações criada a partir de agrupamento feito segundo seu conteúdo principal com respectivas frequências e percentuais. Chama a atenção que o total de recomendações seja inferior ao de eventos registrados. A média de recomendações por registro seria, portanto, menor que 01 (um). No entanto, tendo em vista 144 registros que não foram analisados e não ensejaram registros de medidas de prevenção, as 411 recomendações referem-se a 357 registros explorados, com média de 1,15 por registro.

A maior frequência de medidas, cerca de 45% delas, refere-se a aspectos do comportamento das vítimas. Recomendações expressas relativas a abordagem pontual de intervenções em aspectos de postos e ambientes de trabalho atingem cerca de 28% e outras dirigidas a aspectos da organização do trabalho e ou gestão de segurança atingem quase 12%.

Os dois primeiros grupos de recomendações citadas se destacam como aspectos facilmente observáveis, típicos de contextos de degradação da segurança e já denunciados

como equivalentes a situações de acidentes esperando para acontecer. As práticas de segurança centradas em abordagens de estímulo à adesão das prescrições legais, para quem aparentemente o cumprimento de normas leva à segurança quando existentes concentram seu foco nesse tipo de aspectos.

Por sua vez, o terceiro grupo de recomendações pode ser visto como focado em aspectos dos processos causais pensados como condições latentes, incubadas na história de sistemas e que poderiam ser alvo de intervenções desenhadas com foco em metas e objetivos que vão além da mera adesão a itens de regras vigentes. Sua abordagem em intervenções de prevenção parece assemelhar-se ao que, nas palavras de Argyris, seria a aprendizagem em alça dupla. Ou seja, medidas dirigidas não para os fatos específicos atuantes nas origens imediatas dos desfechos de acidentes e ou outros eventos adversos, mas para crenças, valores, escolhas estratégicas associadas à história do sistema.

As recomendações de segurança são feitas com a finalidade de sugerir adequações necessárias e evitar novas ocorrências. A informação trazida pelos entrevistados sobre a falta de *feed back* das recomendações e o contato restrito às chefias dos setores onde os acidentes ocorriam, podem ser relevantes para explicar o baixo número de análises que faziam recomendações de segurança.

Tabela 10 – Registros de acidentes classificados por concepção de análise segundo a autora e local de vínculo da vítima. Hospital das Clínicas de Botucatu, SP, março de 2010 a março de 2013.

Concepção de análise	FAMESP								HC								TOTAL							
	Típico		Trajeto		Doença		SI		Típico		Trajeto		Doença		SI		Típico		Trajeto		Doença		SI	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Tradicional	170	73,6	18	45,0	3	75,0	0	0,0	44	36,7	17	58,6	4	66,7	0	0,0	214	61,0	35	50,7	7	70,0	0	0,0
Sistêmica	21	9,1	3	7,5	0	0,0	0	0,0	16	13,3	0	0,0	1	16,7	0	0,0	37	10,5	3	4,3	1	10,0	0	0,0
Sem análise	40	17,3	19	47,5	1	25,0	0	0,0	60	50,0	12	41,4	1	16,7	11	100,0	100	28,5	31	44,9	2	20,0	11	100,0
Total	231	100,0	40	100,0	4	100,0	0	0,0	120	100,0	29	100,0	6	100,0	11	100,0	351	100,0	69	100,0	10	100,0	11	100,0

Fonte: Organizado pela autora com informações do SESMT FAMESP e RH HC.

A exploração dos dados da tabela 10 consistiu, em classificação da abordagem como tradicional ou sistêmica. Em seguida os dados foram explorados visando identificar uso ou não de conceitos guias da análise.

As informações foram encontradas em fichas como de Análise de AT registrado no SESMT da FAMESP (anexo1), em análise de acidente realizada pela CIPA e registrada no RH da instituição de ensino vinculada ao hospital (anexo 2); e em entrevista padrão realizada pela CIPA com funcionários que sofreram AT e são registrados no RH vinculados diretamente ao hospital e à FMB (anexo 3).

Foi entendida como análise com abordagem tradicional aquela que explicava o acidente de modo centrado em aspectos de comportamento da vítima. De modo geral, identificava poucas ou nenhuma causa, culpabilizava o trabalhador pelo ocorrido, não fazia menção a análise de barreiras, a de mudanças, não explorava ampliação conceitual e fazia recomendações centradas no comportamento do trabalhador.

Com abordagem sistêmica foram consideradas as análises que apresentavam descrição do acidente revelando a busca de origens em profundidade apoiadas em conceitos como análise de barreiras, de mudanças ou outro de diferentes campos do conhecimento já usados em estudos desses eventos. Também foram consideradas como sistêmicas análises em que a aplicação de conceitos foi desenvolvida em busca de “causas das causas”, sendo ou não concluída com recomendações de segurança que implicavam em mudanças gerenciais ou organizacionais da situação visando melhorias da segurança na situação de trabalho.

Alguns acidentes não apresentavam nenhuma análise. Nesses registros foram encontradas apenas informações da CAT e uma breve descrição do acontecido. Entende-se que nesses casos o registro de acidente de trabalho se associa a mera formalidade burocrática visando a atendimento de norma legal vigente.

A reanálise dos acidentes foi feita em duas etapas. Na primeira, cujos resultados são mostrados na tabela 10, a autora esboçou classificação de registros como ligados a concepção tradicional, sistêmica (psicoorganizacional) ou se tratava de caso sem análise. A releitura assim conduzida mostrou que para, os acidentes típicos, era possível considerar a análise como sistêmica, nos casos Famesp, em 9,1% e nos RH em 13,3% dos casos. A explicação tradicional foi apontada em 73,6% na Famesp e em 36,7% no HC. Essa diferença é, em parte, explicada pelo fato de 50 dos casos do HC simplesmente não terem sido analisados.

A elevada proporção de análises FAMESP classificadas como tradicionais pode ter origens em múltiplos fatores. É sabido que a realização de investigações em profundidade exige não só vontade técnica e política por parte da equipe encarregada como também uma

ambiência ou clima organizacional de abertura e de cooperação com as análises por parte dos diferentes serviços. Na ausência desse clima a condução das análises pode se associar com a emergência de conflitos uma vez que responsáveis pelas áreas com quais se busca interlocução podem sentir-se sob ameaça de serem apontados como responsáveis por falhas identificadas. Por outro lado, é possível pensar na influência da tradição no serviço de realização de análises curtas e que lidam com o acidente como fenômeno simples. Trata-se de prática conveniente a serviços que culpabilizam vítimas e reduzem as chances de eventual disputa jurídica questionando políticas e práticas da empresa.

No caso dos acidentes de trajeto a proporção de casos não analisados na FAMESP e no HC foi de, respectivamente, 47,5 e 41,4. Se considerarmos a presença de achados compatíveis com análise sistêmica, ou apoiada em conceitos, como indicadora de potencial de uso de análises de acidentes como fontes de estímulo a práticas de aprendizagem organizacional os achados mostram que apenas porcentagem mínima das investigações vistas nesse estudo poderiam ser aproveitadas com esse objetivo. É preciso destacar ainda que a análise sistêmica por si só não permite a aprendizagem organizacional, ela com certeza constitui numa base importante para que essa aprendizagem possa ocorrer, mas essa aprendizagem extrapola a questão dos serviços especializados em medicina e segurança do trabalho, ela envolve também questões políticas e questões de gerenciamento das áreas.

A elevada proporção de eventos registrados e não analisados no HC reflete, em parte, a inexistência de SESMT próprio no serviço no período estudado.

Num segundo momento da re-análise dos casos os registros foram revistos ensejando categorização de análises como usos ou não das noções de análise de barreiras (AB) e de mudanças (AM). A título de exemplo, vale citar que a presença de registros citando o uso ou não de agulha retrátil, mesmo sem referência direta à noção de análise de barreiras ensejava conclusão indicando adoção do conceito. Registros indicando agitação psicomotora de paciente ou ausência de servidor escalado para o período levavam à classificação de uso da noção de análise de mudanças.

Para fins de esclarecimento do procedimento adotado e de distinção da classificação de análise sistêmica discutida a propósito da tabela 10, vale registrar que nos exemplos deste parágrafo, a presença isolada de achado como o citado, sem exploração de razões associadas às suas origens, não permitiria descrever a análise como sistêmica.

As conclusões se apoiavam essencialmente nos registros encontrados nos documentos pesquisados, independentemente do fato de terem sido considerados nas conclusões relativas a causas e recomendações nos formulários de análise. Considera-se que a aplicação, mesmo

que parcial dos conceitos embute o potencial de contribuição para aprendizagem organizacional.

Os achados desse segundo momento de re-análise são mostrados na Tabela 11. A noção de análise de barreiras foi apontada em 131 casos e a análise de mudanças em 140. Não houve achados associados à noção de ampliação conceitual. Esses achados podem ser apontados como indicadores de que o fato ou aspecto identificado como de uso de conceito da AB ou AM não foi assumido como ponto de partida de exploração visando identificar razões do sistema associadas às suas origens.

Tabela 11 – Número de acidentes cuja re-análise ensejou identificação de uso de conceito guia. Hospital das Clínicas de Botucatu, SP, março de 2010 a março de 2013.

Uso do conceito	Conceitos Guias					
	Análise de Barreiras		Análise de Mudanças		Ampliação Conceitual	
	F	%	F	%	F	%
Sim	131	29,7	140	31,7	0	0,0
Não	166	37,6	157	35,6	297	67,3
AT sem análise	144	32,7	144	32,7	144	32,7
Total	441	100,0	441	100,0	441	100,0

A noção de conceito guia recomenda explicitamente que a exploração dos achados tenha continuidade. O mesmo cuidado está presente nas perguntas recomendadas para análise de mudanças e de barreiras, especialmente quando em associação com a compreensão de acidentes como fenômenos sócio-técnicos. Ou seja, enquanto as respostas obtidas na investigação não oferecerem explicação com dimensões técnica e social para o evento, a coleta de dados deve continuar.

Em suma, se considerarmos a pior das hipóteses de número de oportunidades, ou seja aceitando que os 131 registros classificados como de uso da noção de análise de barreiras estejam todos contidos nos 140 que referiram análises de mudanças esse seria praticamente o número de situações em que mais clara e diretamente foram perdidas janelas de oportunidade para a aprendizagem organizacional no hospital estudado.

É óbvio que também foram perdidas oportunidades de aprendizagem nos 144 casos que não foram analisados. A distinção em relação aos casos em que os registros permitiam classificar achado como associado aos conceitos de AB ou AM visa destacar a existência de um ponto de partida não explorado como tal que pode ter explicações diversas. No pior dos

cenários, a percepção por parte de integrantes do SESMT de que a existência do serviço cumpre apenas finalidades burocráticas e que o seu trabalho não cumpre papéis de estímulo a melhorias da confiabilidade e nem da segurança do sistema poderia explicar a ausência de esforços visando ao aprofundamento das análises.

A elevada proporção de eventos sem análise é explicada pelo fato de que metade deles (60 típicos, 12 trajeto) atingiram servidores cujo local de vínculo era o HC que na época em que o estudo foi feito não possuía equipe encarregada de análise. Chama a atenção o fato da FAMESP ter tido 40 acidentes típicos não analisados. Esse fato remete às falas presentes nas entrevistas em que é dito que o número de funcionários no SESMT seria suficiente para a demanda. O questionamento proposto é se o número de funcionários está mesmo completo e suficiente de modo a atender uma demanda de análises mais aprofundadas de AT;

4.4 Oportunidades Perdidas de Aprendizagem Organizacional

Nesta parte da discussão apresentamos um apanhado dos resultados encontrados articulando os mesmos com a literatura referente à aprendizagem organizacional.

Conforme mostrado, no período de março de 2010 a março de 2013, houve 441 registros de acidentes de trabalho no Hospital de Clínicas de Botucatu, distribuídos entre dois locais de vínculo. Os acidentes típicos totalizaram 351 desses eventos. A maioria das vítimas, 311 era vinculada a equipes de enfermagem do serviço. Um dos eventos, envolvendo vazamento de produto tóxico teve 6 vítimas, ou seja, ensejou seis registros de ocorrências.

O estudo mostrou que a distribuição de ocorrências no tempo segundo local de vínculo das vítimas tinha diferença estatisticamente significativa aparentemente relacionada a distribuição de registros da noite/madrugada. Em 247 eventos não houve afastamento do trabalho e, em outros 60, houve afastamento por 1 a 3 dias, correspondendo esses dois grupos a 69% dos registros.

No que se refere à análise dos acidentes vale destacar, em primeiro lugar que, em 144 deles não foram encontrados registros indicativos de que tenha sido realizada algum tipo de investigação. A re-análise conduzida neste estudo com base nos documentos a que se teve acesso levou à conclusão de que para 412 dos 441 eventos teriam sido identificadas de 0 a 3 causas, sendo que, em 291 desses casos houve registro de apenas 0 a 1 causa. Em outras palavras, predomina no sistema compreensão de acidentes como fenômenos simples, com uma ou poucas causas.

Como corolário desse processo merecem destaque os fatos: a) de que segundo os registros, em 203 casos a intervenção não ensejou a elaboração de medidas de prevenção; b) de que, em 249 casos revistos pela autora a concepção de acidente adotada nos registros disponibilizados era a tradicional em contraposição a 40 outros (10,8%) em que a concepção foi considerada como sistêmica. Em outros 131 registros a inexistência de análise e a falta de outras fontes de informação impossibilitaram a classificação dos achados.

No entanto, cabe destacar, entre outros, os seguintes aspectos que podem ajudar a interpretar a situação acima descrita. Em primeiro lugar, o fato de que durante a maior parte do estudo o HC, constituído como serviço público, não tinha SESMT próprio. Parte das análises de acidentes ocorridos com trabalhadores de seu efetivo foram realizadas por profissional da FAMESP, numa colaboração que ajudou os gestores do serviço a visualizarem aspectos do papel desse tipo de serviço. Com a estadualização do serviço e o uso de contratações em regime CLT a obrigatoriedade de constituição de serviço próprio chegou depois que a direção já criara primeiro serviço. Outro aspecto importante a destacar é o fato de na rotina de serviços de segurança, em particular no tocante à criação de sistema de vigilância de agravos à saúde relacionados ao trabalho o mais comum é a definição de critérios de seleção de acidentes registrados a serem alvo de investigação. Em outras palavras, é esperado que parte dos eventos não sejam mesmos analisados. Neste estudo, não ficou caracterizado até que ponto acidentes não analisados, seja nos universos FAMESP ou HC, não se encaixariam nessa situação.

Face à síntese acima cabe perguntar como descrever as práticas de gestão de segurança observadas no HCB. Até ponto poderiam ser vistas como associadas a estímulos ou não à aprendizagem organizacional?

A resposta mais simples, baseada na inexistência de referências ao conceito de aprendizagem organizacional nos registros analisados neste estudo é que as práticas de registro e de análise de acidentes adotadas no sistema no período em questão não estavam associadas às tentativas de melhorias contínuas e ou aprendizagem organizacional.

Outra forma de debater a questão acima pode começar com exploração da noção da aprendizagem organizacional na literatura que, em geral, aparece vinculada a práticas de implantação de sistemas de registros de eventos adversos, inclusive acidentes e ou à adoção de análises em profundidade desses tipos de eventos.

Tratando do desenvolvimento de sistemas de aprendizagem apoiados em notificações de eventos adversos a OMS sugere a adoção de lista de verificação dos seguintes itens (WHO, 2005):

- Clareza de objetivos
- Tipos de aprendizagem prioritários
- Voluntário ou obrigatório?
- Confidencial ou aberto ao público?
- O processo para o sistema de notificação?
- Informações confidenciais são mantidas em segurança?
- A infraestrutura dos dados
- A abordagem de classificação
- A abordagem de análise
- Como as respostas serão elaboradas e disseminadas?
- Há recursos suficientes?

Outros estudos destacam etapas de processo de aprendizagem organizacional. Segundo Van der Schaaf (1992) seriam sete etapas: detecção; seleção de casos mais relevantes; descrição; classificação de causas básicas; interpretação; implementação de recomendações e avaliação. Por sua vez, Dupsteen *et al* (2013) resumem o processo em quatro etapas: investigação e análise de incidentes, planejamento de intervenções, intervenção propriamente dita e avaliação.

Ao concluir lista de características associadas a esses processos Dien (2007) destacou: a definição das medidas de correção, a aplicação dessas medidas, a avaliação, o acompanhamento de longo prazo da eficácia das medidas correctivas, a memorização e gravação do evento com suas lições, tratamento e seguimento, a comunicação das lições a serem aprendidas com as partes ou potenciais interessados. Para ele a aprendizagem se daria segundo três eixos relacionados à história do sistema, às relações entre integrantes de suas estruturas e componentes verticais e transversais.

Os achados deste estudo mostram ausência de iniciativas de organização de ações com essa perspectiva estratégica e ou de olhar que compreenda algumas das ações realizadas como parte ou etapa de processo de aprendizagem. Por isso mesmo, os registros explorados em sua maioria se mostram muito mais como indícios de exemplos ou situações que não passam de perdas de oportunidade de aprendizagem.

A noção de oportunidade perdida de aprendizagem foi usada por Sharma (2013) referindo-se a informação do acidente de Indian Council of Medical Research (ICMR) segundo o qual uma grande porcentagem da coorte do estudo epidemiológico, que incluiria o único projeto de monitoramento de saúde para vítimas do gás liberado em Bhopal, havia sido perdida (SHARMA et al., 2013).

Embora, neste estudo, a perda de oportunidade se mostre associada a características históricas do serviço em questão, não se pode deixar de considerar tal situação também como reflexo da “baixa maturidade das práticas de gestão de segurança em serviços de saúde” já destacada alhures (SUJAN et al., 2016).

Por fim, merece destaque o fato de em pequena proporção de casos as equipes de análises terem esboçado esforço de aprofundamento de investigação, explorando aspectos de modo que vem sendo sugerido como mais adequado à formulação de alvos capazes de impulsionar iniciativas de aprendizagem organizacional no sistema.

Em um estudo sobre lições aprendidas em análises de 38 tipos de falhas envolvendo interações de seres humanos com sistemas automáticos foi elaborada lista de razões classificadas em 4 grupos de categorias principais: (1) design de hardware e software, (2) procedimentos, (3) gestão, e (4) treinamentos. Os quatro grupos de fatores causais são interdependentes. O sistema de gestão é apontado como responsável pela criação de cultura de segurança e por assegurar que o design e que os procedimentos sejam seguidos. Sem o treinamento adequado os trabalhadores não compreenderiam o design e os procedimentos. Nessa revisão os autores discorrem sobre lições aprendidas no estudo de falhas em automação organizando série de reflexões relativas a aprendizagem. Algumas dessas reflexões se referem a: formação da consciência situacional do problema; práticas de alocação de funções, com ênfase no que automatizar e no que atribuir a seres humanos; níveis de automação; características de vieses de tomadores de decisões; divergências existentes entre a realidade, o modelo mental do controlador humano e o modelo automático de controle do processo; insuficiência do monitoramento, excesso de confiança na automação; mistificações e a confiança ingênua; soluções propostas para os ditos erros humanos; até que ponto ciências do comportamento podem ajudar engenheiros no design de sistemas técnicos; o “jogo da culpa” e a necessidade de evoluir para uma cultura de segurança (SHERIDAN et al. 2006).

A investigação e análise de acidentes destinam-se a descobrir informações que expliquem a natureza e as origens do ocorrido com interesse de prevenir ou minimizar perdas futuras. No entanto, a investigação objetiva e em profundidade de eventos adversos em

serviços de saúde raramente acontece por razões ligadas à complexidade do ambiente, litigação, riscos, e implicações sócio-políticas (NEMETH et al 2006).

Os achados deste estudo mostram que o sistema de gestão de segurança vigente no serviço não adotou ainda uma forma de classificação de achados identificados como associados às origens de acidentes. Modelos como os de Sheridan et al (2006) acima citado e outros disponíveis na literatura parecem apontar para futuras iniciativas a serem adotadas e testadas no sistema.

CAPÍTULO 5

CONCLUSÃO

Este estudo teve como objetivo compreender concepções de acidentes adotadas em práticas de segurança no trabalho e explorar até que ponto os achados de análises realizadas estariam ou não associados com estímulos à aprendizagem organizacional em um hospital público e de ensino do interior do estado de São Paulo.

Os principais resultados encontrados nas análises de acidentes conduzidas no âmbito do sistema mostraram que parcela importante dos acidentes não era investigada e que, quando analisados, tais eventos eram predominantemente descritos como fenômenos simples, explicados com poucas causas, de modo centrado em comportamentos da vítima havendo em cerca de 10 deles exploração que buscava origens em profundidade do ocorrido e resultando em poucas recomendações de prevenção, geralmente de natureza pontual e localizada.

Os resultados sugerem, portanto, que as práticas de segurança adotadas no sistema são marcadas por viés burocrático, de mero cumprimento de formalidade prescrita em lei. Merecendo assim serem descritas como equivalentes de perdas de oportunidade de aprendizagem organizacional. Essa compreensão parece corroborada pela ausência de referências a esse conceito nos documentos oficiais coletados para o estudo.

Tal situação parece refletir em grande parte um baixo grau de maturidade de práticas de gestão de segurança no setor saúde. Vale estranhar que esse achado se refere a um hospital universitário de cidade do interior do estado mais desenvolvido do país e onde há alguns anos existe oferta de treinamentos, disciplinas de pós graduação e outras iniciativas de produção e disseminação de conhecimentos sobre concepções de acidentes com críticas tanto às práticas de atribuição de culpa às vítimas como à chamada abordagem tradicional de acidentes. Isso revela que não há articulação ou apropriação do conhecimento desenvolvido na academia e os setores desta instituição, ou se há o conhecimento, não é colocado em prática.

Este estudo é finalizado esperando que os achados aqui discutidos orientem a implantação de novas práticas de análise de acidentes no sistema e em outros do mesmo ramo de atividade estimulando o a implantação e o fortalecimento de cultura de segurança e de práticas de aprendizagem organizacional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quando o projeto para esse dissertação foi escrito não poderíamos imaginar o percurso que de fato teríamos que percorrer para alcançar os objetivos propostos. Nesse momento apresentamos as limitações, dificuldades e expectativas referentes à temática desse estudo.

Um dos anseios da pesquisa era que tivéssemos acesso, além dos registros de acidentes de trabalho, também às notificações de incidentes. Após identificar as instâncias responsáveis pela guarda das notificações e conversar com os responsáveis descobrimos que não existiam incidentes registrados, portanto, eles não seriam dados possíveis de serem coletados.

A coleta de dados se prolongou por quase um ano devido ao volume de documentos para serem analisados. Por se tratarem de documentos que não poderiam deixar as dependências do local de sua guarda a coleta era feita in loco em horário comercial. Durante esse processo foi constatada a falta de documentos formais descrevendo fluxo das análises, assim estava revelada a necessidade das entrevistas.

Com o banco de dados finalizado verificamos a possibilidade de inúmeras maneiras de expor os dados. Após a qualificação decidimos pela re-análise que foi apresentada e também pela separação dos dados segundo a fonte de registro. Passados ainda por mais alguns dilemas como a mudança de título, a identificação ou não da instituição e a falta de financiamento para pesquisa.

Devido ao fato desse estudo retratar realidade da instituição antes de sua autarquização uma expectativa é do estímulo ao surgimento de novos estudos abordando esse mesmo tema que retratem a realidade atual desse mesmo hospital com relação aos acidentes de trabalho.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, C. Atividade de risco: 5 milhões de trabalhadores se acidentaram em um ano, diz IBGE. **O Globo**, Rio de Janeiro, 21 jun. 2015a. Disponível em: <<http://oglobo.globo.com/economia/atividade-de-risco-5-milhoes-de-trabalhadores-se-acidentaram-em-um-ano-diz-ibge-16509336>>. Acesso em: 12 ago. 2015.
- ALMEIDA, C. Acidente mata um trabalhador a cada três horas no Brasil. **O Globo**, Rio de Janeiro, 21 jun. 2015b. Disponível em: <<http://oglobo.globo.com/economia/acidente-mata-um-trabalhador-cada-tres-horas-no-brasil-16508980>>. Acesso em: 12 ago. 2015.
- ALMEIDA, I. M. Trajetória da análise de acidentes: o paradigma tradicional e os primórdios da ampliação da análise. **Interface (Botucatu)**, v. 18, n. 9, p. 185-202, 2006.
- ALMEIDA, I. M. et al. (Org.). **Modelo de análise e prevenção de acidente de trabalho-MAPA**. Piracicaba: CEREST Piracicaba, 2010. p. 1-52.
- AMALBERTI, R. **La conduite des systèmes à risque**. Paris: Press Universitaires de France, 1996.
- ANDERSEM, H. B. et al. Perspectives on healthcare safety and quality: selected papers from the 2nd Nordic Conference on Research in Patient Safety and Quality in Healthcare. **Cogn. Tech. Work**, v. 17, p. 1-3, 2015.
- ANTONELLO, C. S.; GODOY, A. S. A encruzilhada da aprendizagem organizacional: uma visão multiparadigmática. **RAC**, v. 14, n. 2, p. 310-332, 2010.
- AQUINO, E. M. L.; ARAÚJO, M. J.; MENEZES, G. M. Saúde e trabalho de mulheres profissionais de enfermagem em um hospital público de Salvador, Bahia. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 46, n. 3-4, p. 245-257, 1993.
- AREOSA, J. **O lado obscuro dos acidentes de trabalho**: um estudo de caso no setor ferroviário. Vila Nova de Famalicão: Húmus, 2013. (Coleção debater o social, n. 18).
- ARGYRIS, M.; SCHÖN, D. **Theory in practice**: increasing professional effectiveness. San Francisco: Jossey-Bass, 1974.
- BALSAMO, A. C.; FELLI, V. E. A. Estudo sobre os acidentes de trabalho com exposição aos líquidos corporais humanos em trabalhadores da saúde de um hospital universitário. **Rev. Latino-am. Enferm.**, v. 14, n. 3, p. 346-353, 2006.
- BARNETSOM, B. et al. Bloody Lucky: the careless worker myth in Alberta, Canada. **Int. J. Occup. Environ. Health**, v. 18, n. 2, p. 135-146, 2012.
- BASTOS, J. L.D.; DUQUIA, R. P. Um dos delineamentos mais empregados em epidemiologia: estudo transversal. **Sci. Med.**, v. 17, n. 4, p. 229-232, 2007.

BESNARD, D.; ROBSON, R. **Overlooking causes in healthcare accident investigation**. Choosing the analysis is choosing the results. CRC working paper, 2010. Disponível em: <<https://hal.inria.fr/file/index/docid/505546/filename/Besnard-Robson-v7-working-paper.pdf>>. Acesso em: 12 ago. 2015.

BRASIL. Ministério da Previdência. **Lei nº 8.213, artigo nº19 de 24 de julho de 1991**. Dispõe sobre os planos de benefícios da previdência social e dá outras providências. Brasília, 1991. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8213cons.htm>. Acesso em: 20 ago. 2014.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Secretaria de Inspeção do Trabalho. Departamento de Segurança e Saúde no Trabalho. **Guia de análise acidentes de trabalho**. Brasília, 2010. 71 p.

BRASIL. Anuário Brasileiro de Proteção 2013. Estatísticas de acidentes Brasil. **Rev. Proteção**, 2013. Disponível em: <<http://www.protecao.com.br/materias/anuario-brasileiro-de-protecao-2013/brasil/J9y4Jj>>. Acesso em: 10 dez. 2014.

BRASIL. Ministério da Previdência Social. **AEPS 2013** – Seção IV – Acidentes do Trabalho. Disponível em: <<http://www.previdencia.gov.br/aeps-2013-secao-iv-acidentes-do-trabalho/>>. Acesso em: 04 mar. 2015.

CARAYON, P. et al. Human factors systems approach to healthcare quality and patient safety. **Appl. Ergon.**, v. 45, p. 14-25, 2014.

CARVALHO, L. S. F. et al. Afastamento de trabalhadores de enfermagem. **Cienc. Cuid. Saude**, v. 9, n. 1, p. 60-66, 2010.

COOKE, D. L. et al. Learning from incidents: from normal accidents to high reliability. **Syst. Dyn. Rev.**, v. 22, n. 3, p. 213-239, 2006.

DEKKER, S. Reconstructing human contributions to accidents: the new view on error and performance. **J. Safety Res.**, v. 33, p. 371-385, 2002.

DEKKER, S. Accidents are normal and human error does not exist: a new look at the creation of occupational safety. **Int. J. Occup. Safety Ergon.**, v. 9, n. 2, p. 211- 218, 2003.

DEKKER, S. The criminalization of human error in aviation and healthcare: a review. **Safety Sci.**, v. 49, p. 121-127, 2010.

DEKKER, S. **Patient safety**: a human factors approach. Boca Raton: CRC Press, Taylor & Francis, 2011.

DEKKER, S. et al. The complexity of failure: Implications of complexity theory for safety investigations. **Safety Sci.**, v. 49, p. 939-945, 2011. doi:10.1016/j.ssci.2011.01.008.

DEKKER, S. et al. The systems approach to medicine: controversy and misconceptions. **BMJ Qual Saf.**, v. 24, n. 1, p. 7-9, 2015.

DECHY, N.; ROUSSEAU, M. J.; JEFFROY, F. **Learning lessons from accidents with a human and organizational factors perspective**: deficiencies and failures of operating experience feedback systems. Eurofase, 2011. 15 p. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/233997934_Learning_lessons_from_accidents_with_a_human_and_organisational_factors_perspective_deficiencies_and_failures_of_operating_experience_feedback_systems>. Acesso em: 04 mar. 2015.

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU. Superintendência. Portaria SHCFMB 113 de 28 de julho de 2014. Designa membros para compor Comissão Gestora Multidisciplinar para Redução de Riscos de Acidentes com Materiais Perfurocortantes. **Diário Oficial do Estado de São Paulo**, Poder Executivo, São Paulo, 30 jul. 2014. Seção 1, p. 64.

DIEN, Y.; DECHY, N.; GUILLAUME, E. Accident investigation: from searching direct causes to finding in-depth causes. Problem of analysis or/and of analyst ?. In: DECHY, N.; COJAZZI, G. G. M. ESReDA Seminar, 33., 2007, Ispra, Italy. **Proceedings...** Luxembourg: European Communities, 2007. p.16. Disponível em: <<https://hal.archives-ouvertes.fr/ineris-00976201/document>>. Acesso em: 14 mar. 2014.

DINIZ, E. P. H.; ASSUNÇÃO, A. A.; LIMA, F. P. A. Prevenção de acidentes: o reconhecimento das estratégias operatórias dos motociclistas profissionais como base para a negociação de acordo coletivo. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 10, n. 4, p. 905-916, 2005.

DRUPSTEEN, L. et al. Critical steps in learning from incidents. **Int. J. Occup. Safety Ergon.**, v. 19, n. 1, p. 63-77, 2013.

DRUPSTEEN, L. et al. Why do organizations not learn from incidents? Bottlenecks, causes and conditions for a failure to effectively learn. **Accid. Anal. Prev.**, v. 72, p. 351-358, 2014.

ELIAS, M. A.; NAVARRO, V. L. A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola. **Rev. Latino-am. Enferm.**, v. 14, n. 4, p. 517-525, 2006.

FONTANA, R. T. Humanização no processo de trabalho em enfermagem: uma reflexão. **Rev. Rene**, v. 11, n. 1, p. 200-207, 2010.

FUSCO, S. B. Incidente em central de material e esterilização em hospital. In: ENCONTRO PRESENCIAL - SAÚDE DO TRABALHADOR DA SAÚDE, 31., 2012, Botucatu. **Anais...** Botucatu, 2012. Disponível em: <<http://www.moodle.fmb.unesp.br/mod/resource/view.php?id=6400>>. Acesso em: 10 mar. 2014.

GALISON, P. et al. An accident of history. In: GALISON, P.; ROLAND, A. (Ed.). **Atmospheric flight in the twentieth**. Dordrecht: Kluwer Academic, 2000. p. 3-44.

- GODOY, A. S.; CALDEIRA, A. O processo de análise do ambiente e sua relação com a aprendizagem organizacional: um estudo de caso. **REAd**, v. 73, n. 3, p. 779-812, 2012.
- GRUBE, L. A. Learning from healthcare errors: effective reporting systems. **J. Healthc. Qual.**, v. 23, n. 1, p. 25-29, 2001.
- HALE, A. R. et al. Modeling accidents for prioritizing prevention. **Reliab. Eng. Syst. Safety**, v. 92, n. 12, p. 1701-1715, 2007.
- HARADA, M. J. C. S. et al. **O erro humano e a segurança do paciente**. São Paulo: Atheneu, 2006.
- HOLLNAGEL, E. Modelo de acidentes e análise de acidente. In: ALMEIDA, I. M. (Org.). **Caminhos das análises de acidentes**. Brasília: Ministério do Trabalho e Emprego, 2003. p. 99-105.
- INTERNATIONAL CIVIL AVIATION ORGANIZATION. **Human factors guidelines for aircraft maintenance manual (Doc 9824)**. Montreal, 2003. Disponível em: <<http://www.icao.int/ANB/humanfactors/Documents.html>>. Acesso em: jan. 2016.
- PATIRE, D. Hospital das Clínicas de Botucatu é autarquia. **Unesp Informa**, v.2, n. 16, 2011. Disponível em: <http://www.unesp.br/aci_ses/unespinforma/acervo/16/hospital-das-clinicas-e-autarquia>. Acesso em: jan. 2016.
- KOORNNEEF, F.; HALE, S. R. **How organisations may learn from operational surprises**. Delft: Delft University of Technology, Faculty of Technology, Policy & Management - Safety Science Group, 2000.
- LOURENÇO, E. A. S.; BERTANI, I. F. Saúde do trabalhador no SUS: desafios e perspectivas frente à precarização do trabalho. **Rev. Bras. Saúde Ocup.**, v. 32, n. 115, p. 121-134, 2007.
- LLORY, M. **L'accident de la centrale nucléaire de Three Mile Island**. Paris: L'Harmattan, 1999.
- LLORY, M.; MONTMAYEUL, R. **O acidente e a organização**. Belo Horizonte: Fabrefactum, 2014. (Série confiabilidade humana).
- LEVESON, N. Applying systems thinking to analyze and learn from events. **Safety Sci.**, v. 49, p. 55-64, 2011.
- MACHADO, J. H.; ASSUNÇÃO, A. Á. (Org.). **Panorama da saúde dos trabalhadores**. Belo Horizonte: UFMG, Faculdade de Medicina, 2012. p. 164.
- MAHAJAN, R. P. Critical incident reporting and learning. **Br. J. Anaesth.**, v. 105, n. 1, p. 69-75, 2010.

- MASSOCO, D. B. **Uso da metodologia árvore de causas na investigação de acidente rural**. 2008. 82 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2008.
- MAURO, M. Y. C. et al. Condições de trabalho da enfermagem nas enfermarias de um hospital universitário. **Esc. Anna Nery**, v. 14, n. 1, p. 13-18, 2010.
- MICHAEL, B.; ARTHUR, S. Application of the Loughborough Construction 2012. Accident causation model: a framework for organizational learning. **Constr. Manag. Econ.**, v. 31, n. 6, p. 580-595, 2013.
- MINAYO, G. C.; COSTA, T. S. M. F. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. **Cad. Saúde Pública**, v. 13, supl. 2, p. 21-32, 1997.
- MENDES, J. M. R.; WÜNSCH, S. D. Elementos para uma nova cultura em segurança e saúde no trabalho. **Rev. Bras. Saúde Ocup.**, v. 32, n. 115, p. 153-163, 2007.
- MONTEAU, M.; FAVARO, M. **Bilan des méthodes d'analyse a priori des risques**. 1. Des contrôles à l'ergonomie des systèmes. 1990. p. 91-122. (Cahiers de Notes Documentaires, 138).
- NEMETH, C. P. et al. Laying traps. How infusion device interface design contributes to adverse events. **Anesthesiology**, v. 101, p. A1296, 2004.
- NEMETH, C. P. et al. Learning from investigation: experience with understanding healthcare adverse events. **Proc. Hum. Factors Ergon. Soc. Annu. Meet.**, v. 50, p. 914-917, 2006.
- NEVES, H. C. C. et al. Segurança dos trabalhadores de enfermagem e fatores determinantes para adesão aos equipamentos de proteção individual. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, v. 19, n. 2, p. 354-361, 2011.
- OLIVEIRA, J. C. Segurança e saúde no trabalho: uma questão mal compreendida. **São Paulo Perspect.**, v. 17, n. 2, p. 3-12, 2003.
- OLIVEIRA, A. C.; GONÇALVES, J. A. Acidente ocupacional por material perfurocortante entre profissionais de saúde de um centro cirúrgico. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 44, n. 2, p. 482-487, 2010.
- OIT. **Um trabalhador morre a cada 15 segundos por acidentes ou doenças relacionadas ao trabalho**. 2013. Disponível em: <<http://www.onu.org.br/oit-um-trabalhador-morre-a-cada-15-segundos-por-acidentes-ou-doencas-relacionadas-ao-trabalho/>>. Acesso em: 10 dez. 2014.
- OTERO, J. J. G. **Riesgos del trabajo del personal sanitario**. Madrid: Interamericana – McGraw-Hill, 1993. p. 539.
- PARENTE, L. Conceitos de mudança e aprendizagem organizacional contributos para a análise da produção de saberes. **Sociol. Probl. Prat.**, n. 50, p. 89-108, 2006.

PROBST, E. R.; RAMOS, P. **A evolução da mulher no mercado de trabalho**. 2015. Disponível em: <<http://www.posuniasselvi.com.br/artigos/rev02-05.pdf>>. Acesso em: 23 dez. 2015.

O QUADRO da insegurança no trabalho. **O Globo**, Rio de Janeiro, 21 jun. 2015. Disponível em: <<http://infograficos.oglobo.globo.com/economia/o-quadro-da-inseguranca-no-trabalho.html>>. Acesso em: 12 ago. 2015.

REASON, J. Human error: models and management. **Br. Med. J.**, v. 320, n. 18, p. 768-770, 2000.

REASON, J.; HOBBS, A. **Managing maintenance error**: a practical guide. Hampshire: Ashgate, 2003.

READ, G. J. M. et al. Sounding the warning bells: the need for a systems approach to understanding behaviour at rail level crossings. **Appl. Ergon.**, v. 44, n. 5, p. 764-774, 2013.

SHARMA, D. C. Bhopal study represents “missed opportunity”. **Lancet**, v. 382, n. 9908, p. 1870, 2013.

SHERIDAN, T. B.; NADLER, E. D. **A review of human-automation interaction failures and lessons learned**. NASA Airspace Systems Program. 2006. Disponível em: <<http://www.volpe.dot.gov/hf/pubs.html>>. Acesso em: 12 mar. 2015.

SÃO PAULO. Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo. **Lei complementar nº 1.124, de 1º de julho de 2010**. Disponível em: <<http://www.al.sp.gov.br/norma/?numero=1124&tipo=lei20complementar&ano=2010>>. Acesso em: 12 mar. 2015.

SILVA, J. R. S.; ALMEIDA, C. D.; GUINDANI, J. F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Rev. Bras. Hist. Ciênc. Soc.**, v. 1, n. 1, p. 1-15, 2009. Disponível em: <www.rbhcs.com>. Acesso em: 25 maio 2013.

SILVA, T. R. et al. Acidente com material perfurocortante entre profissionais de enfermagem de um hospital universitário. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 31, n. 4, p. 615-622, 2010.

SIMÃO, S. A. F. et al. Acidentes de trabalho com material perfurocortante envolvendo profissionais de enfermagem de unidade de emergência hospitalar. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 18, n. 3, p. 400-404, 2010.

SINDICATO NACIONAL DOS AUDITORES FISCAIS DO TRABALHO. **Divulgados números de acidentes de trabalho em 2012 no Anuário Estatístico da Previdência Social**. 2013. Disponível em: <<https://www.sinait.org.br/?r=site/noticiaView&id=8346>>. Acesso em: 04 mar. 2015.

SOUZA, Y. S. Organizações de aprendizagem ou aprendizagem organizacional. **RAE-Eletrônica**, v. 3, n. 1, p. 1-16, 2004.

STORSETH, F.; TINMANN SVIK, R. K. The critical re-action: learning from accidents. **Safety Sci.**, v. 50, p. 1977-1982, 2012.

SUJAN, M. A. et al. Should healthcare providers do safety cases? Lessons from a cross-industry review of safety case practice. **Safety Sci.**, v. 84, p. 181-189, 2016.

TUMOLO, L. M. S.; TUMOLO, P. S. A vivência do desemprego: um estudo crítico do significado do desemprego no capitalismo. **Trab. Educ. Saúde**, v. 2, n. 2, p. 327-344, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v2n2/07.pdf> . Acesso em: 18 mar. 2014.

VIEIRA, M.; PADILHA, M. I.; PINHEIRO, R. D. C. Análise dos acidentes com material biológico em trabalhadores da saúde. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, v. 19, n. 2, [08 telas]. Disponível em: <www.eerp.usp.br/rlae>. Acesso em: 05 dez. 2015.

VINCENT, C. **Segurança do paciente**: orientações para evitar eventos adversos. São Caetano do Sul, SP: Yendis, 2012.

VILELA, R. A. G.; IGUTI, A. M.; ALMEIDA, I. M. Culpa da vítima: um modelo para perpetuar a impunidade nos acidentes de trabalho. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 2, p. 570-579, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Draft guidelines for adverse events reporting and learning systems**. Geneva, 2005.

WISNER, A. O trabalhador diante dos sistemas complexos e perigosos. In: _____. **A inteligência no trabalho**. São Paulo: Ministério do Trabalho, Fundacentro, Ed. UNESP, 1994. p. 53-70.

WOODS, D.; COOK, R. I. Nine steps to move forward from error. **Cogn. Technol. Work**, v. 4, p. 137-144, 2002.

WOODS, D. et al. **Behind the human error**. 2. ed. Surrey: Ashgate, 2010.

ANEXOS

Anexo 1 – Análise de AT registrado no SESMT da FAMESP.

PREENCHIDO DESEM REGISTRO	1. COMUNICAÇÃO DO ACIDENTE	
	NOME: _____ DATA DA OCORRÊNCIA: _____ LOCAL DO ACIDENTE: _____ BREVE RELATO: <i>dedo 1º polegar da mão esquerda</i> TESTEMUNHAS: _____ SUPERVISOR: _____	SETOR: _____ SETOR: _____ SETOR: _____ CARGO DE TRABALHO: _____
PREENCHIDO PELA SEGURANÇA	2. OUTRAS INFORMAÇÕES	
	☐ COM AFASTAMENTO ☒ SEM AFASTAMENTO DATA DO AFASTAMENTO: _____ DIAS PERDIDOS: _____ FUNÇÃO: <i>Serviço de enfermagem</i> TRABALHO DE FOTIA OU ESPECIAL? <i>retina</i> IDADE: <i>31</i> HORÁRIO DE TRABALHO: <i>07:00 às 12:00</i> TRABALHO QUE EXECUTAVA: <i>medicação na paciente</i> AGENTE CAUSADOR: <i>agulha de insulina</i> TIPO DE ACIDENTE: <i>trauma - perfuração</i>	☐ COM DANOS MATERIAIS ☐ SEM DANOS MATERIAIS DATA DA ALTA: _____ DIAS DEBITADOS: _____ TEMPO NA EMPRESA: <i>24</i> TEMPO NA FUNÇÃO: <i>mesmo</i> POSSUIA TREINAMENTO? <i>Sim</i> N.º DE DEPENDENTES: <i>02</i> ESCOLARIDADE: <i>Completa</i> EM HORAS EXTRAS: _____
PREENCHIDO POR QUEM ANALISA O ACIDENTE	3. DESCRIÇÃO DO ACIDENTE	
	<i> Ao fazer a medicação na paciente, perfurou o dedo polegar da mão esquerda com agulha de insulina.</i>	
	4. CAUSA APURADA	
	<i> Ao fazer a medicação, o equipamento (agulha) nel- tra de forma brusca de sua mão sendo lhe atingi- do o dedo. A empregada não utilizava luva de procedimento.</i>	
	5. MEDIDAS PROPOSTAS	
	<i> Orientado a empregada a tomar maior cuidado e atenção com os trabalhos de retina; sem usar a utilização do luva de procedimento.</i>	
DATA: <i>14/10/2012</i>		
NOME: _____ CARGO: _____	NOME: _____ CARGO: _____	NOME: _____ CARGO: _____

Anexo 2 – Análise de acidente realizada pela CIPA e registrada no RH da instituição de ensino (FMB- UNESP) vinculada ao hospital.

CIPA – COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES

RELAÇÃO DE Remessa de Processos de Acidentes de Trabalho

_____, ____ / ____ / ____

1. Objetivo: Verificar e certificar como são realizadas as atividades, espaço físico correlacionado com a ocorrência e registro de acidente do trabalho envolvendo a funcionária _____ Matricula _____.

2. Descrição:

1. As atividades principais consistem em transportar materiais para análise nos Laboratórios e atendimentos aos pacientes, no dia da ocorrência voltava da sala de medicação para a sala de encaminhamento com alguns materiais nas mãos e pisou em falso vindo a torcer o pé direito, porém, não foi constatada nenhuma irregularidade no piso, usava calçado de segurança de pvc tipo tamanco hospitalar Marca "Labnews" fornecido pelo o Hospital, este calçado contém pigmento interno que proporciona certo incômodo nos pés e o salto não demonstra estabilidade para o usuário andar seguro o que provavelmente tenha contribuído para a respectiva ocorrência.

3. Causas:

- 1) Cansaço físico devido às muitas andanças durante a jornada de trabalho;
- 2) Transportes de materiais nas mãos que pode levar ao descuido na postura correta para andar;
- 3) Desconforto causado pelo tamanco hospitalar com pigmento interno, salto sem estabilidade e falta de flexibilidade no referido calçado.

4. Recomendação:

- 1) Revezar o transporte de materiais de maneira a amenizar o cansaço físico dos trabalhadores;
- 2) Transportar o mínimo possível de materiais tipo caixas ou pacotes nas mãos;
- 3) Pesquisar no mercado outro modelo de calçado que atenda a necessidade oferecendo conforto e segurança.

Anexo 3 – Entrevista padrão realizada pela CIPA com funcionários que sofreram AT e são registrados no RH (vinculados diretamente ao hospital ou a instituição de ensino).

CIPA - COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES DO TRABALHO

ANÁLISE DE ACIDENTE DO TRABALHO
Processo nº _____

Nome do cipeiro: _____ Data da análise: 09/12/10

Referente ao ocorrido: _____

Servidor: _____
 Data do AT: 25/03/10 Horário: 12:30
 Horário de trabalho que cumpria no dia do AT: 8:00 as 17:00
 Local de trabalho atual: VTE Central
 Função atual: Encaminhamento de materiais
 Tempo na função na data do AT: 03 anos
 Houve afastamento: sim se sim qtos dias? 05 dias

Qual sua rotina de serviço qdo da ocorrência do AT?
Preparo de materiais e encaminhamento para o C.M.E.

Descreva com suas palavras como ocorreu o AT.
Voltava da sala de medicação para sala de encaminhamento após guardar material quando escorregou e torceu o D, usava somente calçado com indicação hospitalar (de borracha)
 O que você acha que causou o AT, e que medidas você proporia para a prevenção de AT semelhantes?
O chão lizo e a correria das tarefas e realizar rotina pois havia apenas 01 funcionária nesta função na época, sem sugestões.

Parecer do cipeiro e, se houver, medidas de prevenção de Acidentes do Trabalho a serem tomadas
Acidente de trabalho: difícil sugestão para funcionários já estão com calçado adequado (borracha) se o chão não é encerado.

Ciente _____

Servidor (nome e data) _____

Cipeiro _____

Análise de Acidente do Trabalho apresentada por _____

APÊNDICES

Apêndice 1 – Roteiro de questões para entrevista:

- Iniciais do funcionário: _____
 - Cargo: _____
 - Formação: _____
 - Tempo de trabalho no serviço: _____
 - Trabalhou em área relacionada anteriormente: () NÃO () SIM- Qual e por quanto tempo? _____
-
- 1- Por favor, fale livremente sobre quando e como se deu a criação desse serviço?
 - 2- A criação visa ao cumprimento ou atendimento de normas legais vigentes?
 - 3- Na sua opinião, quais as principais razões ou problemas que influenciaram o processo de criação?
 - 4- Quais as pessoas que mais contribuíram nesse processo? Como elas contribuíram?
 - 5- Quais as principais dificuldades e vitórias que você destacaria no funcionamento do serviço até hoje.
 - 6- E atualmente. Como você vê o serviço? Ele já está estruturado? Enfrenta problemas ou oferece algum tipo de contribuições que vc gostaria de destacar?
 - 7- A equipe existente atende às demandas?
 - 8- Por fim, gostaria de perguntar algo diretamente relacionado à noção de *aprendizagem organizacional*, aqui entendida como a utilização pela organização de algumas práticas como a da análise de acidentes, incidentes, eventos adversos para melhor conhecimento do funcionamento do sistema em questão e estímulos a mudanças visando ao seu aperfeiçoamento. Até que ponto, na situação atual do HC, já existem práticas sistematizadas nesse sentido. Vocês podem dar alguns exemplos?

Apêndice 2 – Ficha de extração de dados:

Tipo de documento: _____

1-DATA: _____

2-LOCAL: _____

3-Descrição do acidente: (descreve tarefas, variabilidades, materiais, condutas, aspectos contributivos etc para a ocorrência? Usa adjetivos que sugiram atribuição de culpa? Explica o evento como fenômeno “individual” ou sistêmico?)

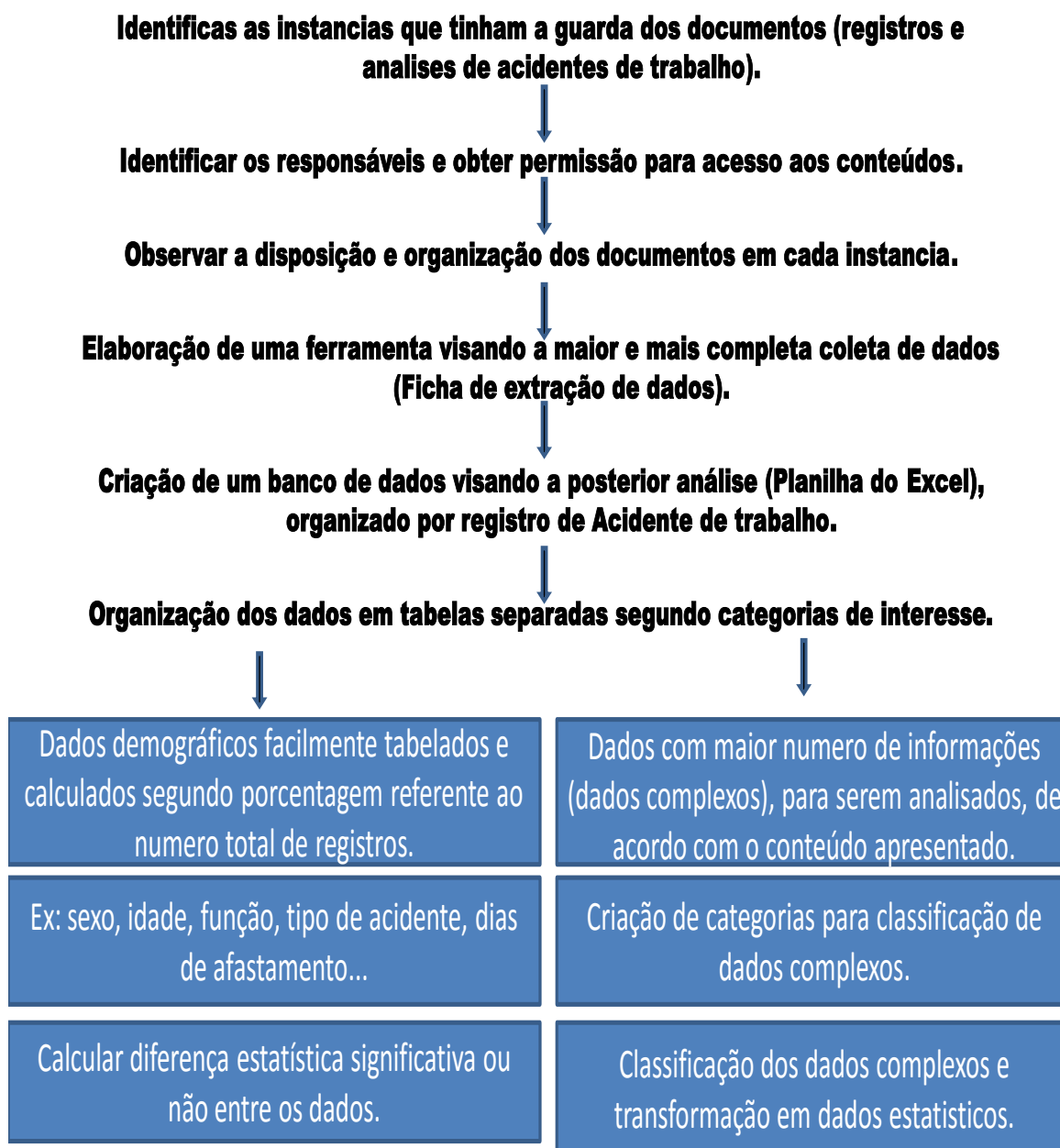
4-Possui análise de Barreiras? ()SIM ()NÃO

5-Conclusões: (especifica causa ou causas prováveis do evento? Produto de erro humano? De rede de múltiplos fatores em interação)

6-Recomendações: (sugere correção pontual de um componente ou medidas de alcance sistêmico)

7-Abordagem: ()Comportamentalista Tradicional ()Sistêmica

Apêndice 3 – Fluxograma ilustrativo de parte do percurso metodológico.



Apêndice 4 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável.

Em caso de recusa você não será penalizado(a) de forma alguma.

Caso concorde suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, o seu nome não será divulgado em nenhum momento ou fase do estudo.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título do Projeto: Acidentes e incidentes como oportunidades para aprendizagem organizacional em serviço de saúde

Pesquisador Responsável: Tayla Borges Soares.

Orientador: Ildeberto Muniz de Almeida

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, analítico, retrospectivo com abordagem qualitativa. Será desenvolvido no [REDACTED]. O objetivo desta pesquisa é reconstruir principais aspectos da história do SESMT visando identificar as concepções de segurança no trabalho. Para tal serão analisados documentos e registros do hospital assim como entrevistas com chefias e trabalhadores de serviços selecionados. Após o término da pesquisa o conteúdo gravado nas entrevistas será destruído.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FMB, parecer nº 264.127 datado de 06/05/2013.

Atenciosamente;

Tayla Borges Soares

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO COMO SUJEITO

Eu, _____ concordo em participar do estudo: Acidentes e incidentes como oportunidades para aprendizagem organizacional em serviço de saúde; como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido pelo pesquisador sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido o sigilo das informações e que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve à qualquer penalidade.

Data: ____/____/____/

Assinatura do sujeito: _____

Assinatura do responsável: _____

Tayla Borges Soares- Email: taylaborges@hotmail.com

Endereço: Rubião Junior, s/nº, Faculdade de Medicina de Botucatu, Deptº de Saúde Pública – prédio anexo Verde, 2º andar. Botucatu-SP

Qualquer dúvida adicional, você poderá entrar em contato com o **Comitê de Ética em Pesquisa** da Faculdade de Medicina de Botucatu-UNESP, através do telefone (14) 3880-1608 ou 3380-1609.