

Quando o lugar da cura também causa danos: riscos e acidentes de trabalho num hospital de Lisboa

Tânia Mendes e João Areosa

¹Enfermeira. Mestre em Gestão de Serviços de Enfermagem pela Universidade Católica Portuguesa. tcrmenes@gmail.com; ²Investigador integrado no Centro de Interdisciplinar em Ciências Sociais (CICS.NOVA) da Universidade Nova de Lisboa. Docente no Instituto Superior de Línguas e Administração (ISLA). joao.s.areosa@gmail.com.

Resumo: A análise dos acidentes de trabalho permite criar estratégias de prevenção para este tipo de eventos, dado que possibilita a melhoria das condições de trabalho dos profissionais e, por consequência, a melhoria na prestação de cuidados aos doentes. O presente estudo, realizado numa instituição hospitalar de Lisboa, teve como objetivo fazer a caracterização e análise dos acidentes de trabalho ocorridos com profissionais de saúde. A recolha de dados foi feita a partir da informação presente nos questionários epidemiológicos de caracterização dos acidentes de trabalho aplicados no Serviço de Saúde Ocupacional do hospital pesquisado. Estes dados foram editados em programa estatístico SPSS e usou-se a estatística descritiva na sua análise. Verificou-se que os enfermeiros são a classe profissional que regista maior número de acidentes, sendo os profissionais que desempenham funções há mais de 10 anos o grupo com maior incidência. Os acidentes de trabalho com profissionais de saúde ocorrem mais frequentemente nos serviços de internamento, durante a manhã, nomeadamente no período entre as 8 horas e as 12 horas. Os traumatismos são o tipo de acidente mais frequente, seguido das picadas de agulha. Dentro dos traumatismos, as lombalgias são o tipo de lesão mais recorrente, principalmente entre assistentes operacionais e enfermeiros.

Palavras-chave: Acidentes de trabalho, riscos, profissionais de saúde, traumatismos, picadas de agulha.

When the place of cure also cause damage: risks and work accidents in a Lisbon hospital

Abstract: The analysis of work accidents creates strategies to prevent this kind of event once it allows the improvement of professionals' working conditions and therefore improves the patient's health cares. The purpose of this study performed in a Lisbon hospital is to describe and analyze the work accidents with health professionals. The research was made from the information given by the epidemiological questionnaires of work accidents applied in the occupational health of the studied hospital. These data were edited into SPSS and used descriptive statistics in the analysis. It was found that nurses are the health professional class who has more work accidents, in particular those who have that job for over 10 years. Work accidents with health professionals most often occur in inpatient services during the morning shift, particularly in the period between 8 am and 12 noon. Trauma injuries are the most frequent type of accident, followed by needle sticks. Within the trauma, low back pain is the most usual type of injury, especially among operating assistants and nurses.

Keywords: Accidents at work, risks, occupational health, injuries, needle sticks.

1. Introdução

Ao longo dos últimos anos têm-se observado inúmeras alterações no funcionamento das organizações e dos seus processos de trabalho. Existe maior exigência no que respeita à produtividade, flexibilidade e redução de custos e, simultaneamente, uma maior exigência por parte dos consumidores. Este processo nem sempre é acompanhado pela melhoria das condições de trabalho dos profissionais que frequentemente são sujeitos a vários tipos de riscos no meio laboral. De certo modo, podemos afirmar que os riscos ocupacionais são entidades omnipresentes no mundo do trabalho (Areosa, 2010).

Obviamente que o sector da saúde partilha esta mesma a situação. Neste contexto, verifica-se um aumento da exigência e expectativas por parte dos utentes, maior exigência no que respeita à formação e conhecimentos por parte dos profissionais e, em questões de ordem económica, com o alegado agravamento da sustentabilidade dos sistemas de saúde, existe uma maior *lógica de racionalização* de recursos (Carapinheiro, 1993). Os profissionais de saúde trabalham, frequentemente, com horários prolongados e em condições precárias, com dotações mínimas por serviço. Estas condições são geradoras de *stress* conduzindo, muitas vezes, a um deficiente desempenho profissional, aumentando as probabilidades de erro e a ocorrência de acidentes.

Em Portugal, de acordo com dados da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), os hospitais são as instituições onde ocorrem maior número de acidentes de trabalho registados. Ainda segundo o relatório da ACSS, em 2007 o número de acidentes de trabalho ocorridos nas instituições de saúde tem vindo a aumentar, sendo o hospital a instituição que apresentou a taxa média de crescimento anual mais elevada. Os profissionais de saúde, pela especificidade das suas funções, estão sujeitos a inúmeros riscos nos seus locais de trabalho. O trabalho em ambiente hospitalar é suscetível de causar danos para a saúde tanto pela ocorrência de acidentes e doenças profissionais de matriz etiológica multifatorial, como pela exposição frequente a situações de *stress* e de fadiga física e mental (Uva & Faria., 1992).

Para além do impacto causado pelos acidentes de trabalho e doenças profissionais ao nível da saúde dos indivíduos e suas famílias, o impacto causado em termos económicos numa organização e, eventualmente, na economia do país deverá ser considerado. Assim, as consequências dos acidentes de trabalho refletem-se nos custos para as famílias e para as empresas, nomeadamente, em dias de absentismo, pagamento de indemnizações, pensões de invalidez, entre outros. Um maior investimento na prevenção de acidentes de trabalho e doenças profissionais permite a redução dos custos económicos a médio e longo prazo, contribuindo também para a melhoria do desempenho de uma organização, tanto ao nível da produção, como da qualidade do trabalho desenvolvido.

2. Riscos ocupacionais: a inevitável origem dos acidentes de trabalho

Os trabalhadores hospitalares são expostos quotidianamente a um variado leque de perigos no seu local de trabalho, consoante as funções que desempenham e o ambiente em que estão inseridos. Estes perigos laborais dão origem aos vários tipos de riscos (sejam biológicos, físicos, químicos, ergonómicos¹ ou psicossociais) que contribuem para

¹ O termo *riscos ergonómicos* não é de utilização consensual na literatura. Sempre que esta nomenclatura surgir no texto, o leitor pode interpretá-la como “inadequações ergonómicas” ou “lesões músculo-esqueléticas relacionadas ao trabalho” (LMERT).

a ocorrência dos acidentes de trabalho (Areosa, 2009 e 2012a). O conceito de risco encontra-se associado à probabilidade de ocorrência de certos eventos que se encontram diretamente relacionados com a magnitude das suas consequências (Soares, 2005). Apesar de Granjo (2006) partilhar esta opinião, ao afirmar que o conceito de risco é inseparável do cálculo de probabilidades, refere também que a noção probabilística de risco pode criar novos perigos, devido à falsa sensação de controlo sobre o aleatório. O mundo não é um local seguro, pois a incerteza é normalmente maior do que aquilo que supomos. É pertinente lembrar que quando falamos de riscos os resultados nunca estão garantidos à partida (Giddens, 2000).

Tendo em conta que cada indivíduo se encontra sujeito a uma enorme quantidade de riscos no seu quotidiano, a sua análise permite que exista um certo controlo desses mesmos riscos, embora, por vezes, esse controlo seja mais imaginário do que real, pois nunca conseguimos perceber todos os riscos aos quais nos encontramos sujeitos. Deste modo, só é possível analisar os riscos após se ganhar consciência da sua existência. Por outras palavras, as perceções de riscos são uma das formas que permitem a sua identificação e análise (Areosa, 2012b e 2014). A análise dos riscos possibilita identificar vários cenários possíveis para a ocorrência de uma determinada situação, tanto no que respeita a aspetos negativos, como positivos. Carapinheiro e Hespanha (2002) defendem que o risco comporta, de modo geral, um lado positivo – a probabilidade de alcançar as vantagens esperadas – e um lado negativo – a probabilidade de ter que suportar as desvantagens esperadas. Ainda assim, qualquer análise dos riscos é sempre limitada, considerando que não é possível conhecer e controlar todos os riscos aos quais nos encontramos expostos (Douglas & Wildavsky, 1982). De certo modo, podemos conceber os riscos ocupacionais como uma espécie de antecâmara para a ocorrência de acidentes de trabalho (Areosa, 2009).

Já referimos anteriormente que os locais de trabalho surgem como geradores de inúmeros fatores de risco para a saúde dos indivíduos. Alguns deles são, metaforicamente, autênticas *fábricas de riscos* (Areosa, 2011). A análise dos riscos ocupacionais é uma das formas mais eficazes para “*compreender e combater a sinistralidade laboral e doenças profissionais*” (Areosa, 2005) contribuindo, também, para o controlo dos elevados custos sociais e económicos que advêm destas situações. Para além dos riscos ocupacionais existentes no local de trabalho, também a forma como cada indivíduo apreende os riscos a que se encontra sujeito irá determinar a ocorrência de acidentes de trabalho e doenças profissionais, pois esta perceção irá influenciar as suas atitudes e comportamentos no meio laboral. Por outro lado, as perceções de riscos estão diretamente relacionadas com a forma como cada indivíduo representa, classifica e analisa os diversos tipos de ameaça a que se encontra sujeito ou sobre as quais tem conhecimento. Esta perspetiva é partilhada por Duarte e Cunha (2012) quando afirmam que “*a identificação e avaliação dos riscos é mediada por determinantes sociais/culturais e individuais*”. É o conhecimento sobre a realidade envolvente, bem como os princípios culturais, sociais, políticos e ideológicos de cada indivíduo que vão construindo as perceções sobre os riscos aos quais se encontram expostos. O tipo de formação e o contexto onde é exercida a sua atividade profissional são também fatores que determinam a forma como os riscos são compreendidos e interpretados.

Do mesmo modo, o *stress* vivido no local de trabalho e a pressão do grupo influenciam as perceções de riscos; e isto permite que todos os indivíduos sofram influências por parte dos seus colegas, por exemplo, no sentido de assumir riscos que,

eventualmente, de outra forma não aceitariam. Também o facto de se sentirem seguros perante uma exposição prolongada a determinado tipo de risco ocupacional, sem efeitos adversos, contribui para que os indivíduos não valorizem esse fator como um risco para a sua saúde. Este fenómeno é designado na literatura como a “normalização do risco”.² A análise das perceções de riscos dos trabalhadores permite compreender qual é o grau de conhecimento que estes têm sobre os riscos aos quais estão expostos no seu local de trabalho. Assim, torna-se possível tentar antecipar as atitudes e os comportamentos dos trabalhadores face a determinadas situações, embora nem sempre as atitudes sejam predictoras dos comportamentos (Rundmo, 2000).

Apesar de ser importante conhecer a perspetiva dos indivíduos relativamente aos riscos a que estão sujeitos, este tipo de abordagem nem sempre é tido em consideração por parte da gestão de topo das organizações (Duarte & Cunha, 2012). Por vezes, existem falhas na avaliação de ambientes de trabalho por parte de especialistas e a análise das perceções por parte dos trabalhadores pode contribuir para uma melhoria da gestão dos riscos, sabendo que são eles quem desenvolve diariamente a sua atividade no ambiente de trabalho (Areosa, 2014). A segurança das organizações e dos trabalhadores depende do tipo de riscos que surgem nos sistemas, bem como da forma como são detetados e controlados. Quando a gestão promove a segurança no trabalho é provável que os trabalhadores se sintam mais informados e atentos aos riscos do seu local de trabalho.

É hoje facto aceite que os acidentes de trabalho têm múltiplas causas (Jacinto, 2005) e para os prevenir é necessário, não só encontrar as causas imediatas e óbvias, mas torna-se também imprescindível investigar os fatores subjetivos do próprio sistema e da organização de trabalho (Areosa & Dwyer, 2010). Neto (2012) defende que as organizações têm de ser capazes de criar uma rede de conhecimento relativa à sinistralidade laboral, sabendo que os próprios acidentes de trabalho são uma fonte de conhecimento organizacional. Afirmo também que os acidentes de trabalho e as doenças profissionais devem ser analisados e discutidos exaustivamente, de forma a evitar reincidências. Assim, o estudo dos acidentes de trabalho irá fornecer informação acerca das circunstâncias em que estes ocorreram, sobre as causas que os motivaram, assim como sobre as suas consequências permitindo, desta forma, que cada organização/empresa desenvolva estratégias para a sua prevenção. A análise dos acidentes fornece uma base realista, factual e sustentada para justificar investimentos na prevenção.

² *Nos sistemas sociotécnicos complexos há determinados fatores que podem ir incubando durante vários anos até poderem contribuir para determinados tipos de acidentes (Turner, 1978). Certas decisões da gestão de topo podem, posteriormente, originar falhas e acidentes; este aspeto encaixa naquilo que Rasmussen (1997) designa - num sentido mais amplo - como “migração sistémica para o acidente”. De modo similar Dekker (2013) apelida este aspeto como “drift into failure”. A título de exemplo, podemos referir que projetar o sucesso ocorrido no passado e extrapolá-lo para o futuro pode - em organizações complexas e de alto risco - ser perigoso, tendo em conta a elevada dinâmica do mundo atual, os diversos objetivos conflitantes dentro da própria organização, um foco desmesurado no lucro e na produção, bem como as múltiplas incertezas que caracterizam este tipo de sistemas (Perrow, 1999; Areosa, 2016). Aquilo que ontem representou o alegado sucesso das organizações pode, inexplicavelmente, transformar-se no desastre de amanhã. Na verdade, a nossa capacidade para construir sistemas sociotécnicos complexos excede largamente a nossa capacidade para conseguir compreendê-los. Do ponto de vista da segurança isto significa que estes sistemas são sempre bastante arriscados.*

3. Riscos em ambiente hospitalar

Os hospitais podem ser definidos como edifícios muito complexos tanto ao nível da estrutura física como na sua funcionalidade, onde se prestam cuidados de saúde diferenciados, cada vez mais sofisticados tecnologicamente (Campos, 2009). Estas organizações são estruturadas quase exclusivamente em função das necessidades dos utentes e são dotados de sistemas técnicos muito próprios, em que se articulam várias áreas de conhecimentos, desde profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, farmacêuticos, técnicos de diagnóstico e terapêutica), pessoal administrativo, gestores, informáticos, entre outros. Na verdade, podem ser considerados como organizações de alto risco (Areosa, 2012c) e como “instituições totais” (Goffman, 1996). Enquanto espaços de trabalho, proporcionam condições de trabalho precárias, reconhecidamente piores do que as que podem ser observadas em outros sectores de atividade (Uva & Faria, 1992).

Em ambiente hospitalar são identificados riscos de natureza biológica, pelo contacto com doentes, utilização de instrumentos cortantes ou perfurantes eventualmente contaminados e contacto com fluidos orgânicos; riscos de natureza física, como radiações ionizantes e não ionizantes (ex: raios laser, campos eletromagnéticos, radiações ultravioleta), ruído, condições de iluminação desajustadas; riscos de natureza química, pelo manuseamento de produtos químicos perigosos (ex: manuseamento de citostáticos); riscos ergonómicos, pela mobilização de doentes e longos períodos em posição ortostática; riscos inerentes à organização do trabalho (Areosa, 2013), ou seja, o funcionamento dos hospitais durante 24 horas por dia submete os profissionais a um horário rotativo, por turnos que variam entre as 35 e as 42 horas semanais, podendo haver a necessidade de se realizarem turnos de 8, 16 ou mesmo 24 horas consecutivas (Arrabaço, 2008); riscos psicossociais, devido à ocorrência de conflitos dentro da equipa, agressões por parte dos utentes ou familiares, o contacto com doenças graves e morte, a execução de tarefas com elevado grau de exigência, atenção e disponibilidade permanentes (Wilburn *et al.*, 2004).

Em Portugal, ainda existem poucos dados relativos a acidentes de trabalho em profissionais de saúde. Também a nível internacional, de acordo com a OMS, a magnitude dos riscos profissionais no sector da saúde ainda não é bem clara (OIT, 2008). Ainda assim, segundo dados da Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho, em 2007, estima-se que, por ano, no espaço europeu, ocorram 1 milhão de acidentes com picadas de agulha com profissionais de saúde, sendo este um dos acidentes de trabalho com maior incidência no meio hospitalar.

A epidemia da infeção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH) na década de 80 fomentou o interesse pelos riscos biológicos a que os profissionais de saúde estavam sujeitos na prestação direta de cuidados (OIT, 2008; Sarquis *et al.*, 2002), nomeadamente os enfermeiros, pela especificidade das suas funções. Também as infeções pelo vírus da hepatite B (VHB), pelo vírus da hepatite C (VHC) são consideradas de maior gravidade no ambiente hospitalar. Neste sentido, existe uma preocupação acerca da sensibilização dos profissionais de saúde para o correto uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), de forma a minimizar ou eliminar determinados riscos biológicos ou químicos aquando da prestação de cuidados diretos aos doentes. Surge, também, a importância da implementação de boas práticas nos serviços, nomeadamente no que respeita a atividades que envolvem maior risco para os profissionais, principalmente, para enfermeiros, médicos e técnicos de diagnóstico e terapêutica, tais como o reencapsulamento de agulhas, transferência de fluidos orgânicos entre diferentes

recipientes e o facto de não se eliminar corretamente as agulhas e objetos cortantes em recipientes próprios (contentores de cortantes) (Arrabaço, 2008).

A exposição prolongada a situações de risco laboral pode originar uma normalização das ameaças por parte do sujeito exposto e conseqüentemente diminuir o seu empenho em comportamentos ou práticas de vigilância, de proteção e de segurança laboral (Areosa, 2011). Estes aspetos estão diretamente relacionados com a forma como nós, enquanto espécie, estamos “programados” para pensar. Há sempre limites intrínsecos que não podemos ultrapassar, os quais são suscetíveis de originar determinados tipos de erros. As heurísticas e os enviesamentos abordados pelos psicólogos cognitivos são um bom exemplo desta nossa condição (Kahneman, 2012).

De referir que ainda existe uma subnotificação dos acidentes de trabalho por parte dos profissionais de saúde (OIT, 2008; Costa *et al.*, 1998; Sarquis *et al.*, 2002), principalmente, no que respeita a acidentes com material perfuro-cortante. Existe uma subestimação do risco e das conseqüências deste tipo de acidentes, o que leva a crer que haja uma lacuna ao nível da formação contínua, bem como ao nível da sensibilização e consciencialização dos profissionais para os riscos a que estão sujeitos no seu local de trabalho (além de outros aspetos organizacionais já mencionados anteriormente).

Também as lesões musculoesqueléticas têm cada vez maior incidência nas unidades de saúde. Segundo a Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho, em 2007, cerca de 24% dos trabalhadores da União Europeia (UE) dizem sofrer de lombalgias. Estas lesões afetam, principalmente, a região cervical, a região dorso-lombar, os ombros e os membros superiores. A postura da coluna vertebral em que é realizada a movimentação da carga, o peso, a distância e a duração desse movimento, bem como os espaços físicos reduzidos onde ocorrem as manobras de levantamento, transferência e mobilização de doentes são responsáveis pelo cada vez maior número deste tipo de lesões entre os profissionais de saúde, nomeadamente enfermeiros e assistentes operacionais.³ Aliado a tudo isto encontram-se as exigências organizacionais, sobretudo o número de doentes atribuídos a cada profissional e a existência (ou não) de equipamentos de apoio à mobilização de doente.

O contacto com produtos contaminados ou com produtos químicos, a exposição a radiações ionizantes, a ruído, o desconforto térmico, a iluminação inadequada e as quedas devido a pavimentos lisos ou molhados são aspetos que deverão ser tidos em conta na avaliação dos riscos a que os profissionais estão expostos no meio hospitalar. Nestes espaços, só recentemente se passou a dar alguma importância à necessidade de adequação das componentes estruturais, no que diz respeito à seleção da tecnologia e adequação das condições ambientais com o objetivo de melhorar as condições de trabalho (Serranheira *et al.*, 2009). Embora esta ainda não seja uma realidade na grande maioria das instituições hospitalares portuguesas.

No que respeita às agressões físicas e verbais sofridas pelos profissionais de saúde por parte de doentes ou familiares de doentes, a Direção Geral de Saúde (DGS) criou o Observatório Nacional da violência Contra Profissionais de Saúde no Local de Trabalho que disponibiliza um sistema de registo *on-line* dos episódios de violência no local de trabalho a nível nacional, disponibiliza documentos de referência e instrumentos úteis na abordagem da violência contra profissionais de saúde, sabendo que isto permite partilhar

³ Atualmente, a categoria profissional de assistente operacional tem diversas tarefas no contexto hospitalar, nomeadamente: higienização, alimentação e transporte de doentes; descontaminação e transporte de materiais; apoio a outras categorias profissionais.

experiências. Assim, no âmbito dos riscos a que os profissionais de saúde estão sujeitos no seu local de trabalho, torna-se imperativa a necessidade de identificar cada problema, de conhecer profundamente a sua tipologia e de analisar a sua frequência e causas, no sentido de diagnosticar, antecipar e prevenir a ocorrência de efeitos adversos.

Os acidentes de trabalho ocorrem devido a uma multiplicidade de fatores: técnicos, tecnológicos, organizacionais e sociais. Os conflitos, a sobrecarga de trabalho, o cansaço ou a doença e as múltiplas pressões organizacionais são situações que podem conduzir à ocorrência de acidentes (Areosa, 2011). Ainda assim, a atribuição de responsabilidade dos acidentes de trabalho recai, erradamente, na maioria das vezes, no trabalhador (os designados atos inseguros ou erro humano), o que não permite que se investiguem outras causas ou circunstâncias dos acidentes. Identificar e analisar os diferentes tipos erros são uma oportunidade de melhoria para o desempenho das organizações, caso esta prática seja sistematizada. Esta análise facilita o desenvolvimento de uma cultura de aprendizagem organizacional, aumentando, assim, a capacidade de previsão e resposta perante acontecimentos adversos (Fragata *et al.*, 2008).

De modo similar, Serranheira também defende uma abordagem sistémica das condições de trabalho como forma de prevenir o erro (Serranheira *et al.*, 2009). No que respeita ao ambiente hospitalar, a elevada carga de trabalho dos profissionais de saúde, a frequente inadequação do ambiente de trabalho, dos instrumentos ou equipamentos, dos meios de comunicação, bem como, as condições e exigências físicas e mentais face às características específicas do trabalho em ambiente hospitalar e capacidades dos profissionais e dos doentes são fatores que podem contribuir grandemente para a ocorrência de acidentes de trabalho. Porém, torna-se imprescindível uma reinvenção dos serviços de saúde, a partir de uma perspetiva centrada no indivíduo (profissional de saúde e doente), não esquecendo, por exemplo, que as regras informais dominam grande parte do funcionamento destas organizações (Areosa & Carapinheiro, 2008). Pois é isto que permite às organizações serem eficazes e incorporam o *trabalho vivo* dos seus profissionais (Dejours, 2013).

O denominado erro humano está intimamente relacionado com aspetos do contexto, com o envolvimento da situação de trabalho (condições latentes) que frequentemente exigem elevadas cargas mentais dos profissionais de saúde e que podem conduzir a situações de erro e, conseqüentemente, dano para a saúde do doente. Neste sentido, foca-se a atuação dos profissionais de Enfermagem, como responsáveis pela prestação de cuidados diretos aos utentes e tantas vezes alvo de condições de trabalho precárias e desgastantes tanto ao nível físico como psicológico e são precisamente estes aspetos que acabam por contribuir para a origem de falhas e erros por parte destes profissionais.

Segundo Fragata e Martins (2008) por vezes é difícil evitar o erro humano, ainda assim, existem violações que se definem pela escolha deliberada de um comportamento que não é *standard* e que viola as regras normais de atuação. A violação tem, por isso, um trajeto análogo com a negligência. Um exemplo é o facto de ainda existirem profissionais de saúde, nomeadamente enfermeiros e médicos, a reencapsular agulhas, uma situação que conduz, por vezes, à ocorrência de picada acidental dos profissionais. Contudo, este é um assunto ainda não totalmente compreendido, mas dentro deste contexto importa destacar a abordagem de Amalberti (1996), a partir do modelo da *gestão cognitiva dinâmica* ou *compromisso cognitivo*. O autor defende que nem todos os desvios ao trabalho prescrito são necessariamente negativos, esta ideia está a considerar de modo muito consistente alguns dos conhecimentos sobre a nossa forma de pensar

quando estamos a trabalhar. No decorrer das suas atividades laborais alguns trabalhadores preferem efetuar “desvios” ao trabalho prescrito, quando sabem antecipadamente que esses “erros” não se traduzem em cenários ou consequências perigosas para a organização (ou para si próprios), do que ter de cumpri-lo à risca e ter que basear o seu funcionamento cognitivo em regras que tornam o trabalho mais lento, desgastante, fastidioso e que envolve recursos fatigantes. Aceitar determinados desvios considerados inconsequentes pode revelar-se uma gestão mais económica do ponto de vista cognitivo (Amalberti, 1996). Na maioria das vezes este mecanismo funciona bem e é útil, mas existe um lado contraproducente: esta nossa característica também está na origem de alguns erros e falhas que, por vezes, estão na génese de acidentes.

Paralelamente, os lapsos e os enganos que se situam na base dos erros humanos caracterizam a ação humana e são impossíveis de extinguir. São também chamados erros honestos e nestes casos a sua ocorrência tende a ser desculpabilizada. Apesar do erro humano ser inevitável, não significa que não possa ser minimizado ou controlado, nomeadamente através de políticas e estratégias preventivas (Areosa, 2011), pelo menos até um determinado limite. A literatura indica-nos que o designado erro humano deve ser entendido como uma consequência e não tanto como uma causa para os acidentes de trabalho (Reason, 1990).

4. Metodologia

O presente trabalho corresponde a um estudo exploratório-descritivo, de abordagem quantitativa. Trata-se de um estudo retrospectivo, tendo em conta que os dados recolhidos e analisados dizem respeito a casos de acidentes de trabalho que ocorreram no período de 2006 a 2010. Uma vez que, de acordo com dados da Administração Central do Sistema de Saúde - ACSS (Ministério da Saúde), os hospitais são as instituições onde ocorrem maior número de acidentes de trabalho, o presente estudo foi desenvolvido numa instituição hospitalar, situada na área de Lisboa.

A instituição hospitalar tem uma lotação de 368 camas, distribuídas por 12 serviços de internamento e um serviço de urgência e tem uma dotação de 1.453 trabalhadores. A recolha de dados efetuou-se mediante análise documental dos questionários epidemiológicos dos acidentes de trabalho aplicados no Serviço de Saúde Ocupacional da instituição hospitalar. Estes questionários são aplicados pela enfermeira responsável do Serviço de Saúde Ocupacional no momento em que os profissionais sinistrados fazem a participação do acidente, sendo as respostas registadas em suporte informático.

Esta informação foi disponibilizada pela enfermeira responsável do Serviço de Saúde Ocupacional, após autorização da enfermeira diretora e Conselho de Administração. Assim, fez-se o levantamento dos dados relevantes para a investigação, havendo necessidade de reorganizar e categorizar estes dados de forma a ser possível a sua análise em suporte informático. Foram recolhidos dados demográficos relativos à população em estudo, bem como os elementos relativos aos acidentes ocorridos. Ainda assim, existiu a preocupação de ocultar todos os dados possíveis de identificar qualquer profissional de saúde acidentado. Neste sentido, foram excluídos os números mecanográficos de todos os profissionais, assim como o seu historial clínico.

Relativamente às limitações deste estudo, elas incidem, essencialmente, na organização dos dados referentes aos acidentes de trabalho, por parte do Serviço de Saúde Ocupacional do hospital. Numa primeira abordagem, foi verificado que o tipo de

dados recolhidos diferia de ano para ano, existindo elementos recolhidos numa determinada data que não eram considerados posteriormente, como seja a parte do corpo atingida pelo acidente ou a ação que conduziu ao acidente dificultando, por isso, a sua análise.

Também o facto de não existir uma descrição detalhada das circunstâncias que envolveram o acidente não permitiu tirar conclusões aprofundadas acerca da influência do ambiente de trabalho, da organização dos serviços e da conduta dos profissionais na ocorrência dos acidentes. Para além disso, o facto de não existir um critério para registar e classificar os acidentes de trabalho dificultou a categorização dos dados recolhidos. A leitura dos pontos seguintes deve considerar as limitações supramencionadas.

5. Resultados obtidos

Dos 579 acidentes de trabalho ocorridos no período de 2006 a 2010, 471 (81,3%) ocorreram entre profissionais do sexo feminino e 108 (18,7%) entre profissionais do sexo masculino. Todavia, se considerarmos a proporção de trabalhadores por género e o número de acidentes de trabalho, observa-se que não há diferenças estatisticamente significativas entre género e número de acidentes. Relativamente à ocorrência de acidentes segundo o nível de escolaridade, a maior percentagem, cerca de 55.6% corresponde a profissionais com o grau de Licenciado, 17,8% corresponde a profissionais com o 9º ano de escolaridade, 6,6% com o grau de Bacharel, 7,9% dos profissionais com o 12º ano e 12,1% dos profissionais com escolaridade abaixo do 9º ano.

O número de acidentes de trabalho participados por cada categoria profissional indica-nos que a maior percentagem pertence ao grupo dos enfermeiros, com 223 acidentes participados (cerca de 38,5%), seguido dos assistentes operacionais, com 178 casos (cerca de 30,7%) e pelos médicos, com 90 acidentes de trabalho participados (cerca de 15,5%). No que respeita ao tipo de acidentes de trabalho mais frequentes, estes correspondem a traumatismos vários, nos quais se incluem fraturas, entorses, contusões e distensões musculares. No presente trabalho, as lombalgias foram analisadas separadamente dos restantes traumatismos de forma a permitir uma observação mais aprofundada deste tipo de acidente.

O segundo tipo de acidente de trabalho mais frequente entre os trabalhadores deste hospital são as picadas (com agulhas, bisturis, pinças ou sistemas de soros) ao qual correspondem 32% dos sinistros. De referir que, neste estudo os acidentes por picada estão em número inferior aos acidentes por traumatismo uma vez que, dentro dos traumatismos estão incluídos vários tipos de lesão, daí existir maior número de registos. Mas as picadas, por si só, correspondem a uma elevada percentagem de acidentes.

Verifica-se que a maioria dos acidentes de trabalho notificados⁴ corresponde a profissionais que desempenham funções há mais de 10 anos (252 casos). Os acidentes por traumatismo também se encontram em maior número dentro deste grupo, com 108 casos (Tabela 1). Os acidentes por picada encontram-se em igual número entre os profissionais com antiguidade na função entre 1 e 5 anos e os profissionais que desempenham funções há mais de 10 anos (67 casos). As lombalgias ocorrem mais frequentemente entre profissionais que exercem as suas funções há mais de 10 anos, isto

⁴ Voltamos a sublinhar que pode estar a ocorrer a subnotificação de acidentes de trabalho no mundo hospitalar, nomeadamente aqueles que são provocados por materiais cortantes e perfurantes (tal como já foi referido anteriormente).

é, com cerca de 24 casos notificados. Relativamente aos acidentes por contacto com substâncias orgânicas, verifica-se maior número de registos entre os profissionais que desempenham funções há mais de 10 anos (26 casos), seguidos dos profissionais com antiguidade na função entre 1 e 5 anos (31 casos).

Tabela 1 – Distribuição dos tipos de acidente conforme a antiguidade na função dos profissionais

Tipo de acidente	Antiguidade na função			
	< 1ano	1 a 5 anos	5 a 10 anos	>10 anos
Contacto com substância orgânica	5	31	15	26
Contacto com substância química	1	0	1	0
Ferida	3	16	8	24
Lombalgia	3	11	11	24
Picada	24	67	27	67
Queimadura	0	1	0	1
Recaída*	0	1	0	2
Traumatismos vários	4	48	50	108
Total	40	175	112	252

* As recaídas dos acidentes de trabalho traduzem uma nova degradação da lesão contraída anteriormente devido ao sinistro.

No que respeita à distribuição dos acidentes pelos grupos profissionais, observa-se que os traumatismos se encontram em maior número entre os assistentes operacionais (96 casos), seguidos dos enfermeiros (56 casos) (Tabela 2). Relativamente às picadas, existe maior número de registos por parte dos enfermeiros (81 casos), seguidos da classe médica (60 casos). Destaca-se também o elevado número de acidentes por picada registados por assistentes operacionais (32 casos).

As lombalgias representam 8,5% dos acidentes de trabalho que foram notificados e, na grande maioria, ocorrem entre assistentes operacionais (22 casos) e pessoal de Enfermagem (18 casos). De notar, ainda, o número de acidentes de trabalho devido a contacto com substâncias orgânicas, onde se inclui o contacto com sangue, urina, expetoração, líquido ascítico e sero-hemático (relativo a drenagens). Os enfermeiros são a classe profissional que regista maior número de acidentes deste tipo, com 50 casos, seguido dos assistentes operacionais, com 10 casos, dos médicos com 7 casos e dos técnicos de diagnóstico e terapêutica com 6 casos.

Tabela 2 - Distribuição de tipos de acidente por grupo profissional

Grupo profissional	Tipo Acidente							
	CO	CQ	F	L	P	Q	R	T
Administrativo	2	0	2	1	0	0	1	14
Assistente Operacional	10	0	14	22	32	2	2	96
Assistente Social	0	0	0	1	0	0	0	2
Enfermeiro	50	1	17	18	81	0	0	56
Fisioterapeuta	0	0	0	0	0	0	0	4
Serviços Gerais	1	0	2	2	0	0	0	15
Téc. Diagnóstico Terap.	6	1	6	5	11	0	0	8
Técnico Superior	1	0	0	0	1	0	0	2
Médicos	7	0	10	0	60	0	0	13
Total	77	2	51	49	185	2	3	210

Legenda: **CO**- Contacto com subst. Orgânica; **CQ**- Contacto com subst. Química; **F**- Ferida; **L**- Lombalgia; **P**- Picada; **Q**- Queimadura; **R**- Recaída; **T**- Traumatismo

Quanto às causas de ocorrência dos acidentes de trabalho, os traumatismos devem-se, essencialmente, a quedas (103 casos), mobilização de doentes (46 casos) e manipulação de equipamento (42 casos) (Tabela 3). Os acidentes por picada são devidos, na sua grande maioria, a picadas de agulha (161 casos). De notar que o elevado número de feridas registadas se deve à utilização de bisturis (29 casos).

Verifica-se que em relação aos acidentes por contacto com substâncias orgânicas, a causa registada recai no facto dos profissionais de saúde não utilizarem devidamente o EPI (71 casos). Seria pertinente aprofundar a compreensão desta situação, porém os dados não nos permitem efetuar leituras mais detalhadas. No entanto, foram mencionados 3 casos em que o EPI se encontrava danificado. As lombalgias devem-se, na maioria das situações, à mobilização de doentes (34 casos). A propósito destes dados, importa não esquecer o importante debate sobre a monocausalidade e multicausalidade dos acidentes de trabalho (Areosa & Dwyer, 2010), tendo em conta que estes eventos são *heterodeterminados* (Areosa, 2015). Por isso, enfatizar o “erro humano” como a única ou mesmo a principal causa dos acidentes é sinónimo de estar a contribuir para se gerar uma crença falsa e ilusória sobre a segurança. Sidney Dekker (2006) alerta para que ao invés de se julgar o comportamento do trabalhador envolvido no acidente, se deveria colocar as seguintes questões: Quais foram as razões do trabalhador para agir daquela forma na situação do acidente? Por que motivo fez sentido agir daquela maneira? São essas perguntas que devem ser respondidas e não devemos entrar por uma via estritamente culpabilizante. A Autoridade de Segurança Nuclear (ANS) francesa apresenta uma perspetiva bastante assertiva sobre a segurança nas organizações: “A segurança e a radioproteção não devem se basear somente nos indivíduos. Os atores da primeira linha raramente estão sós em relação aos acidentes. Na verdade, esses acidentes são reveladores, muitas vezes, de disfunções latentes e profundas no interior das organizações, que fragilizam os sistemas sociotécnicos e tornam vulneráveis as linhas de defesa humanas e organizacionais” (ANS, 2007, citado em Llory & Montmayeul, 2014: 35).

Tabela 3 - Distribuição das várias causas relativas a cada acidente de trabalho

Tipo de acidente	Causa Aparente														
	AV	AG	A	B	E	ED	FE	ME	MD	NE	PI	P	Q	R	SS
Contacto com subst. orgânica	0	0	0	0	0	3	71	0	1	1	0	0	0	1	0
Contacto com subst. química	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0
Ferida	0	2	1	29	0	0	0	11	0	4	0	2	2	0	0
Lombalgia	1	0	0	0	0	0	0	10	34	1	0	0	3	0	0
Picada	0	0	161	9	0	0	0	0	0	10	1	2	0	0	2
Queimadura	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0
Recaída	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0
Traumatismo	7	5	0	0	1	0	0	42	46	6	0	0	103	0	0
Total	8	7	162	38	1	3	74	64	81	22	1	4	108	4	2

Legenda: AV- Acidente de Viação; AG- Agressão; A- Agulha; B- Bisturi; E- Entalamento; ED- EPI danificado; FE- Falta de EPI; ME- Manipulação de Equipamento; MD- Mobilização de Doente; NE- Não Especificado; PI- Picada de Inseto; P- Picada; Q- Queda; R- Recaída; SS- Sistema de Soro

Dentro dos acidentes por traumatismo devido a quedas, o maior número de registos encontra-se entre os assistentes operacionais (42 casos), seguidos dos enfermeiros (26 casos) e dos médicos (9 casos). Os traumatismos derivados da mobilização de doentes são, na maioria, registados entre os assistentes operacionais (37 casos), seguidos dos enfermeiros (35 casos). O registo de traumatismos por manipulação de equipamento encontra-se em maior número entre os assistentes operacionais (39 casos) e enfermeiros (12 casos) (Tabela 4).

Os acidentes por picada de agulha são registados em maior número por enfermeiros (72 casos), seguidos dos médicos (55 casos), assistentes operacionais (23 casos) e técnicos de diagnóstico e terapêutica (11 casos). Os enfermeiros são a classe profissional que regista maior número de acidentes pela falta de utilização de equipamentos de proteção individual adequada (50 casos).

Tabela 4 – Distribuição das várias causas dos acidentes por grupo profissional

Grupo profissional	Causa Aparente								
	A	B	ED	FE	ME	MD	P	Q	SS
Administrativo	0	0	0	2	3	0	0	12	0
Assistente Operacional	23	8	2	8	39	37	2	42	1
Assistente Social	0	0	0	0	0	0	0	3	0
Enfermeiro	72	15	1	50	12	35	2	26	1
Fisioterapeuta	0	0	0	0	0	1	0	3	0
Médicos	55	11	0	6	1	0	0	9	0
Serviços Gerais	0	0	0	1	6	1	0	8	0
Téc. Diagnóstico Terap.	11	4	0	6	3	7	0	3	0
Técnico Superior	1	0	0	1	0	0	0	2	0
Total	162	38	3	74	64	81	4	108	2

Legenda: **A**- Agulha; **B**- Bisturi; **ED**- EPI danificado; **FE**- Falta de EPI; **ME**-Manipulação de Equipamento; **MD**- Mobilização de Doente; **P**- Pinça; **Q**- Queda; **SS**- Sistema de Soro

Relativamente à faixa etária dos profissionais que registam maior número de acidentes por traumatismo, verifica-se que são os profissionais com idades entre os 30 e os 34 anos (38 casos). Os acidentes por picada de agulha são, na grande maioria, registados por profissionais com idades compreendidas entre os 25 e os 29 anos (62 casos), assim como os acidentes devido a contacto com substância orgânica (25 casos). Embora existam valores idênticos na faixa etária dos 30 aos 44 anos, as lombalgias são registadas em maior número por profissionais com idades compreendidas entre os 30 e os 34 anos (10 casos).

Verifica-se que os serviços onde ocorrem maior número de acidentes de trabalho são os serviços de internamento, com 264 casos participados (45,6%), seguidos do Bloco Operatório e Unidades de Cuidados Intensivos com 129 casos (22,3%). Foram participados 42 acidentes de trabalho no serviço de urgência (7,3%). Quanto ao tipo de acidente mais frequente em cada serviço, verificou-se que no internamento existe um elevado número de traumatismos (88 casos), picadas (82 casos), contacto com substância orgânica (49 casos) e lombalgias (26 casos); no Bloco operatório e Unidades

são mais frequentes as picadas (65 casos) e os traumatismos (25 casos); no serviço de urgência, as picadas são, também, o tipo de acidente com maior incidência (25 casos).

No que respeita ao grupo profissional que regista mais acidentes em cada serviço, constata-se que, tanto nos serviços de internamento (123 casos) como no Bloco operatório/Unidade (57 casos) e serviço de urgência (14 casos), os enfermeiros são os profissionais com maior número de acidentes participados. Também se verifica o mesmo com o pessoal médico e com os assistentes operacionais. Nos serviços de internamento, os assistentes operacionais registam 87 casos de acidente e os médicos 30 casos. No Bloco operatório/Unidade, existe uma diferença mínima, ou seja, os médicos registaram 35 acidentes e os assistentes operacionais 31. No serviço de urgência os assistentes operacionais registaram 13 acidentes ao passo que o pessoal médico tem um registo de 11 acidentes durante este período (Tabela 5). Relativamente aos serviços de Exames Complementares, torna-se óbvio que são os técnicos de diagnóstico e terapêutica que registam maior número de acidentes ocorridos, com 13 casos registados (Tabela 5).

Tabela 5 – Distribuição dos acidentes por grupos profissionais relativamente aos serviços onde ocorreram

Grupo Profissional	Local do acidente				
	Exames Complementares	Internamento	Bloco/Unidade	Urgência	Outros
Administrativo	2	4	1	0	13
Assistente Operacional	6	87	31	13	41
Assistente Social	0	0	0	0	3
Enfermeiro	2	123	57	14	27
Fisioterapeuta	0	2	0	0	2
Médicos	2	30	35	11	12
Serviços Gerais	0	1	2	0	17
Téc. Diagnóstico Terap.	13	16	3	4	1
Técnico Superior	0	1	0	0	3
Total	25	264	129	42	119

No contexto hospitalar, a necessidade da presença constante de profissionais nos serviços durante as 24 horas do dia requer que o trabalho seja organizado por turnos, normalmente de 8 horas, em horários rotativos de manhã (das 8 horas às 16 horas), tarde (das 16 horas às 0 horas) e noite (das 0 horas às 8 horas). Observa-se que é no período da manhã que ocorrem a maioria dos acidentes registados, particularmente, no intervalo das 8h às 12h.

6. Discussão dos resultados

Através dos dados recolhidos observa-se que os profissionais de enfermagem são a classe profissional com maior número de acidentes de trabalho notificados. Foram encontrados resultados idênticos em estudos realizados por Martins (2002) que refere que 43% dos profissionais acidentados são enfermeiros e Ruiz *et al.* (2004) que apresentam um valor de 56% para os profissionais de enfermagem vítimas de acidente de trabalho. O facto de estarem em contacto direto com os doentes na prestação de cuidados de saúde, sujeitos à exposição regular com produtos biológicos e químicos, esforço físico, postura

inadequada na realização das tarefas, trabalho por turnos, alterações do sono devido ao trabalho noturno, esta sobrecarga de trabalho reflete-se na elevada incidência de acidentes de trabalho. Mais uma vez, voltamos aqui a sublinhar a importância da multicausalidade dos acidentes de trabalho (Areosa & Dwyer, 2010).

Tanto na investigação de Martins (2002), como na de Ruiz *et al.* (2004), a picada de agulha é o tipo de acidente com maior frequência em contexto hospitalar. Foram obtidos resultados idênticos no presente estudo, embora os traumatismos se encontrem em maior número, cerca de 36%, mas este facto deve-se à necessidade que houve de agrupar vários tipos de traumatismo numa só categoria. As picadas de agulha, por si só, correspondem a uma percentagem de 32% de todos os acidentes participados.

Relativamente ao elevado número de acidentes por picada de agulha entre os profissionais de Enfermagem, é referido em alguns estudos (Gir *et al.*, 1998; Sarquis *et al.*, 2002) que estes acidentes podem ser evitados ou, pelo menos, minimizados, se existir uma utilização correta dos equipamentos e se forem empregues cuidados no manuseamento de materiais perfuro-cortantes. A alegada negligência dos profissionais como seja, deixar a agulha desprotegida em lugares indevidos após a sua utilização e o reencapsulamento de agulhas usadas são comportamentos que violam as regras de prevenção. Em determinadas situações, particularmente a agressividade e agitação por parte dos doentes torna necessária uma atenção reforçada por parte dos profissionais. Terá, também, que existir por parte das administrações hospitalares a preocupação de averiguar a existência de novos meios técnicos e equipamentos que protejam tanto utentes como profissionais da execução de técnicas invasivas.

O facto dos acidentes com materiais perfuro-cortantes acontecer, maioritariamente, com profissionais na faixa etária dos 25 aos 29 anos, leva-nos a questionar se a experiência profissional pode influenciar a ocorrência deste tipo de acidentes. Excesso de confiança relativamente a comportamentos de risco, dificuldade em gerir situações de *stress* ou ambientes de trabalho em que os profissionais estão constantemente sob pressão são possíveis causas que se podem apontar para justificar este facto. Ou ainda, segundo Madureira Pinto (1996, p. 115) os *habitus* profissionais têm como função adaptar o corpo e a atenção aos riscos laborais, logo, os trabalhadores mais jovens estão em desvantagem perante esta importante fonte de experiência.

Faria (2008) apresenta resultados idênticos no seu estudo, concluindo que a maior parte dos acidentes de trabalho, em contexto hospitalar, ocorre com profissionais com faixa etária entre 25 e 34 anos. Como justificação, refere-se a um estudo realizado por Chan (*apud*. Faria, 2008) que determina que este facto se deve à inexperiência dos profissionais em questão e ao facto de os enfermeiros subestimarem os riscos a que estão expostos. Este facto está em concordância com as teorias do *otimismo irrealista* onde é afirmado que os outros tendem a ser considerados menos aptos a lidar com o risco do que nós próprios (Weinstein, 1980).

Constata-se, ainda, que existe um número elevado de acidentes causados pelo contacto com substâncias orgânicas por parte de profissionais que não utilizaram devidamente os Equipamentos de Proteção Individual. O mesmo foi observado no estudo de Martins (2002), o qual refere que 67,9% dos profissionais expostos a sangue não usavam luvas no momento do acidente. Será importante desvendar o que está a induzir esta conduta por parte dos profissionais, não esquecendo de questionar a forma como o trabalho está organizado (incluindo a falta de recursos para desempenhar as tarefas), a formação ministrada nas escolas ou a formação interna dos próprios serviços quando

atualmente existe um amplo conhecimento acerca das doenças transmissíveis e a implementação das boas práticas deveria ser uma preocupação por parte das administrações.

O elevado número de traumatismos que ocorrem no contexto hospitalar, seja devido a quedas por pavimento molhado, seja por mobilização de doentes ou manipulação de equipamentos vem reforçar a ideia de que, nos hospitais, ainda não existe uma preocupação em promover a adequação dos espaços e equipamentos às atividades que são desenvolvidas. As lombalgias são, por isso, um dos traumatismos mais frequentes entre os profissionais de saúde, nomeadamente entre os assistentes operacionais e os enfermeiros aquando da mobilização de doentes, não só devido a posturas incorretas, mas também pela carência de equipamentos que permitam uma diminuição do esforço físico por parte destes profissionais. O pouco espaço que existe entre as camas nas enfermarias é outro fator que dificulta o desempenho dos profissionais na execução das suas funções. Martins (2002) apresenta resultados idênticos no seu estudo, referindo que 9,4% dos acidentes ocorridos se deveram a mobilização de doentes.

Observou-se que os serviços de internamento são os locais com maior incidência de acidentes de trabalho. O mesmo é referido por Martins (2002), apresentando um resultado de 39,9% dos acidentes ocorridos nestes locais. A inadequação dos espaços, as baixas dotações dos profissionais por serviço e a execução de tarefas sob pressão são exemplos de situações que são presenciadas nestes serviços e que podem contribuir para a ocorrência de erros e de acidentes.

Outro aspeto a ter em conta é que a maioria dos acidentes de trabalho ocorre no turno da manhã, nomeadamente, no período entre as 8 horas e as 12 horas. De facto, é durante este período que, nos serviços de internamento, existe um maior número de tarefas técnicas a serem executadas, bem como uma maior afluência de pessoas ao serviço, sejam médicos, técnicos de diagnóstico, pessoal externo ao próprio serviço, gerando, por isso, maior movimentação de profissionais e equipamentos. Martins (2002) e Faria (2008) apresentam as mesmas conclusões, com 46,2% e 45,6% respetivamente. Torna-se necessário averiguar a influência que o ambiente de trabalho e a própria organização do serviço pode ter na ocorrência de acidentes.

Em suma, os profissionais de saúde, pela especificidade das suas funções, bem como pelo contexto em que desempenham o seu trabalho, estão expostos a um variado tipo de riscos laborais. A segurança do profissional reflete-se, grandemente, na segurança do doente, daí a importância dos estudos realizados neste âmbito. A promoção da saúde dos profissionais em contexto hospitalar é determinante para que exista uma prestação de cuidados de excelência aos doentes. Urge um maior investimento, por parte dos decisores, na área da saúde e segurança destes profissionais, criando mecanismos de gestão do risco de modo a que se possa obter melhores resultados na prevenção de acidentes.

7. Conclusões

A tipologia de acidentes de trabalho de cada organização depende dos riscos específicos do ambiente de trabalho, das relações sociais de trabalho (Areosa & Dwyer, 2010), da legislação de cada país (sendo este aspeto marcadamente de natureza política), bem como de outros fatores que vão para além da atividade concreta dos trabalhadores. A título de exemplo, podemos referir que existe uma certa tendência para

as organizações onde existe uma forte implantação sindical ou uma maior participação dos trabalhadores (no âmbito da segurança e saúde no trabalho) revelarem menor número de acidentes de trabalho e a sua gravidade ser igualmente inferior (Alves, 2014).

Os hospitais, enquanto espaços de trabalho, são locais repletos de múltiplas formas de risco, visto que incorporam riscos biológicos (contacto com os doentes, tarefas com materiais cortantes ou perfurantes eventualmente contaminados, contacto com fluidos orgânicos), riscos físicos (radiações ionizantes, ruído, eletricidade), riscos químicos (manuseamento de produtos químicos perigosos, nomeadamente medicamentos, diversos tipos de gases – tóxicos, combustíveis, etc.), riscos ergonómicos (levantar ou movimentar pesos elevados, incluindo o transporte de doentes com mobilidade reduzida, trabalhar longos períodos em pé, manuseamento de equipamentos “pouco” ergonómicos), riscos com máquinas ou equipamentos (aparelhos de RX, equipamentos de laboratório, objetos cortantes, etc.), riscos do próprio local ou ambiente de trabalho (iluminação deficiente, má qualidade do ar interior ou pavimentos escorregadios), riscos da organização do trabalho (trabalho noturno ou por turnos, alteração de horários, acumulação de funções, manuseamento e/ou armazenagem inadequada de produtos, responsabilização dos trabalhadores por falhas da própria organização), riscos psicossociais (conflitos entre trabalhadores, agressões físicas ou verbais provenientes de doentes ou acompanhantes, *mobbing*, contacto com situações difíceis, nomeadamente doenças graves ou a própria morte dos doentes ou pressão para executar múltiplas tarefas num reduzido período de tempo) e ainda a suscetibilidade individual perante as situações de riscos (reações inesperadas, diferentes níveis pessoais de aversão ou de tolerância aos múltiplos fatores de risco). Esta categorização de riscos profissionais pode ser consultada em Areosa (2005), onde se poderão encontrar mais detalhes. Deste modo, podemos afirmar que os riscos ocupacionais são uma espécie de antecâmara para os acidentes de trabalho (Areosa, 2009).

Atendendo aos resultados obtidos nesta investigação, destacamos as seguintes conclusões: Verificou-se que os enfermeiros são a classe profissional que regista maior número de acidentes de trabalho e que os profissionais que desempenham funções há mais de 10 anos são os que assinalam maior número de sinistros. Neste último caso, a habituação ao risco, através da exposição continuada, pode dar origem à *normalização do risco*, a qual tende a reduzir no imaginário dos trabalhadores a sua perceção e severidade; ou seja, a familiaridade com as situações de risco torna as pessoas mais complacentes com as “reais” possibilidades da sua efetivação (Slovic, 2000). Constatou-se que os serviços de internamento são os locais onde ocorre maior número de acidentes de trabalho, entre os profissionais de saúde. Também se observou que os traumatismos dão origem à maior percentagem de registos de sinistros. Todavia, deve ser tido em conta que nesta tipologia de acidentes estão englobados vários tipos de lesão. Ainda dentro desta tipologia de acidente, verificou-se que as lombalgias são o tipo de traumatismo mais frequente entre profissionais de saúde. Por outro lado, as picadas (particularmente as que ocorrem com agulhas), por si só correspondem a uma elevada percentagem de incidência nos acidentes, sendo os profissionais com idades compreendidas entre os 25 e os 29 anos aqueles que sofrem maior número de acidentes deste tipo. Por fim, podemos constatar que os acidentes de trabalho acontecem com maior frequência no turno na manhã, particularmente no período entre as 8 horas e as 12 horas.

Referências

- Alves, P. (2014). A importância da participação dos trabalhadores em segurança e saúde no trabalho. In: Neto, H.; Areosa, J.; Arezes, P. (Eds). *Manual de Riscos psicossociais no trabalho*. Vila do Conde: Civeri Publishing, 91-112.
- Amalberti, R. (1996). *La conduite des systèmes à risques*, Paris: Presses Universitaires de France.
- Areosa, J. (2005). A hegemonia contemporânea dos «novos» riscos. In: Soares, C.; Teixeira, A.; Antão, P. (Editores). *Análise e gestão de riscos, segurança e fiabilidade*. Lisboa: Edições Salamandra, 203-218.
- Areosa, J. (2009). Do risco ao acidente: que possibilidades para a prevenção? *Revista Angolana de Sociologia*, 4: 39-65.
- Areosa, J. (2010). O risco nas ciências sociais: uma visão crítica ao paradigma dominante. *Revista Angolana de Sociologia*, 5/6: 11-33.
- Areosa, J. (2011). Riscos ocupacionais da Imagiologia: estudo de caso num hospital português. *Tempo Social*, 23 (2): 297-318.
- Areosa, J. (2012a). *O lado obscuro dos acidentes de trabalho: um estudo de caso no setor ferroviário*. Famalicão: Editora Húmus.
- Areosa, J. (2012b). As perceções de riscos dos trabalhadores: qual a sua importância para a prevenção de acidentes de trabalho? In: Neto, H.; Areosa, J.; Arezes, P. (Editores). *Impacto social dos acidentes de trabalho*. Vila do Conde: Civeri Publishing, 65-97.
- Areosa, J. (2012c). O contributo das ciências sociais para a análise de acidentes maiores: dois modelos em confronto. *Análise Social*, 204: 558-584.
- Areosa, J. (2013). Christophe Dejours e a Psicodinâmica do Trabalho. *Revista Portuguesa de Psicanálise*, 33 (2): 29-41.
- Areosa, J. (2014). As perceções de riscos ocupacionais no sector ferroviário. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 75: 83-107.
- Areosa, J. (2015). A desumanização do trabalho na era da *flexploração*, In: Fabiane Santana Previtalli, Raquel Varela, Giulia Strippoli e Císon César Fagiani (Eds.), *Trabalho, educação e conflitos sociais: Diálogos Brasil e Portugal*. São Paulo: Edições Verona, 234-275.
- Areosa, J. (2016). A globalização dos riscos sociais e os acidentes tecnológicos. *Pensamento Americano*, 17: 151-176.
- Areosa, J. & Carapinheiro, G. (2008). Quando a imagem é profissão: profissões da imagiologia em contexto hospitalar. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 57: 83-108.
- Areosa, J. & Dwyer, T. (2010). Acidentes de trabalho: uma abordagem sociológica. *Configurações*, 7: 107-128.
- Arrabaço, M. (2008). Acidentes de Serviço em Profissionais de Saúde: Identificação, Representações e Comportamentos face à Exposição Microbiológica Acidental. *Dissertação de Mestrado em Saúde Pública*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Campos, L. (2009). O Conceito e a Necessidade de Governação. In: Campos, L.; Borges, M.; Portugal, R. (Eds.). *Governação dos Hospitais*. Alfragide: Casa das Letras, 23-43.
- Carapinheiro, G. (1993). *Saberes e poderes no hospital*. Porto: Edições Afrontamento.
- Carapinheiro, G. & Hespanha, P. (2002). *Risco Social e Incerteza: pode o Estado Social recuar mais?* Porto: Edições Afrontamento.
- Dejours, C. (2013). A sublimação, entre o sofrimento e prazer no trabalho. *Revista Portuguesa de Psicanálise*. 33 (2): 9-28.
- Dekker, S. (2006). *The field guide to understanding human error*. Hampshire: Ashgate.
- Dekker, S. (2013). Drifting into failure: Complexity Theory and the management of risk. In: S. Banerjee (Ed), *Chaos and Complexity Theory for management: Nonlinear Dynamics*. Hershey, PA: IGI Global Business Science Reference, 241-253.
- Douglas, M. & Wildavsky, A. (1982). *Risk and culture: An essay on the selection of technological and environmental dangers*. Berkeley, CA: University of California Press.

- Duarte, C. & Cunha, L. (2012). Para uma construção da prevenção de riscos profissionais: a atividade de trabalho no centro da análise. In: Neto, H.; Areosa, J.; Arezes, P. (Editores). *Impacto social dos acidentes de trabalho*. Vila do Conde: Civeri Publishing, 33-64.
- Faria, A. (2008). *Caracterização e Análise de Acidentes de Trabalho em Profissionais de Enfermagem numa Unidade Hospitalar*. Dissertação de Mestrado em Engenharia, área de Engenharia Humana. Guimarães: Universidade do Minho.
- Fragata, J. & Martins, L. (2008). *O Erro em Medicina - Perspetivas do indivíduo, da organização e da sociedade*. Coimbra: Almedina.
- Giddens, A. (2000). *O mundo na era da globalização*. Lisboa: Editorial Presença.
- Gir, E.; Costa, F.; Silva, A. (1998). A Enfermagem frente a acidentes de trabalho com material potencialmente contaminado na era do HIV. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*. Vol. 32: 262-272.
- Goffman, E. (1996). *Manicómios, prisões e conventos*. São Paulo: Editora Perspetiva.
- Granjo, P. (2006). Quando o conceito de «risco» se torna perigoso. *Análise Social*, 181: 1167-1179.
- Jacinto, C. (2005). Metodologias para Análise de Acidentes de Trabalho. In: Soares, C.; Teixeira, A.; Antão, P. (Editores). *Análise e Gestão dos Riscos, Segurança e Fiabilidade*. Lisboa: Edições Salamandra.
- Kahneman, D. (2012). *Pensar depressa e devagar*. Lisboa: Temas e Debates.
- Llory, M. & Montmayeul, R. (2014). *O Acidente e a Organização*. Belo Horizonte: Fabrefactum Editora
- Martins, M. (2002). *Acidentes de Trabalho nas Instituições de Saúde do Distrito de Bragança e a sua associação com Absentismo Laboral*. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública. Porto: Instituto de Ciência Biomédicas da Universidade do Porto.
- Neto, H.V. (2012). Os acidentes de trabalho como fonte de conhecimento e aprendizagem organizacional. In: Neto, H.; Areosa, J.; Arezes, P. (Editores). *Impacto social dos acidentes de trabalho*. Vila do Conde: Civeri Publishing, 199-225.
- OIT - Organização Internacional do Trabalho (2008), Diretrizes Conjuntas OIT/OMS sobre os serviços de saúde e a infeção VIH/Sida: Organização Mundial de Saúde.
- Perrow, C. (1999). *Normal accidents: living with high-risk technologies*. New Jersey: Princeton University Press.
- Pinto, J. M. (1996). Contributos para uma análise dos acidentes de trabalho na construção civil. *Cadernos de Ciências Sociais*, 15/16: 87-119.
- Rasmussen, J. (1997) Risk management in a dynamic society: a modeling problem. *Safety Science*, 27: 183-213.
- Reason, J. (1990). *Human Error*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Ruiz, M.; Barbosa, D. & Soler, Z. (2004). Acidentes de Trabalho: um estudo sobre esta ocorrência em um hospital geral". *Revista Arquivos de Ciências da Saúde*. 11 (4): 219-224.
- Rundmo, T. (2000). Safety climate, attitudes and risk perception in Norsk Hydro, *Safety Science*, 34, 47-59.
- Sarquis, L. & Felli, V. (2002). Acidentes de trabalho com instrumentos perfurocortantes entre os trabalhadores de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 36 (3): 222-230.
- Serranheira, F.; Uva, A. Sousa & Leite, E. (2009). Segurança do doente e Saúde e Segurança dos profissionais de saúde: duas faces da mesma moeda. *Revista Saúde e Trabalho - Sociedade Portuguesa de Medicina do Trabalho*, 7: 5-29.
- Slovic, P. (2000). *The perception of risk*. London: Earthscan Publications Ltd.
- Soares, C. (2005). Metodologia para Análise e Gestão dos Riscos. In: Soares, C.; Teixeira, A.; Antão, P. (Editores). *Análise e Gestão dos Riscos, Segurança e Fiabilidade*. Lisboa: Edições Salamandra.
- Turner, B. (1978). *Man Made Disasters*. London: Wykeham Press.

- Uva, A. & Faria, M. (1992). *Riscos Ocupacionais em Hospitais e Outros Estabelecimentos de Saúde*. Edição conjunta no âmbito do ano Europeu de Segurança, Higiene e Saúde no local de trabalho. Lisboa: Sindicato Independente dos Médicos, Federação Nacional dos Médicos.
- Weinstein, N. (1980). Unrealistic optimism about future life events. *Journal of Personality & Social Psychology*. 39: 806-820.
- Wilburn, S. & Eijkemans, G. (2004). Preventing needle-stick injuries among healthcare workers. WHO-ICN collaboration. *International Journal of Occupational and Environmental Health*, 10: 451-456.