

Centro Paula Souza  
Etec professor Alfredo de Barros Santos  
Técnico em Segurança do Trabalho

## **DESENVOLVIMENTO DE UM PLANO DE ADEQUAÇÃO ÀS NORMAS DE SEGURANÇA DO TRABALHO PARA UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE**

Lucas Antônio de Castro

Luiz Fernando Souza Pinto

Maria de Lourdes R. M. da Fonte

Murillo Vieira

Vitória Silveira da Silva

**Resumo:** A cultura de segurança em unidades básicas de saúde é de extrema importância. Isso porque a segurança do colaborador é fundamental para melhoria qualitativa da assistência das instituições de saúde, pois se não houver um colaborador seguro e saudável as atividades do dia a dia laboral não se desenvolvem, visto que o colaborador é peça fundamental dentro de qualquer organização. O objetivo do estudo de caso é caracterizar a Segurança do Trabalho em uma unidade básica de saúde, de modo a subsidiar ações de adequação das atividades às exigências das NRs. Como metodologia, foi realizada a pesquisa aplicada, do tipo estudo de caso. Quando há uma cultura de segurança estabelecida, os profissionais da saúde são incentivados a identificar e relatar problemas de segurança, além de trabalharem juntos para desenvolver estratégias para prevenir acidentes adversos. Na perspectiva do cidadão, a qualidade de resposta do sistema de saúde ainda está longe de alcançar um nível razoável de satisfação. Por isso, a cultura de segurança é fundamental para garantir a confiança dos pacientes nos serviços de saúde e para aprimorar a qualidade do atendimento, bem como a própria visão do colaborador sobre a saúde e segurança de todos. Na Atenção Primária, a segurança do colaborador é essencial para a sustentabilidade dos cuidados de saúde e para a redução de eventos adversos que podem ocorrer nos setores da Unidade Básica de Saúde. Quando a cultura de segurança está presente, os profissionais de saúde são mais propensos a adotar comportamentos seguros e a trabalhar em conjunto para garantir a segurança do dos mesmos e dos pacientes. Em conclusão, a cultura de segurança é crucial para garantir a qualidade da assistência à saúde e a confiança dos pacientes nos serviços prestados. Além disso, ela é essencial para a sustentabilidade dos cuidados de saúde e para a redução de eventos adversos. Por isso, é fundamental que as unidades básicas de saúde estabeleçam uma cultura de segurança forte e efetiva.

**Palavras-chave:** Segurança do trabalho. Equipamento de proteção individual. Unidades básicas de saúde. Adequação. Normas Regulamentadoras

**Abstract:**The safety culture in basic health units is extremely important. This is because the employee's safety is essential for qualitative improvement of assistance in health institutions, because if there is no safe and healthy employee, the day-to-day work activities do not develop, since the employee is a fundamental part within any organization. The objective of this case study is to characterize the Occupational Safety in a basic health unit, in order to support actions to adapt the activities to the NRs requirements. The methodology used was applied research, of the case study type. When a safety culture is established, health professionals are encouraged to identify and report safety problems, and work together to develop strategies to prevent adverse accidents. From the citizen's perspective, the quality of response from the health care system is still far from reaching a reasonable level of satisfaction. Therefore, safety culture is fundamental to ensure patients' trust in health services and to improve the quality of care, as well as the employee's own view of everyone's health and safety. In Primary Care, employee safety is essential for the sustainability of health care and the reduction of adverse events that can occur in the sectors of the Primary Health Care Unit. When safety culture is present, health professionals are more likely to adopt safe behaviors and work together to ensure the safety of themselves and patients. In conclusion, safety culture is crucial to ensure the quality of health care and patients' confidence in the services provided. Moreover, it is essential for the sustainability of healthcare and the reduction of adverse events. Therefore, it is critical that primary health care facilities establish a strong and effective safety culture.

## 1 INTRODUÇÃO

A história da Segurança do Trabalho no Brasil teve início no ano de 1930, posterior a história da Segurança do trabalho na Europa que teve início durante a Revolução Industrial (1760).

Nesse período o Brasil passava por um momento de transição da economia agrária para a economia industrial, o então presidente Getúlio Vargas assinava os direitos trabalhistas individuais e coletivos com a criação da CLT, em 1943. De acordo com Souto (2019), no Brasil a lei nº 6.514, de 22 de dezembro de 1977, alterou o Capítulo II da Consolidação das Leis do Trabalho, artigos 154 a 201, onde estão definidas as obrigações do poder público, empregadores e dos trabalhadores em segurança e saúde no trabalho.

Um dos marcos na história da segurança do trabalho foi a criação em 1930 do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, atual MTE. Os processos que antes eram utilizados para atender apenas formalidades agora fariam parte da gestão das organizações, embora a criação do ministério do trabalho tenha favorecido os trabalhadores intitulados "CLTs" sabe-se que por outro lado criou-se uma incógnita

mais preocupante, embora exista o Ministério do Trabalho, a cultura organizacional de saúde e segurança do trabalho não é adequada dentro das organizações para maior segurança e saúde dos colaboradores que vivenciam o dia a dia laboral. Segundo Gonçalves Filho, Andrade e Marinho (2011), devido a defasagem na adequação da cultura de saúde e segurança do trabalho nas organizações brasileiras que sua estruturação tem chamado a atenção, pois a mesma só será bem-sucedida em instituições que já tenham alcançado um nível de maturidade e preparo.

A cultura em si é singular, muda conforme o ambiente ao qual encontra-se, para mantê-la é necessário um compromisso real com as bases, missão e visão do local, trazendo o mesmo conceito para a área de Segurança do Trabalho pode-se analisar o mesmo ponto de vista. Segundo Arruda (2020), como um estado de plenitude, a cultura de saúde e segurança do trabalho é um objetivo recorrentemente desejado, porém seu alcance é escasso.

Quando a organização possui uma base sólida e comprometida com a Segurança e saúde do colaborador, torna-se fácil a transição de uma cultura organizacional comum para uma cultura organizacional comprometida não apenas com os resultados obtidos, mas também com a saúde e segurança dos colaboradores em questão. De acordo com Levorato, Woida e Silva (2021), A organização se constitui através de pessoas e sua formação vai além da instituição física, tendo as pessoas como responsáveis pela implantação e pela operacionalização das atividades, qualquer organização passará pelo impacto de mudanças no dia a dia laboral.

É necessário avaliar o aspecto humano que existe dentro das organizações, o que move as organizações, o que as faz criar e existir são os colaboradores, pessoas que se tornam responsáveis por tarefas diárias, por rotinas laborais e por setores de trabalho, ambientes que devem ser seguros para o dia a dia delas. Ao abranger o ser humano como um dos pontos a ser analisado, precisa-se pensar na questão humana, pessoas singulares que convivem determinado período de tempo em ambientes organizacionais, ao avaliar entende-se que o convencer a parte humana da organização é o “motor”, a peça fundamental de um quebra-cabeça maior, pessoas imitam comportamentos dentro de uma sociedade, logo, colaboradores imitam comportamentos dentro das organizações, ao convencer e conscientizar os colaboradores inicia-se a adequação da cultura de saúde e segurança do trabalho com maiores chances de obter eficácia em seu processo. Segundo Mendes (2022), devido a crescente competição existente dentro das organizações, o modelo estrutural das mesmas clama por uma atuação mais efetiva, com isso um ambiente seguro e saudável traz ao colaborador uma motivação que por consequência, torna-se essencial ao projeto de adequação do modelo estrutural aos parâmetros seguidos pela segurança do trabalho. Logo, entende-se que o lado humano existente dentro da organização é fundamental para o andamento correto das informações e da adequação da cultura de segurança.

No entanto, mesmo que existam iniciativas diversas referentes a tentativa de adequação da Cultura de saúde e Segurança do Trabalho, os números de mortes apontam que ainda é necessário que as organizações estabeleçam uma cultura de segurança bem alicerçada, capaz de reduzir ou em caso de organizações visionárias, zerar o número de morbimortalidades ocasionadas por acidentes de trabalho e doenças ocupacionais, visto que ambos são os grandes vilões que assustam não apenas os colaboradores, mas também a gestão das organizações. Por esse motivo torna-se necessário um estudo mais aprofundado não apenas das organizações e de suas respectivas partes, mas das falhas e deslizes que dizem respeito ao próprio colaborador, pois os atos inseguros são em sua maioria a principal causa dos acidentes e em casos extremos óbitos que ainda são realidade dentro das organizações. De acordo com Gonçalves Filho, Andrade e Marinho (2011), a tendência atual é um estudo mais diversificado, como a procura de possíveis impactos nos fatores organizacionais, tendo como exemplo a gestão, a própria cultura de segurança e seu planejamento.

Segundo Pacheco (2012), O cuidado com a saúde e integridade do colaborador é uma das oportunidades de melhoria dentro das organizações, pois se estabelece como indicador ao que diz respeito a competitividade e ao desempenho, tornando-se um dos elementos estabelecidos como responsabilidade social do negócio, podendo ser acompanhados, assim como todas as outras áreas organizacionais.

Ao utilizar-se de indicadores para analisar determinada situação consegue-se quantificar e qualificar os agentes e riscos capazes de impedirem o crescimento e a adequação da cultura da saúde e segurança do trabalho, sendo assim, o estudo torna-se palpável e possível de evolução para então iniciar do ponto de vista gestor a adequação da cultura da saúde e segurança do trabalho. Com a iniciativa partindo da gestão da organização mais o movimento que envolve os colaboradores, pode-se enfim entender que a adequação da cultura de saúde e segurança do trabalho possui duas vertentes que se trabalhadas da maneira correta e coerente trazem benefícios duradouros para ambas as partes envolvidas. De acordo com Antunes (2018), implantação de ferramentas comportamentais, como diálogos diários de segurança, instruções de segurança, inspeções de segurança e registros de incidentes, fortalecem a conscientização dos perigos e riscos aos quais os colaboradores estão expostos. Os trabalhadores que adotam hábitos adequados de prevenção, trabalham um papel fundamental na adequação de uma cultura de segurança.

O objetivo do estudo de caso é caracterizar a Segurança do Trabalho em uma unidade básica de saúde, de modo a subsidiar ações de adequação das atividades às exigências das NRs.

A falta da adequação da cultura de saúde e segurança do trabalho na organização estudada mostra como o estudo é válido e necessário, pois através do mesmo pode-se sanar a questão de que a organização carece de uma mudança cultural referente a Segurança e saúde no trabalho, não apenas no âmbito de gestão, mas também no operacional envolvendo todos os colaboradores.

A adequação é necessária, pois dessa forma a inovação e interação dentro da organização tanto no ponto de vista da gestão, quanto no ponto de vista operacional irão unir-se de forma a trabalhar juntas pela construção das bases sólidas e coerentes de uma Cultura de saúde e segurança do trabalho confiável, ao ponto de ser implantada e seguida independente do setor da UBS que esteja envolvido.

## 2 DESENVOLVIMENTO

### 2.1 BIOSSEGURANÇA

Para Carvalho (2013), a questão dos perigos ocupacionais merece atenção, tendo em vista que é necessário reconhecer que um profissional inserido num ambiente de trabalho, certamente estará exposto a diversos perigos simultaneamente. A avaliação do perigo no ambiente de trabalho é um passo importante na proteção dos profissionais, dos bens patrimoniais, bem como para o cumprimento da legislação vigente. Na maioria das vezes medidas simples são capazes de controlar os perigos identificados.

De acordo com Penna et al (2010), a definição de biossegurança começou a ser construída no início da década de 1970, após o surgimento da engenharia genética na sociedade. Em 1973 houve a primeira experiência utilizando a técnica de engenharia genética, uma transferência de expressão do gene da insulina para a bactéria *Escherichia coli*. provocando uma forte reação da comunidade mundial de ciência, realizando a Conferência de Asilomar.

Segundo o Ministério da saúde (2017), de forma preventiva, prioritária para riscos biológicos, planejada pela Organização Mundial de Saúde, para controle do ambiente e do método de trabalho de laboratórios de saúde pública surgiu a biossegurança.

A Lei 8974/1995 consolidou a Lei brasileira de Biossegurança na década de 1990. Somente em 2000, discursões envolvendo clonagem e uso de células tronco marcaram esse período. O desenvolvimento do Conselho Nacional de Biossegurança (CNBS), reestruturou a Comissão Técnica Nacional de Biossegurança (CTNBio) e utilizou a Política Nacional Brasileira (PNB) para regulamentar as atividades que envolvem construção, consumo, transporte, armazenamento, comercialização, liberação e descartes relacionados a OGMs (Organismos Geneticamente Modificados) em todo território brasileiro, após a Lei nº 11.105 de 24 de março de 2005 revoga a Lei nº 8.974/95 (ALBUQUERQUE, 2001).

De acordo com Mattos e Freitas (1994), o mapa de risco é uma metodologia descritiva e qualitativa de investigação territorial de riscos, publicado no Brasil no início

da década de 1980, para o estudo das condições de trabalho, a dimensão política de ação do trabalhador na defesa de seus direitos apoiado no Modelo Operário Italiano

A proposta italiana categorizava os riscos em quatro grupos:

1. Fatores presentes no trabalho e nos locais de habitação (luz, temperatura, ventilação e umidade);
2. Fatores característicos dos ambientes de trabalho (poeiras, gases, vapores e fumaças);
3. Fatores que provocam desgaste físico e mental;
4. Condições de trabalho que geram estresse e a organização do trabalho.

De acordo com Carvalho (2013), a questão dos perigos ocupacionais merece atenção, tendo em vista que é necessário reconhecer que um profissional inserido num ambiente de trabalho, certamente estará exposto a diversos perigos simultaneamente. Os valores adquiridos pelos funcionários, devem ser priorizados, estudados e implementados na medida do possível na nova cultura, usando ferramentas de dados quantitativos e qualitativos, ressalta Nadolny (2013).

As condições as quais os colaboradores estão expostos todos os dias ao cumprirem suas funções, devem ser analisadas e posteriormente estudadas para que seja elaborado um desenvolvimento seguro das mesmas, mantendo a integridade física e moral do colaborador. De acordo com Oliveira (2007) a literatura de segurança indica que uma experiência maior com relação a acidentes e uma cultura de segurança organizacional mais fortes são fatores que influenciam e desencadeiam mais comportamentos seguros entre os colaboradores e conseqüentemente expandem a cultura de segurança dentro da organização.

## 2.2 A NORMA REGULAMENTADORA 32

O Brasil é o único país do mundo no qual existe uma norma regulamentadora (NR) para a proteção dos profissionais de saúde. Criada em 2005, a NR-32 trata da segurança, proteção e preservação da saúde dos profissionais de saúde. De acordo com Silva (2020), a segurança do colaborador é um problema que desenvolve estudos pelo mundo inteiro, assim se faz necessária a implantação de uma cultura de segurança que estabeleça meios para que a saúde do colaborador e dos paciente se tornem a prioridade dentro das instituições de saúde e seja o foco dos profissionais atuantes na área.

É importante apresentar a NR-32 para que se possa, por meio de seu estudo, compreender os riscos inerentes as profissões na área de saúde, bem como as medidas de proteção a serem adotadas. Tal conhecimento permite a execução de procedimentos mais assertivos. De acordo com Machado (2012), os riscos e desastres recorrentes dentro das organizações são atualmente um dos maiores problemas, problemas esses que tendem a se agravar, caso não haja uma adequação da cultura de segurança bem planejada e efetiva ao ponto de transformar não apenas a metodologia, como também o comportamento humano.

## 2.3 DOS RESÍDUOS

Os RSS estão classificados em quatro grupos (BRASIL, 2020):

<b>GRUPO A</b>	Oferecem risco potencial à saúde pública e ao meio ambiente pois são constituídos por agentes biológicos
<b>GRUPO B</b>	Os riscos à saúde pública e ao meio ambiente são consequentes de suas características químicas
<b>GRUPO C</b>	São constituídos por materiais radioativos ou contaminados com radionuclédeos, em geral são aqueles produzidos por laboratórios de análises clínicas, medicina nuclear e radioterapia.
<b>GRUPO D</b>	Resíduos comuns não descritos.

Em conformidade com a RDC nº 222/2020 da ANVISA os RSSS se classificam do seguinte modo:



1. Grupo A (infectantes) – são formados por agentes biológicos com características de virulência e que podem oferecer risco de infecção.
2. Grupo B (químicos) – são formados por produtos químicos que oferecem risco à saúde e ao meio ambiente, independentemente de suas características.
3. Grupo C (radioativos).
4. Grupo D (comuns) – não possuem as especificidades dos materiais usados em serviços de saúde, sendo tratados como quaisquer outros resíduos urbanos (BRASIL, 2020).
5. Grupo E (perfurocortantes) – são objetos e instrumentos formados por cantos, bordas, pontos ou protuberâncias rígidas e agudas, que podem cortar ou perfurar. Brasil (2003). Nas Resoluções CONAMA nº 5/93 e nº 283/2001 os resíduos perfurocortantes.

De acordo com a RDC222 de 2020, o processo de caracterização do programa de prevenção e gestão de resíduos sólidos de saúde (PGRSS) deve obedecer às seguintes etapas:

1. Identificação correta de quais são os resíduos que serão descartados de acordo com a RDC 222 de 2020;
2. Modos de separação, coleta e armazenagem, em conformidade com a classificação definida na RDC222.
3. Pesagem pelo período de sete dias seguidos, de modo a estabelecer a quantidade produzida (BRASIL, 2020).

No contexto da RDC, os procedimentos que devem ser adotados para a prevenção de riscos aos profissionais de enfermagem incluem a descrição e classificação dos resíduos gerados deve utilizar os seguintes símbolos (BRASIL, 2020):



Infectantes - Luvas e descartáveis, recipientes com fezes e demais excrementos.



Tóxicos Desinfetantes - Pilhas, produtos de limpeza e corrosivos.



Comuns - Resíduos de escritório como papel e caneta, descartáveis de banheiro e de cozinha



Radioativos Elementos com radiação, como aqueles formados por iodo.



### Perfurocortantes - Seringas, agulhas, lâminas, vidros quebrados

Embora seja fácil compreender a descrição dos resíduos por meio do quadro, a sua identificação não é tão simples, tendo em vista que muitos deles não estão completos. Por esse motivo, são categorizados em ativos ou passivos. Resíduos ativos são, de acordo com Gil et al (2007), como aqueles que são gerados no momento do descarte e os passivos são aqueles que não possuem identificação. Os ativos em geral possuem rótulos, enquanto os passivos requerem investigação e análise. Esse tipo de problema pode ser combatido por meio do registro de entrada e saída de materiais do estoque e da preservação da embalagem para fins de descarte.

Após a etapa de classificação apresentada no quadro 1, segue-se para a etapa de segregação do material. A segregação é uma das principais etapas de tratamento dos resíduos e consiste na separação correta de todos os resíduos, respeitando a classificação. Ela começa já no momento de geração do resíduo, quando a embalagem, seringa, recipiente e descartável deve ser descartado. Na segregação não é permitida uma separação posterior do resíduo (GIL, 2007).

Durante a segregação ocorrerá o acondicionamento. O acondicionamento obedecerá às seguintes etapas

1. Os resíduos serão embalados em sacos resistentes a vazamentos e ruptura.
2. Os recipientes para armazenamento dos resíduos terão capacidade suficiente para suportar o recebimento da produção diária do laboratório. A coleta será diária.
3. Os resíduos sólidos estarão em sacos resistentes e impermeáveis, sendo respeitados os limites de peso e sem possibilidade de reaproveitamento.
4. Os sacos estarão em lixeiras laváveis, resistentes a um processo de descontaminação e com tampa que permita o acionamento não manual e com cantos arredondados.
5. Resíduos do grupo D serão armazenados em recipientes resistentes ao vazamento e ruptura.
6. As agulhas serão descartadas com as seringas, sem possibilidade de reuso de ambas (BRASIL, 2020).
7. Os recipientes serão fechados quando alcançarem 2/3 da capacidade.

8. Materiais infectantes serão armazenados em saco branco rígido com o símbolo de material infectante impresso.
9. Resíduos comuns serão armazenados em sacos de cor preta.
10. Resíduos orgânicos serão armazenados em sacos de cor marrom.

O transporte interno consiste na retirada dos resíduos dos recipientes de coleta e transporte até o lugar, externo ou interno, no qual será realizada a coleta final. Ele obedecerá às seguintes etapas (GIL, 2007).

- Será realizado em período após o encerramento da prestação de serviços no laboratório.
- Cada tipo de resíduo será retirado em um horário diferente, com 30 minutos entre a coleta de cada material.
- Os carros para o transporte interno serão formados de material rígido, lavável, impermeável, resistente ao processo de descontaminação com tampa articulada ao próprio corpo do equipamento, cantos e bordas arredondados, e identificados com o símbolo correspondente ao risco do resíduo neles contidos.
- Os carros para transporte interno terão rodas com sistema anti-ruído.
- Recipientes com capacidade maior que 400 L possuirão válvula de dreno no fundo.
- Os profissionais responsáveis pelo descarte utilizarão devidamente os equipamentos de proteção, como botas e luvas, de modo a evitar acidentes e contaminação.

O quadro 1 sintetiza o processo de transporte de resíduos adotados por unidades de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, online).

**Quadro 1** – Etapas do transporte dos resíduos

<b>Grupo</b>	<b>Forma de descarte</b>
Grupo A	Saco plástico branco leitoso, resistente, impermeável, utilizando-se saco duplo para os resíduos pesados e úmidos, devidamente identificado com rótulo de fundo branco, desenho e contorno preto, contendo o símbolo universal de substância infectante.
Grupo B	Recipiente rígido, preenchido até dois terços de seu volume. O recipiente deve ser colocado em saco plástico branco leitoso, com a inscrição “Perfurocortante” e o símbolo universal de substância tóxica.
Grupo C	Recipientes especiais blindados.
Grupo D	Sacos plásticos impermeáveis na cor preta.
Grupo E	Caixa de descarte fechada.

**Fonte:** Ministério da Saúde, online.

Os recipientes serão guardados em um ambiente externo, protegido da ação do sol e da chuva e de fácil acesso dos transportes de coleta. Os sacos permanecerão fechados e armazenados em recipientes de coleta. O espaço externo terá a devida identificação para cada tipo de resíduos, bem como estrutura de proteção contra animais e insetos, iluminação adequada, paredes laváveis e rede de escoamento de água e esgoto.

## 2.4 DAS CONDIÇÕES DE CONFORTO POR OCASIÃO DAS REFEIÇÕES

Os refeitórios devem atender às disposições da NR-24, que trata das definições de conforto e higiene em todos os ambientes de trabalho. De acordo com a NR-32, estes espaços devem

32.6.2 Os estabelecimentos com até 300 trabalhadores devem ser dotados de locais para refeição, que atendam aos seguintes requisitos mínimos: a) localização fora da área do posto de trabalho; b) piso lavável; c) limpeza, arejamento e boa iluminação; d) mesas e assentos dimensionados de acordo com o número de trabalhadores por intervalo de descanso e refeição; e) lavatórios instalados nas proximidades ou no próprio local; f) fornecimento de

água potável; g) possuir equipamento apropriado e seguro para aquecimento de refeições (BRASIL, 2011).

Entre as inovações da norma, está a necessidade de vacinação de todos os profissionais.

2.2.4.17.1 A todo trabalhador dos serviços de saúde deve ser fornecido, gratuitamente, programa de imunização ativa contra tétano, difteria, hepatite B e os estabelecidos no PCMSO.

32.2.4.17.2 Sempre que houver vacinas eficazes contra outros agentes biológicos a que os trabalhadores estão, ou poderão estar, expostos, o empregador deve fornecê-las gratuitamente.

32.2.4.17.3 O empregador deve fazer o controle da eficácia da vacinação sempre que for recomendado pelo Ministério da Saúde e seus órgãos, e providenciar, se necessário, seu reforço.

32.2.4.17.4 A vacinação deve obedecer às recomendações do Ministério da Saúde.

32.2.4.17.5 O empregador deve assegurar que os trabalhadores sejam informados das vantagens e dos efeitos colaterais, assim como dos riscos a que estarão expostos por falta ou recusa de vacinação, devendo, nestes casos, guardar documento comprobatório e mantê-lo disponível à inspeção do trabalho.

32.2.4.17.6 A vacinação deve ser registrada no prontuário clínico individual do trabalhador, previsto na NR-07.

32.2.4.17.7 Deve ser fornecido ao trabalhador comprovante das vacinas recebidas (BRASIL, 2011).

De acordo com a norma, trabalhadores com feridas não poderão trabalhar desde que tenham apresentado um documento médico que ateste as condições de trabalho.

### **3 METODOLOGIA**

#### **3.1 TIPO DE ESTUDO**

A presente pesquisa se caracteriza como um estudo qualitativo, com coleta de dados realizada por meio de um estudo de caso desenvolvido em uma Unidade Básica de Saúde municipal, através de entrevista com a enfermeira chefe no qual foram investigados os riscos aos quais os colaboradores estão expostos, os resíduos aos quais estão sujeitos, as condições de conforto por ocasião das refeições e a oferta de EPI para os profissionais de saúde atuantes na instituição durante o mês de abril de 2023.

#### **3.2 AMOSTRA**

A instituição conta com 31 funcionários, distribuídos entre profissionais terceirizados e profissionais do quadro estatutário do município, que incluem recepcionistas, técnicos em radiografia, médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e profissionais de serviços gerais.

### 3.3 COLETA DE DADOS

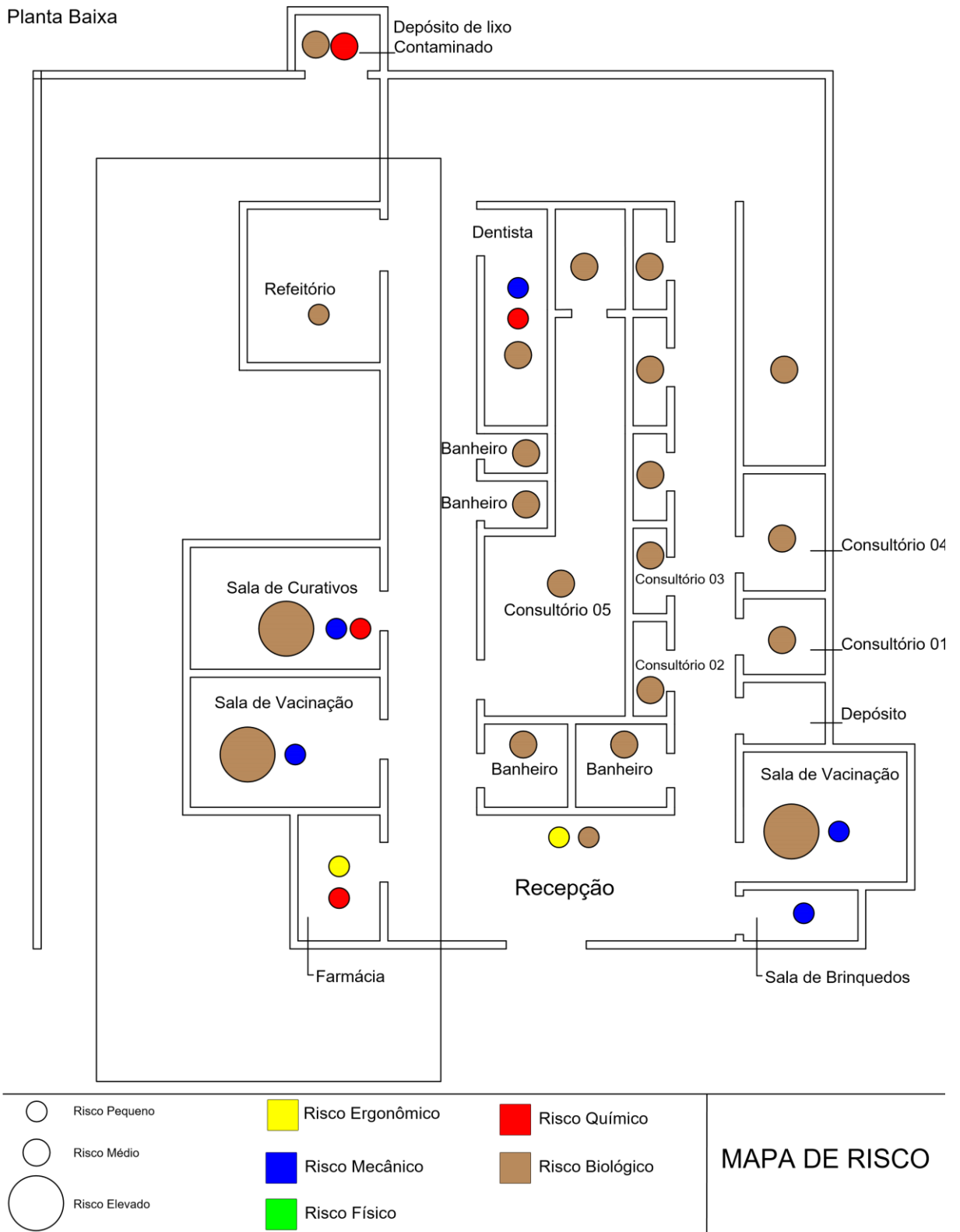
A coleta de dados foi realizada no dia 04 de abril de 2023, por meio da verificação in loco das atividades realizadas pelos técnicos em enfermagem, serviços gerais, médicos, dentistas e enfermeiros, bem como as condições de oferta de EPI, o conforto por ocasião das refeições e os resíduos encontrados no ambiente e por consequência seus respectivos descartes. Os Instrumentos de coleta utilizados foram: formulário de questões que foi respondido pela enfermeira chefe, mapeamento dos riscos existentes e checklist de conformidade de EPI (Apêndice 1), construído pela pesquisadora com base nas normas regulamentadoras 9, 6, 15 e 32.

## 4 RESULTADOS

Através do mapeamento de riscos (Quadro 01), foi possível a identificação dos riscos biológicos em todo o ambiente laboral, bem como dos riscos mecânicos, ergonômicos e químicos com ênfase nas salas utilizadas para a vacinação da população. O risco de acidentes com perfurocortantes é um dos mais preocupantes, visto que mediante visita técnica os técnicos em enfermagem que se encontravam em horário de trabalho não estavam utilizando os EPIs necessários. Com relação ao conforto por ocasião das refeições mediante visita, percebemos que o local no qual os colaboradores realizam suas refeições não atende aos requisitos solicitados pela Norma regulamentadora de número 24, pois a localização que deveria ser fora da área do posto de trabalho na verdade é dentro do ambiente laboral, causando assim contaminação cruzada. Em relação ao *checklist* aplicado acerca da utilização de EPI, verifica-se por meio da própria entrevista com a enfermeira chefe que os EPIs são solicitados a cada quinze dias, porém os colaboradores não são obrigados a utilizá-los, possuem treinamento pra utilização dos mesmos, mas com longo período de intervalo e em alguns casos, como as luvas dos colaboradores responsáveis pelos

serviços gerais, o EPI propriamente dito não é o adequado para a função, visto que os mesmos colaboradores são responsáveis pela coleta e armazenamento dos lixos contaminados utilizando apenas luvas comuns de borracha, que podem ser facilmente perfuradas por materiais perfurocortantes tornando assim o acontecimento de acidentes possível, as informações referentes ao checklist estão representadas no Quadro 1. Ao término da entrevista também foi notificado que os colaboradores não possuem o conhecimento sobre o PGR (Programa de Gerenciamento de Riscos) da unidade, outra falta na cultura de segurança estabelecida e resumida a apenas utilização dos EPIs no local. Foi notificado que os resíduos são descartados em um quarto a parte dentro da própria unidade básica de saúde, em barris, e que os mesmos não cumprem os requisitos exigidos pela ANVISA e pela norma regulamentadora de número 32, não sendo separados em seus respectivos recipientes, de acordo com os riscos apresentados nos resíduos coletados.

**Quadro 1 – Análise dos riscos existentes no ambiente laboral**



Fonte: Elaborado pelos autores, 2023.



**Quadro 2** – Análise da conformidade em relação ao uso de EPIs.

DESCRIÇÃO DA INSPEÇÃO			
ITENS	SIM	NÃO	OBSERVAÇÕES
O Equipamento de Proteção Individual – EPI vêm com a indicação do Certificado de Aprovação – CA, expedido pelo órgão nacional competente em matéria de segurança e saúde no trabalho do Ministério do Trabalho e Emprego?	X		Comprovado através de visita técnica feita no local no dia 04 de abril de 2023.
A validade do Certificado de Aprovação – CA dos EPIs encontra-se vigente?	X		
A instituição fornece gratuitamente aos empregados os EPIs adequados ao risco?	X		
A instituição fornece aos empregados os EPIs sempre que as medidas de ordem geral não ofereçam completa proteção contra os riscos de acidentes do trabalho ou de doenças ocasionadas pelo trabalho?		X	A instituição oferece apenas os EPIs como medida de segurança para o colaborador.
A Instituição adquire os EPIs adequados ao risco de cada atividade?		X	A instituição oferece apenas os EPIs “básicos” para as funções existentes no ambiente laboral.
A instituição exige o uso dos EPIs?		X	Conforme verificado em visita técnica, os profissionais atuantes não estavam utilizando os EPIs necessários.
A instituição orienta e treina o trabalhador sobre o uso adequado, guarda e conservação do EPI?	X		Sim, porém os treinamentos acontecem em longos períodos. O último treinamento ocorreu em dezembro de 2022.

**Fonte:** Elaborado pelos autores, 2023.

De acordo com as informações apresentadas no quadro, os EPIs possuem o Certificado de Aprovação e os mesmos cumprem com a data de validade. A empresa fornece os EPI nos casos especificados e estabelece fluxo de acidente de trabalho institucional. Em emergência, a empresa não fornece os EPIs necessários para aquele caso. A empresa não fornece os EPIs adequados para cada atividade e nem exige o uso dos EPIs. O SESMT realiza um treinamento de funcionários quanto ao uso de EPIs, porém os mesmos acontecem com longos períodos de intervalo entre si.

A empresa não se responsabiliza pela higienização e manutenção dos EPIs; a responsabilidade de guarda e conservação dos EPIs, utilizando-os somente para a sua finalidade. Os empregados cumprem as determinações quanto ao uso dos EPIs e caso o EPI esteja impróprio para uso, o empregado comunica a empresa. Verifica-se que o uso de EPIs possui uma maior irregularidade por parte dos profissionais, que não possuem o hábito de utilizar os EPIs em conformidade com as exigências de

higiene e uso. Em relação à instituição, o checklist indica que o atendimento às normas referentes ao uso de EPI não é adequado.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Através do mapeamento de risco, conseguimos identificar os riscos aos quais os colaboradores estão expostos e que as medidas necessárias para saúde e segurança dos mesmos não estão sendo vistas como prioridade, devido o déficit encontrado na cultura de saúde e segurança do trabalho que foi apresentada para a instituição. Também achamos importante pontuar a situação do refeitório da instituição, visto que o mesmo não se adequa aos requisitos que a Norma Regulamentadora de número 24 nos expõe como sendo os corretos.

Em relação aos EPIs, verifica-se que a empresa oferece renovação periódica dos equipamentos, porém não fornece reposição imediata, circunstância que pode causar maior impacto em profissões técnicas que lidam diretamente com o paciente, como no caso dos profissionais técnicos em enfermagem. Embora estes profissionais sejam considerados o centro das atenções dos gestores ao fornecimento de condições seguras de trabalho, o risco associado a profissão, no que se refere ao contato com riscos biológicos, é significativo. Destaca-se que profissionais médicos e de enfermagem possuem maior acesso aos EPIs, porém a instituição não atende por completo ao que se refere a medidas administrativas para eliminação ou amenização dos riscos encontrados no ambiente.

Conclui-se que o projeto é viável, visto que se identifica uma necessidade de adequação as normas regulamentadoras citadas nesse artigo, possibilitando assim o enquadramento da instituição no que diz respeito ao seguimento das normas regulamentadoras, a oferta de EPIs não é suficiente para a ciclicidade necessária. Por essa razão é necessário atentar-se para as medidas administrativas e a sugestão de enquadrar segundo as NRs 32 e 24 a presente instituição. Categorias profissionais com maiores contingentes de indivíduos em atuação na unidade, como médicos e profissionais de enfermagem, possuem maior poder de mobilização e de negociação junto à gestão, de modo que possuem maior acesso a informações, para que a devida adequação seja implantada.

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, M.B.M. Biossegurança, uma visão da história da ciência. **Biotecnologia, Ciência & Desenvolvimento**, 3 (18) 42-45, 2001.

ANVISA. Resolução nº 008/91 – **Veda a entrada no Brasil de materiais residuais destinados à disposição final e incineração**. Disponível em. <<http://www2.mma.gov.br/port/conama/legiabre.cfm?codlegi=122>>. Acesso em setembro de 2023.

ANVISA. Resolução nº 005/93 – **Estabelece definições, classificação e procedimentos mínimos para o gerenciamento de resíduos sólidos oriundos de serviços de saúde, portos e aeroportos, terminais ferroviários e rodoviários**. Disponível em <<http://www2.mma.gov.br/port/conama/legiabre.cfm?codlegi=130>>. Acesso em setembro de 2023.

ANVISA. Resolução nº 222/18 - **Regulamenta as Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde e dá outras providências**. Disponível em <[http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/3427425/RDC\\_222\\_2020\\_.pdf/c5d3081d-b331-4626-8448-c9aa426ec410](http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/3427425/RDC_222_2020_.pdf/c5d3081d-b331-4626-8448-c9aa426ec410)>. Acesso em setembro de 2022.

ARRUDA, Fabio A. da S.. **TRIANGULAÇÃO EM SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHO. Triangulação em Saúde e Segurança do Trabalho Gestão, Engenharia e Comportamento**, São Luís, v. 4, n. 1, p. 1-415, dez. 2020.

ANTUNES, Rodrigo Conradi. **Sistema de gestão de segurança do trabalho baseado em ferramentas para o desenvolvimento da cultura de segurança**. Engenharia Segurança do Trabalho-Florianópolis, 2018.

BRASIL. **Lei nº 11.105, de 24 de março de 2005**. Revoga a Lei 8.974 de 5 de janeiro de 1995 sobre Biossegurança. Presidência da República da Casa Civil – Subchefia para assuntos jurídicos. Disponível em <[www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ato2004/2006/.../lei/l11105.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2004/2006/.../lei/l11105.htm)> Acesso em 02/11/2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde – Paret 2**. Publicação online. Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Manual\\_RSS\\_Parte2.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Manual_RSS_Parte2.pdf). Acesso em 02 de fevereiro de 2023.

BRASIL. Ministério do Trabalho. **Lei 6.514 de 22 de dezembro de 1977**. Dispõe sobre a alteração do Capítulo V do Título II da Consolidação das Leis do Trabalho, relativo a segurança e medicina do trabalho e dá outras providências. Brasília (DF): Ministério do Trabalho.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Secretaria de Inspeção do Trabalho. **NR 6 – Equipamento De Proteção Individual - EPI**. Departamento de Segurança e Saúde no Trabalho. Brasília: Editora do Ministério do Trabalho e Emprego, 2005.

BRASIL. NR 32. **Norma Regulamentadora 32 - Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde**. Portaria GM n.º 485, de 11 de novembro de 2005. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2005.

BRASIL. Portaria nº 3.214 de 08 de junho de 1978. **NR - 5**. Comissão Interna de Prevenção de Acidentes. **In: SEGURANÇA E MEDICINA DO TRABALHO**. 29. ed. São Paulo: Atlas. (Manuais de legislação, 16). Disponível em <[http://www.fiocruz.br/biosseguranca/Bis/lab\\_virtual/tipos\\_de\\_riscos.html](http://www.fiocruz.br/biosseguranca/Bis/lab_virtual/tipos_de_riscos.html)>. Acesso em 03/12/2022.

CARVALHO, Paulo Roberto De. **Boas Práticas Químicas Em Biossegurança**. 2ª ed. Rio De Janeiro: LTC, 2013.

GONÇALVES FILHO, Anastacio Pinto; ANDRADE, José Célio Silveira; MARINHO, Marcia Mara de Oliveira. **Cultura e gestão da segurança no trabalho: uma proposta de modelo**. Gest. Prod., São Carlos, São Carlos, v. 18, n. 1, p. 1-16, 25 abr. 2011.

GIL, Eric de Souza et al. Aspectos técnicos e legais do gerenciamento de resíduos químico-farmacêuticos. **Rev. Bras. Cienc. Farm.**, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 19-29, Mar. 2007. Available from

LEVORATO, Danielle Cristine da Silva; WOIDA, Luana Maia; SILVA, Elaine da. Gestão da mudança e implantação da cultura de inovação: revisão e integração dos temas em organizações empresariais. **Revista Brasileira de Biblioteconomia e Documentação: n. esp.V Seminário de Competência em Informação**, São Paulo, v. 01, n. 01, p. 01-17, 01 jul. 2021.

MACHADO, André Bruno Marques Luís Martins. PERCEPÇÃO DO RISCO E IMPLEMENTAÇÃO DE UMA CULTURA DE SEGURANÇA: CONSTRUINDO COMUNIDADES EDUCATIVAS RESILIENTES. **Universidade de Lisboa Instituto de Geografia e Ordenamento do Território**, Lisboa, v. 01, n. 01, p. 1-133, dez. 2012.

MATTOS, Ubirajara A. de O.; FREITAS, Nilton Benedito B.. Mapa de Risco no Brasil: As Limitações da Aplicabilidade de um modelo Operário. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, p. 1-8, jun. 1994.

MENDES, Laís Vaz; de. **IMPLANTAÇÃO DAS EXIGÊNCIAS DE SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHO NO ESOCIAL: UM ESTUDO DE CASO**. Universidade Federal de Campina Grande Centro de Desenvolvimento Sustentável do Semiárido Unidade Acadêmica de Engenharia de Produção Curso de Engenharia de Produção., Sumé, v. 01, n. 01, p. 01-53, dez. 2022.

NADOLNY, Luciano. Iniciando um processo de implantação de uma nova cultura na segurança do trabalho. **Psicologia.Pt O Portal dos Psicólogos**, Curitiba, v. 01, n. 01, p. 1-7, 23 ago. 2013.

OLIVEIRA, Maria João dos Santos. OS COMPORTAMENTOS DE SEGURANÇA: O CONTRIBUTO DA EXPERIÊNCIA DE ACIDENTES DE TRABALHO E DO CLIMA DE SEGURANÇA. **Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa**, Lisboa, v. 01, n. 01, p. 1-98, out. 2007.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Manual de segurança biológica em laboratório**. Genebra: OMS, 2004.

PACHECO, Celso. Perceção de Risco e Comportamentos Seguros. **Nstituto Politécnico de Setúbal Escola Superior de Ciências Empresariais**, Setúbal, v. 1, n. 1, p. 1-117, dez. 2012.

PENNA, P.M.M. *et al.* BIOSSEGURANÇA: UMA REVISÃO. **Arq. Inst. Biol**, Montes Claros, v. 77, n. 3, p. 1-11, set. 2010.

SILVA, J. A.; ALMEIDA, A. J.; PAULA, V. S.; VILLAR, L. M.; **Investigação De Acidentes Biológicos Entre Profissionais De Saúde**. Research- Investigación Esc Anna Nery Rev. Enferm. jul-set; 13 (3): 508-16. 2009.

SILVA, Paula Lima da *et al.* **Cultura de seguridad del paciente en la perspectiva del equipo de enfermería en una maternidad pública**. Enfermería Global, Teresina, v. 60, n. 01, p. 1-13, out. 2020.

SILVA, Rita de Cassia Gengo; FELLI, Vanda Elisa Andres. **Um estudo comparativo sobre a identificação dos riscos ocupacionais por trabalhadores de enfermagem de duas Unidades Básicas de Saúde do município de São Paulo**. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 36, n. 1, p. 18-24, Mar. 2002.

SOUTO, Ícaro. DIFICULDADES NA IMPLANTAÇÃO DAS NORMAS DE SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO EM UMA OBRA DE PAVIMENTAÇÃO E DRENAGEM. **Universidade Federal do Rio Grande do Norte Centro de Tecnologia Departamento de Engenharia Civil**, Natal, v. 01, n. 01, p. 01-16, dez. 2019.

