

A segurança (e saúde) do trabalhador da saúde e a segurança do paciente: uma análise do impacto das ações de segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde

Health worker safety (and health) and patient safety: an analysis of the impact of health and safety at work acts on health services

Marcelo Pustiglione¹

¹ Professor Colaborador da Disciplina de Medicina do Trabalho do Departamento de Medicina Legal, Ética Médica e Medicina Social e do Trabalho da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP); Médico do Trabalho da Divisão Técnica de Vigilância Sanitária do Trabalho do Centro de Vigilância Sanitária da Coordenadoria de Controle de Doenças da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (DVST/ CVS/ CCD/ SES-SP)

RESUMO

Considerando as ações instituídas pela Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 36/2013 da Agência de Vigilância Sanitária (Anvisa) para a promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade dos serviços de saúde e as particularidades e especificidades destes serviços e de seus atores e das variáveis ambientais, interpessoais e técnico-operacionais envolvidas, foram estudadas as convergências entre as ações focadas na segurança do paciente e na segurança e saúde do trabalhador dos serviços de saúde. Para tanto, além da RDC foram analisadas as Normas Regulamentadoras (NR) da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), particularmente as de número 4, 7, 9 e 32 (NR 4, NR 7, NR 9 e NR 32). Foram identificados riscos diretos e riscos estendidos à segurança do paciente e, a partir daí, são propostas ações conjuntas com a participação do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT) e das Comissões de Trabalhadores (CIPA e COMSAT).

Palavras-chave: Saúde do Trabalhador. Segurança do Paciente. Serviços de Saúde. Profissionais da Saúde.

ABSTRACT

Whereas the actions imposed by the Board Resolution ("Resolução da Diretoria Colegiada" - RDC 36/2013) of the Health Surveillance Agency ("Agência de Vigilância Sanitária" - ANVISA) to promote patient safety and quality improvement of health services and the particularities and specificities of these services and its actors and environmental, interpersonal, technical and operational variables involved, the similarities between the focus on patient safety and the health and safety of health care worker actions were studied. For this, besides the RDC were analyzed Regulatory Standards ("Normas Regulamentadoras" - NRs) of the Consolidation of Labor Laws ("Consolidação das Leis do Trabalho" - CLT), particularly the number 4, 7, 9 and 32 (NR 4, NR 7, NR 9 and 32). Direct and extended risks to patient safety were identified and, thereafter, are proposed joint actions with the participation of Specialized Service in Safety Engineering and Medicine (SESMT) and committees of workers (CIPA and COMSAT).

Keywords; Occupational Health. Patient Safety. Health Services. Health Personnel.

INTRODUÇÃO

Em 27 de julho de 2013 foi publicada no Diário Oficial da União (DOU) a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) da Agência de Vigilância Sanitária (Anvisa) de número 36 (RDC 36/2013) que *"institui as ações para a promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade dos serviços de saúde"*¹. Esta RDC integra o elenco de medidas do Programa Nacional de Segurança do Paciente lançado pelo Ministério da Saúde e pela Anvisa em abril de 2013² e tem como áreas de aplicação *"os serviços de saúde públicos e privados, filantrópicos, civis ou militares, incluindo aqueles que exercem atividades de ensino e pesquisa"*¹.

De acordo com esta resolução os serviços de saúde deverão estruturar um *"Núcleo de Segurança do Paciente"* (NSP) cuja missão é desenvolver um *"Plano de Segurança do Paciente"* (PSP), que deverá ter como princípios norteadores: (1) a melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde; (2) a disseminação sistemática da cultura de segurança; (3) a articulação e a integração dos processos de gestão de risco; e, (4) a garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde.¹ Para a estruturação do NSP e desenvolvimento do PSP foi dado prazo de 120 dias contados a partir da data da publicação da RDC. Isto significa dizer que este prazo expirou em 27 de novembro de 2013.

A RDC 36/2013 aponta como estratégias e ações de gestão de risco esperadas do NSP: “(1) mecanismos de identificação do paciente; (2) orientação para higienização das mãos; (3) ações de prevenção e controle de eventos adversos relacionados à assistência à saúde; (4) mecanismos para garantir segurança cirúrgica; (5) orientações para administração segura de medicamentos, sangue e hemocomponentes; (6) mecanismos para prevenção de quedas dos pacientes; (7) mecanismos para a prevenção de úlceras por pressão; e (8) orientações para estimular a participação do paciente na assistência prestada”.

1

Ainda de acordo com esta RDC, o NSP será responsável pela notificação de eventos adversos decorrentes da prestação de serviços de saúde (p. ex.: quedas de pacientes, infecções hospitalares e o agravamento da situação de saúde por falhas ocorridas durante cirurgias) ao *Sistema Nacional de Vigilância Sanitária*: (1) em até quinze dias após a ocorrência; e (2) para os casos que resultar em morte, em até 72 horas. Para tanto serão utilizadas ferramentas eletrônicas disponibilizadas pela Anvisa. ¹ O início das notificações tinha prazo de 150 dias contados a partir da data de publicação da RDC, ou seja, 27 de dezembro de 2013.

Em 14 de novembro de 2013, a RDC 53/2013 alterou o artigo 12 da RDC 36/2013 ampliando o prazo para a criação do NSP e PSP para 180 dias, ou seja, até 27 de janeiro de 2014 e de 150 para 210 dias, ou seja, até 27 de fevereiro de 2014, para o início da notificação mensal dos eventos adversos. ³

As resoluções objeto deste artigo referem-se a “serviços de saúde” (SS). Portanto é necessário conhecer suas características e particularidades, em especial do principal ator envolvido no cuidado do paciente: o “profissional da área da saúde” (PAS).

A norma regulamentadora nº 32 (NR 32), que tem por finalidade “estabelecer as diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde”; no item 32.1.2, conceitua os SS: “Para fins de aplicação desta NR entende-se por serviços de saúde qualquer edificação destinada à prestação de assistência à saúde da população, e todas as ações de promoção, recuperação, assistência, pesquisa e ensino em saúde em qualquer nível de complexidade”. ⁴

Entretanto não define claramente “trabalhador dos serviços de saúde”. O texto sugere que a NR 32 ao definir SS “incorpora o conceito de edificação. Assim, todos os trabalhadores que exerçam atividades nessas edificações, relacionadas ou não com a promoção e assistência à saúde, são abrangidos pela norma. Por exemplo, atividade de limpeza, lavanderia, reforma e manutenção”.

5

Trabalhadores de saúde podem ser definidos como “pessoas que estão diretamente envolvidos em ações com usuários dos sistemas de saúde e aquelas que prestam apoio à gestão clínica-assistencial, independentemente do tipo de contrato ou vínculo, tanto no setor público quanto no privado”. ⁶

O mesmo texto refere que esta categoria profissional atua “no nível de gestão ou da assistência direta ao cidadão doente ou atendido em programas de promoção da saúde, sendo que podem também atuar nos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, na gerência e na produção de tecnologia”.⁶

É indiscutível que, ao tratarmos da segurança do paciente, todos os trabalhadores de serviços de saúde dedicados à assistência a pacientes devem ser considerados. Entretanto, pela frequência, intensidade e proximidade da interrelação *trabalhador- paciente* (“objeto” de trabalho dos SS), merecem destaque algumas categorias profissionais, genericamente denominadas “*profissional da área da saúde*” (PAS), tais como médicos, enfermeiros, dentistas, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, técnicos de serviços de diagnóstico e terapêutica, entre outros.

Quando tratamos da segurança e saúde do trabalhador da saúde devemos levar em conta que a assistência à saúde apresenta três dimensões complementares e interatuantes:⁷

- Como *processo de trabalho*: compartilha características comuns com outros processos que ocorrem na indústria e em outros setores da economia com direcionalidade técnica, instrumentos e força de trabalhos particulares e específicos;
- Como um *serviço*: especificidade fundamental da assistência à saúde relacionada ao “servir”, “cuidar”, “prover” e não ao “produzir”;
- Como um *serviço que se funda numa interrelação pessoal muito intensa* (“há muitas outras formas de serviço que dependem de um laço interpessoal, mas, no caso da saúde, ele é particularmente forte e decisivo para a própria eficácia da ação”): que não se realiza sobre coisas, sobre objetos, como acontece no caso de uma fábrica de automóveis, mas sim sobre pessoas com base numa estreita inter-relação física e emocional.

Esta relação íntima e a convivência não ocorre apenas entre paciente e trabalhador da saúde, mas também entre os próprios pacientes, na medida em que dividem espaços comuns (salas de espera, quartos e enfermarias, sanitários, etc.).

Além disso, ainda no campo do processo de trabalho e dos serviços prestados o “cuidar da saúde” implica na potencial exposição a praticamente todos os agentes de risco ocupacional – “*hazards*” - (físicos, químicos, biológicos, biomecânicos e de acidentes), incluindo um agente de risco muito específico aos SS relacionado à contínua exposição à dor, sofrimento e finitude humana: o agente de risco psicossocial.

Por outro lado, o tema do cuidado da saúde não pode ser analisado apenas tecnicamente. É fundamental incorporar a temática ecológica, considerando-se a eventual presença de agentes transmissores de doenças, além dos possíveis danos à qualidade do meio ambiente⁷ interno e externo, como no caso da gestão de resíduos.

Desta forma, temos desenhado um cenário de potenciais riscos e representações (“*danger*”) relacionados ao processo de trabalho e ao tipo de serviço prestado que pode por em risco (“*risk*”) a saúde e a segurança do trabalhador, do paciente e do ambiente.

Assim, ações de vigilância da segurança e saúde no trabalho em SS (considerando aqui processos e ambientes) são fundamentais para identificar proativamente agentes de risco (“*hazards*”), possibilitando seu controle ou eliminação, reduzindo assim o comprometimento da segurança e saúde de todos os elementos envolvidos (trabalhador, paciente e ambiente). No **Quadro 1**, fundamentamos o conceito utilizado nestes últimos parágrafos.

Quadro 1. Conceito de risco ocupacional (elaborado pelo autor).

HAZARD (Agente de risco)	Qualquer elemento, biótico ou abiótico, presente no ecossistema laboral e/ou no processo de trabalho, que possa causar dano (doença ou agravo à saúde) ao trabalhador.	Ex.: eletricidade, piso escorregadio, bactérias ou vírus.
DANGER (Perigo)	Efetiva e necessária possibilidade de exposição do trabalhador ao agente de risco	Ex.: atividades laborais de PAS, técnicos de laboratório e pessoal da higienização.
RISK (Risco)	Quão grande é a chance de o trabalhador adoecer ou sofrer algum dano em decorrência da exposição ao agente de risco	Ex.: o risco de soroconversão pós-exposição ao vírus da hepatite B é de cerca de 30% em indivíduos não vacinados

Vigilância da segurança e saúde no trabalho, RDCs e NRs

Nessa linha de raciocínio, vale analisar as convergências entre as ações para a promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade dos serviços de saúde (objeto da RDC 36/2013) e as ações de promoção da segurança e saúde do trabalhador (objeto das NRs 7 e 9) dos serviços de saúde (objeto da NR 32) que impactam na segurança do paciente.

Como vimos, várias RDC e NR, em particular a NR32, têm como foco os serviços de saúde, diferenciando-se pelo objeto de interesse. Enquanto a segurança do paciente interessa à RDC 36/2013, a segurança (e saúde) do trabalhador interessa às NR. À NR32 especificamente, interessa a segurança e saúde do trabalhador de SS.

Vimos também que o paciente é o “objeto” de atenção dos SS e a “matéria prima” de um processo de trabalho caracterizado pelo “cuidar”. Nesse contexto, ele pode representar um agente de risco para o trabalhador, particularmente quando consideramos os de natureza biológica e alguns tipos de acidente.

Ocorre que, o trabalhador da saúde, por outro lado, pode também representar um agente de risco para o paciente, decorrente da veiculação de bioagentes ou de erros em procedimento, por exemplo. Pode-se afirmar então que:

Nos SS, agentes de risco ambiental presentes
e/ou trabalhador da saúde doente = risco à
segurança (e saúde) do paciente.

Quem cuida da segurança e da saúde do trabalhador é a equipe técnica de engenharia de segurança e medicina do trabalho que, por lei (NR4), integra o Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT).

O SESMT, em obediência às NR (e o SESMT dos SS em obediência também à NR 32) desenvolve programas de prevenção de riscos ambientais [P.P.R.A. - (NR 9)] e de controle médico de saúde ocupacional [P.C.M.S.O. - (NR 7)] que ao mesmo tempo em que almejam garantir trabalhadores seguros e saudáveis podem colaborar para garantir a segurança (e a saúde) do paciente.⁸

OBJETIVOS

Este artigo tem os seguintes objetivos.

Geral: analisar os riscos ambientais e ocupacionais e as convergências entre as ações de promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade dos serviços de saúde e as ações de promoção da segurança e saúde do trabalhador dos serviços de saúde que podem impactar na segurança do paciente.

Decorrentes: propor ações preventivas e corretivas focadas na cultura prevencionista tendo o paciente como objeto estendido dos programas voltados ao trabalhador da saúde.

MÉTODO

Os agentes de risco e eventuais impactos na segurança e saúde do trabalhador e do paciente foram analisados através do entendimento da RDC 36/2013 e da consulta à legislação relativa às ações de segurança e saúde do

trabalhador da saúde, em particular a Normas Regulamentadoras N° 4, 7, 9 e 32 (NRs 4, 7, 9 e 32).⁸

Desta forma os agentes de risco para a segurança e saúde do trabalhador da saúde foram elencados, sendo feita uma análise daqueles com potencial risco “estendido” para o paciente.

Nesta análise consideramos como base os agentes de risco constantes no Anexo IV da NR 9 (*Classificação dos principais riscos ocupacionais em grupos, de acordo com a sua natureza*)⁸, apontados no **Quadro 2**.

Quadro 2. Classificação dos principais riscos ocupacionais (Anexo IV da NR 9).

GRUPO 1 VERDE	GRUPO 2 VERMELHO	GRUPO 3 MARRON	GRUPO 4 AMARELO	GRUPO 5 AZUL
Riscos Físicos	Riscos Químicos	Riscos Biológicos	Riscos Ergonômicos	Riscos de Acidentes
Ruído Vibrações Calor Frio Umidade Radiações não ionizantes Radiações ionizantes Pressões anormais Outros	Poeiras Fumos Névoas Neblinas Gases Vapores Produtos químicos em geral Outros	Vírus Bactérias Protozoários Fungos Parasitas Bacilos Outros	Esforço físico intenso Levantamento e transporte manual de peso Exigência de posturas inadequadas Controle rígido de produtividade Imposição de ritmos excessivos Trabalho em turnos e trabalho noturno Jornadas de trabalho prolongadas Monotonia e repetitividade Outras situações causadoras de estresse físico	Arranjo físico inadequado Máquinas e equipamentos sem proteção Ferramentas inadequadas ou defeituosas Iluminação Inadequada Eletricidade Probabilidade de incêndio ou explosão Armazenamento inadequado Insetos Animais peçonhentos Outras situações de risco que poderão contribuir para a ocorrência de acidentes

			e / ou psíquico	
--	--	--	-----------------	--

Num segundo momento, com base no estabelecido pela RDC 36/2013, quanto a seus princípios norteadores e estratégias e ações de gestão de risco esperadas do NSP, verificamos os pontos de convergência.

Como resultado desta análise foi elaborada proposta de ações e vigilância.

RESULTADOS

Identificação de agentes de risco em SS

Fundamentado nos agentes de risco constantes da Tabela IV da NR9 e considerando os agentes de risco mais frequentemente presentes em SS e que, portanto, interessam de maneira significativa ao trabalhador da saúde, particularmente aquele que presta cuidado direto ao paciente, pudemos identificar:

Quadro 3. Classificação dos principais riscos ocupacionais potencialmente presentes em serviços de saúde (elaborado pelo autor).

GRUPO 1 VERDE	GRUPO 2 VERMELHO	GRUPO 3 MARRON	GRUPO 4 AMARELO	GRUPO 5 AZUL
Agentes de Risco Físicos	Agentes de Risco Químicos	Agentes de Risco Biológicos⁽²⁾	Agentes de Risco Biomecânicos e Psicossociais⁽³⁾	Agentes de Risco de Acidentes⁽⁴⁾
Calor Frio Umidade Radiações não ionizantes Radiações ionizantes	Poeiras Gases Vapores Produtos químicos em geral Quimioterápicos antineoplásicos ⁽¹⁾	Microrganismos geneticamente modificados ou não Culturas de células Parasitas Toxinas Príons	Esforço físico inadequado Levantamento e transporte manual de peso Exigência de postura inadequada Controle rígido de produtividade Imposição de ritmos excessivos Trabalho em turno e noturno Jornadas de	Arranjo físico inadequado Equipamentos sem proteção Ferramentas inadequadas ou defeituosas Iluminação inadequada Probabilidade de incêndio ou explosão Armazenamento

			trabalho prolongadas Outras condições causadoras de estresse físico e/ou psíquico: desconforto auditivo e vibrações	inadequado Animais peçonhentos Outras situações de risco que poderão contribuir para a ocorrência de acidentes
--	--	--	--	--

⁽¹⁾ De acordo com a NR32⁴; ⁽²⁾ De acordo com a NR32⁴; ⁽³⁾ De acordo com a interpretação do autor; ⁽⁴⁾ Considerar a exposição acidental a material biológico potencialmente contaminado⁹

Em cada uma das categorias apontadas no **Quadro 3** buscou-se identificar um ou mais agentes de risco que podem afetar o paciente, seja de forma

- **Direta:** agente relacionado ao ambiente no qual o paciente está sendo cuidado e/ou processo de trabalho ao qual está sendo submetido, que denominamos **“Agentes de Risco Diretos à Segurança do Paciente”** – RDSP; e
- **Indireta:** agente relacionado ao impacto no paciente dos riscos à segurança e saúde do trabalhador da saúde, ou seja, doenças e agravos decorrentes de exposição do trabalhador a agentes de risco que sejam causa de restrição ou inaptidão para o trabalho, que denominaremos **“Agentes de Risco Estendidos à Segurança do Paciente”** – RESP.

“Riscos Diretos à Segurança do Paciente” – RDSP

Desta forma foram identificados os agentes de risco abaixo:

Físicos

- **Raios-X:** (1) procedimento radiológico realizado com equipamento móvel em ambiente de cuidado coletivo (p.ex.: pronto socorro, enfermarias, unidades de terapia intensiva); (2) procedimento em paciente grávida.
- **Material radioativo:** (1) exposição a rejeitos radioativos inadequadamente armazenados para decaimento; (2) internação de paciente para administração de radiofármaco em quarto sem blindagem, sanitário privativo, biombo blindado e acesso controlado; (3) circulação de paciente submetido a procedimentos diagnósticos com marcadores radioativos por áreas não controladas.
- **Eventuais:** tais como frio, calor e umidade.

No caso de SS, ruído e vibrações provenientes de reformas, poluição acústica externa, máquinas e equipamentos e do próprio ambiente raramente atingem valores acima dos níveis de tolerância, entretanto, podem representar situação de desconforto e estresse. Por este motivo foram alocados junto aos agentes de risco relacionados à ergonomia.

Químicos

- **Gases e vapores anestésicos:** por falta de manutenção corretiva e preventiva de cilindros de gases, conectores, conexões, mangueiras, balões, traqueias, válvulas, aparelho de anestesia e máscaras faciais para ventilação pulmonar.
- **Poeiras:** decorrente de reformas ou manutenção sem adequada transferência dos pacientes e isolamento da área.
- **Substâncias compostas ou produtos químicos em geral:** utilizados para higienização, descontaminação ou controle de animais sinantrópicos em ambientes que abriguem pacientes e na presença destes. Consideramos neste grupo os quimioterápicos antineoplásicos.

Biológicos

- **Microrganismos e parasitas:** decorrente da ausência de (1) Plano de Gestão de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) possibilitando contaminação cruzada; (2) Procedimento Operacional Padrão para circulação de pacientes portadores de doenças infectocontagiosas; (3) Quartos ou enfermarias de isolamento; (4) Procedimento Operacional Padrão para higienização e circulação de fomites contaminados; (5) Procedimento Operacional Padrão para descontaminação dos ambientes destinados a cuidados a pacientes; (6) Procedimento Operacional Padrão para manejo de pacientes suspeitos ou confirmados para tuberculose bacilifera.

Biomecânicos, (organizacionais) e psicossociais

- **Postura inadequada:** decorrente de (1) macas e camas inapropriadas para as características do paciente ou procedimento que está sendo executado; (2) posições passivas impostas em procedimentos invasivos.
- **Situações causadoras de estresse físico e/ou psíquico:** associadas a (1) espera para a realização do procedimento; (2) falta de informação sobre o procedimento a ser realizado (passos e tempo); (3) característica dos ambientes de espera e realização do procedimento; (4) falta de referência de um cuidador nesse período de realização do procedimento; (5) desconforto acústico e devido a vibrações.

Acidentes

- **Arranjo físico inadequado:** (1) que dificulte a movimentação do paciente no ambiente de atendimento ou internação; (2) que não considere as limitações impostas pelas características do paciente

(necessidade de apoio, faixas e pisos orientadores, rampas de acesso, p.ex.).

- **Equipamentos sem proteção:** macas ou camas sem proteção lateral, p.ex.
- **Ferramentas inadequadas ou defeituosas:** entendendo “ferramentas” como qualquer instrumento ou utensílio que se usa para a realização de um trabalho, como por exemplo, instrumental cirúrgico, sondas, cânulas, equipo para infusão, etc.
- **Iluminação inadequada:** que dificulte a movimentação ou sentido de localização dos objetos e do próprio paciente.
- **Probabilidade de incêndio ou explosão:** por falta de manutenção corretiva e preventiva de cilindros de gases, conectores, conexões, mangueiras, etc.
- **Armazenamento inadequado:** possibilitando o acesso do paciente a (1) produtos químicos; (2) produtos de higiene; (3) drogas; (4) medicamentos; (5) material perfurocortante de qualquer natureza.
- **Animais peçonhentos e sinantrópicos:** por falta de (1) higienização; (2) restos de alimentos; (3) padronização de procedimentos para o controle de animais sinantrópicos nocivos.
- **Outras situações de risco que poderão contribuir para a ocorrência de acidentes:** pacientes abandonados, sem um observador responsável, p.ex.

“Riscos Estendidos à Segurança do Paciente” – RESP

Desta forma foram identificados os agentes de risco abaixo.

Físicos:

- Doenças e agravos à saúde decorrentes de exposição ocupacional a agentes físicos que sejam causa de inaptidão, restrição ou comprometimento do trabalho. P.ex.: trabalhador com audição comprometida induzida por ruído (PAIR), apatia ou sonolência decorrente de leucopenia em trabalhador exposto a radiação ionizante, etc.

Químicos:

- Doenças e agravos à saúde decorrentes de exposição ocupacional a agentes de risco químico que sejam causa de inaptidão, restrição ou comprometimento do trabalho. P.ex.: trabalhador comprometido por doenças do sangue, hepáticas ou renais decorrentes de exposição a produtos químicos.

Biológicos:

- **Microrganismos e parasitas:** veiculados pelo trabalhador da saúde em decorrência da falta de (1) programa de imunização ativa contra tétano, difteria, hepatite B e os estabelecidos pelo PCMSO (32.2.4.17.1); (2) fornecimento de vacinas eficazes contra outros agentes biológicos a que os trabalhadores estão, ou poderão estar, expostos (32.2.4.17.2); (3) controle da eficácia da vacinação sempre que recomendado pelo Ministério da Saúde e seus órgãos, a fim de providenciar, se necessário, seu reforço (32.2.4.17.3); (4) capacitação dos trabalhadores sobre os riscos a que estarão expostos e o risco estendido aos pacientes pelo não cumprimento do programa de vacinação; (5) capacitação dos trabalhadores sobre os riscos de contaminação e ações preventivas, particularmente a higienização das mãos antes e após cada procedimento, mesmo tendo usado luvas (32.2.4.3.2); (6) procedimento operacional padrão no caso de trabalhador da saúde portador de doença infectocontagiosa; (7) procedimento operacional padrão para controle da disseminação intra-hospitalar da tuberculose bacilífera envolvendo o trabalhador da saúde (triagem tuberculínica); (8) procedimento operacional padrão no caso de trabalhador da saúde com feridas ou lesões nos membros superiores (32.2.4.4); (9) procedimento operacional padrão no caso de trabalhador da saúde portador de parasitoses (fungos e parasitas). P.ex.: trabalhador portador de doença infectocontagiosa ou não capacitado quando à prevenção de doenças causadas por agentes biológicos.

Biomecânicos, (Organizacionais) e Psicossociais:

- **Ergonomia física (esforço físico intenso; levantamento e transporte manual de peso; exigência de postura inadequada):** gerando trabalhadores da saúde com restrições e limitações físicas decorrentes de doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo. P.ex.: trabalhador com limitação de movimentos ou comprometimento da capacidade de sustentação de peso decorrente de afecções musculoesqueléticas.
- **Ergonomia organizacional (controle rígido de produtividade; imposição de ritmos excessivos; trabalho em turno e noturno; jornadas de trabalho prolongadas):** gerando trabalhadores com o processo perceptivo, cognitivo e motor na execução das tarefas (**ergonomia cognitiva**) comprometido por (1) estafa física e mental, causas importantes na gênese de erros e acidentes; (2) transtornos mentais e comportamentais; (3) escape para drogas lícitas e ilícitas; (4) efeitos indesejáveis de medicamentos. P.ex.: trabalhador com limitações ou comprometimento da capacidade laboral devido transtorno emocional ou efeitos adversos de medicamentos utilizados para controle deste tipo de transtorno.

Acidentes:

- **Arranjo físico inadequado:** podendo levar a (1) queda de objetos e do próprio trabalhador sobre o paciente; (2) acidentes durante procedimentos.
- **Ferramentas inadequadas ou defeituosas:** falta de critério ou impossibilidade de escolha, levando a mau uso ou improvisação.
- **Iluminação inadequada:** podendo levar a erro na identificação de medicamentos; e
- **Outras situações de risco que poderão contribuir para a ocorrência de acidentes:** ambientes com pacientes em quantidade superior a sua capacidade e desproporção na relação paciente : cuidador.

CONCLUSÃO

Há evidências de:

- Pontos de contato entre a vigilância da saúde do trabalhador da saúde e a vigilância da segurança (e da saúde) do paciente;
- Convergência entre as ações (1) de promoção da segurança do paciente; (2) de melhoria da qualidade dos serviços de saúde; e (3) de promoção da segurança e saúde do trabalhador dos serviços de saúde.
- Que não conformidades nos programas de Segurança e Saúde no Trabalho podem efetivamente impactar na segurança do paciente.
- Diante desta análise e considerando os dois eixos fundamentais da RDC 36/2013 e as ações de promoção da saúde e prevenção de agravos decorrentes de agentes de risco ocupacionais é proposto:

Quanto à articulação e a integração dos processos de gestão de risco:

- Garantir a representação do SESMT no NSP (Médico do Trabalho e Engenheiro de Segurança).
- Analisar o ambiente, posto e processo do trabalho identificando situações de risco para o paciente que devem constar no Mapa de Risco elaborado pela CIPA/COMSAT e Laudo Técnico das Condições do Ambiente de Trabalho (L.T.C.A.T.) e P.P.R.A. elaborados pelo SESMT;
- Identificar as ações preventivas a serem tomadas junto aos trabalhadores que reduzam o risco para o paciente. P.ex.: (1) programa de vacinação e controle sorológico dos trabalhadores (32.2.4.17 e RDC 36 - Seq VII - Art 43); (2) plano de afastamento do cuidado direto ao paciente de trabalhador doente, com feridas ou lesões em membros superiores (32.2.4.4 e RDC 36 – Seq VII – Art 45) ou com restrições

físicas, psíquicas e medicamentosas (RDC 36 – Seç VII – Art 44), que devem constar no P.C.M.S.O.

- Aplicar medidas de redução da possibilidade de contaminação e contágio. P.ex.: (1) medidas de descontaminação do ambiente, equipamentos e materiais (32.2.4.11 e 32.2.4.12 e RDC 36 – Seç II – Art. 8º e Seç VIII – Art 57); (2) lavatório exclusivo para higiene das mãos provido de água corrente, sabonete líquido, toalha descartável e lixeira provida de sistema de abertura sem contato manual (32.2.4.3 e RDC 36 – Seç VIII – Art. 59); (3) isolamento em quartos ou enfermarias com lavatório em seu interior (32.2.4.3.1 e RDC 36 – Seç II – Art 17) e procedimentos de transporte no caso de pacientes com suspeita ou portadores de doenças infectocontagiosas.

Quanto à disseminação sistemática da cultura de segurança

Incluir nos programas de capacitação continuada dos trabalhadores exigidos pela NR32 e RDC 36 itens relativos à:

- Cultura prevencionista; e,
- Segurança do paciente (p.ex.: identificação do paciente, segurança cirúrgica, cuidados com a prescrição, uso e administração de medicamentos, etc.).

AGRADECIMENTOS

Aos profissionais da equipe da DVST-CVS-SES/SP pela colaboração e apoio.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Agência de Vigilância Sanitária (Anvisa). Resolução da Diretoria Colegiada nº. 36 (RDC 36/2013). Brasília: DOU de 26/07/2013, Seção I, p. 32.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Agência de Vigilância Sanitária (Anvisa). Portaria nº. 529. Brasília: DOU de 02/04/2013, Seção 1, p 43.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Agência de Vigilância Sanitária (Anvisa). Resolução da Diretoria Colegiada nº. 53 (RDC 53/2013) Brasília: DOU de 20/11/2013, Seção 1, p 77.
4. BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Gabinete do Ministro (GM). Portaria nº. 485. Brasília: DOU de 16/11/2005, Seção 1, p.80.
5. BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Secretaria de Inspeção do Trabalho. Riscos biológicos: guia técnico. Ruth Beatriz V. Vilela. Brasília, 2008. Disponível em

http://portal.mte.gov.br/data/files/FF8080812BCB2790012BD509161913AB/gui_a_tecnico_cs3.pdf. Acessado em 29/07/2014.

6. Minas Gerais. Gestão das condições de trabalho e saúde dos trabalhadores da saúde: caderno de textos / [Organização do texto Ada Ávila Assunção, Andrea R. Motta – Belo Horizonte:UFMG, Departamento de Medicina Preventiva e Social, 2013

7. Nogueira RP. Relações do trabalho no setor saúde: as dimensões do trabalho em saúde. SciELO books. Disponível em <http://books.scielo.org/id/9tc7r/pdf/amancio-9788575412787-08.pdf>. Acessado em 21/07/2014:

8. Moraes GA. Legislação de Segurança e Saúde Ocupacional. 2a ed. Rio de Janeiro: GV Editora; 2009

9. BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Gabinete do Ministro (GM). Portaria nº. 1748. Brasília: DOU de 31/11/2011, Seção 1, p.143.

Recebido: 23/01/2017; **Publicado:** 01/02/2017

Correspondência: Marcelo Pustiglione. E-mail: cepah.marcelo@gmail.com

Conflito de Interesses: o autor não declarou conflito de interesses

© This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.