

ANÁLISE DO DISCURSO DA 'SEGURANÇA' NA ÁREA DA SAÚDE: UMA CRÍTICA AO TRABALHADOR COMO VIGILANTE DE SI

ANALYSIS OF THE 'SAFETY' DISCOURSE IN THE FIELD OF HEALTH:
A CRITIQUE OF THE WORKER AS WATCHMAN OF ONESELF

ANÁLISIS DEL DISCURSO DE LA 'SEGURIDAD' EN EL ÁREA DE LA SALUD:
UNA CRÍTICA AL TRABAJADOR COMO CUIDADOR DE SÍ MISMO

Ehideé Isabel Gómez La Rotta¹

Claudia Regina Castellanos Pfeiffer²

Heleno Rodrigues Corrêa-Filho³

Carlos Roberto Silveira Corrêa⁴

Francisco Hideo Aoki⁵

Mirla Randy Bravo Fernandez⁶

Leonardo Amaral dos Reis⁷

Karla Amorim Sancho⁸

Resumo A Norma Regulamentadora NR 32 objetiva reduzir acidentes e doenças entre os trabalhadores da saúde. Filiando-nos à perspectiva da análise do discurso proposta por Michel Pêcheux, nesta pesquisa tivemos como objetivo compreender o processo de significação em torno de segurança e saúde no trabalho na NR 32 e apreender como este processo significa nas políticas públicas no Brasil. Mostramos que, embora a norma seja um meio de assegurar a segurança e a saúde ao trabalhador, sua discursividade formula a segurança como um mito fundamentado em alegações externas ao processo de regulação das condições de trabalho e alheio às exigências coletivas e culturais de produção. Nesse processo, produz-se a responsabilização do trabalhador convertido em vigilante de si próprio e responsabilizado por isso de maneira individualizada. Pudemos, finalmente, observar um efeito de sentido que indica uma conexão que, na prática, resulta em apoio econômico às empresas que produzem e/ou comercializam os dispositivos de segurança para os materiais perfurocortantes.

Palavras-chave norma regulamentadora NR 32; saúde do trabalhador; segurança; saúde coletiva; análise do discurso.

Abstract Regulation NR 32 has the goal of reducing accidents and disease among health workers. Adopting the perspective of the discourse analysis proposed by Michel Pêcheux, in this research we had the goal of understanding the process of signification regarding safety and health at work within the NR 32, and learn how this process signifies in the public policies in Brazil. We show that, even though the regulation is a means of guaranteeing the safety and health of the worker, its discursiveness formulates safety as a myth based on claims that are not part of the process of regulation of labor conditions and are unconnected to the collective and cultural requirements for production. In this process, the responsabilization of the worker is produced, and the workers become watchmen of themselves, and are held accountable for that in an individualized manner. Finally, we could observe an effect of meaning that points to a connection that, in practice, results in financial support to the companies that make and/or sell the safety devices for sharps.

Keywords regulation NR 32; worker health; safety; collective health; discourse analysis.



Este é um artigo publicado em acesso aberto sob uma licença Creative Commons.

Introdução

Vivemos um cenário mundial de aumento anual da prevalência e incidência das hepatites B (VHB) e C (VHC) e da síndrome de imunodeficiência humana (Aids-HIV), no qual os profissionais da saúde têm probabilidade de infecção após exposição percutânea acidental com perfurocortantes de 6% a 31% para a hepatite B (Seeff et al., 1978), 1,8% para hepatite C (CDC, 1998; De Carli, Puro e Ippolito, 2003) e 0,3% para o HIV.

Estima-se que a cada ano, em todo o mundo, 35,7 milhões de trabalhadores da saúde e de profissões relacionadas estão em risco de adquirir doenças por contato com microrganismos de transmissão sanguínea por via percutânea (Prüss-Üstün, Rapiti e Utin, 2005). Nesse mesmo período, segundo o Centro de Controle de Doenças (Centers for Disease Control and Prevention, CDC), ocorreram 385 mil acidentes com materiais perfurocortantes entre os trabalhadores da saúde que atuam em hospitais; uma média de mil exposições por dia (Panlilio et al., 2004).

Embora o risco de contrair hepatite B no trabalho seja conhecido desde 1949 (Leibowitz et al., 1949), só após o aparecimento da epidemia da Aids, em 1981, é que foi dada especial atenção aos riscos de contaminação por patógenos de transmissão sanguínea (Rapparini, 2006a).

McCormick e Maki (1981) foram os primeiros a descrever as características de acidentes com perfurocortantes entre trabalhadores da saúde e a recomendar uma série de estratégias de prevenção, incluindo programas educacionais, o hábito de reencapar e melhores sistemas para descarte de agulhas.

Recomendações similares publicadas pelo CDC em 1985 e atualizadas em 1987 incluíam um guia sobre a prevenção de acidentes com perfurocortantes, com foco nos cuidados durante o manuseio e o descarte (CDC, 1987). Essas indicações eram destinadas aos profissionais da saúde e tinham o objetivo de diminuir o risco de contaminação por HIV, VHB e VHC, no caso de contato com sangue e fluidos corporais (CDC, 2001). Inicialmente foram traduzidas como 'medidas de precaução universais' e atualmente são denominadas 'precauções-padrão ou precauções básicas' (Lopes, Moromizato e Veiga, 1999).

Em 1991, a Occupational Safety and Health Administration (OSHA/USA), seguindo as orientações do CDC, publicou "Occupational exposure to blood-borne pathogens", com diretrizes para a prevenção de acidentes com material biológico, por meio da adesão às precauções padrão e do uso dos dispositivos de segurança nos perfurocortantes (Rapparini e Reinhardt, 2010).

Essas diretrizes se tornaram o foco da atividade regulatória e legislativa e da implementação de uma hierarquia de medidas de controle (OSHA 1991, 1992). Geraram maior atenção à minimização dos riscos relacionados aos perfurocortantes por meio do desenvolvimento e do uso de controles de engenharia (Rapparini e Reinhardt, 2010).

O CDC publicou em 1996 uma atualização das práticas de controle de infecção hospitalar englobando a categoria ‘Isolamento de substâncias corporais’ e as precauções padrão. Esse novo conceito está associado à prevenção do contato com todos os fluidos corporais, secreções, excreções, pele não íntegra e membranas mucosas de todos os pacientes, ao contrário das precauções universais, associadas apenas aos fluidos corporais que pudessem transmitir o HIV e outros patógenos de transmissão sanguínea (CDC, 1996).

O Congresso dos EUA aprovou em 2000 o Needlestick Safety and Prevention Act, que modificou o Occupational Safety and Health Act de 1970, com base numa petição apresentada por enfermeiros norte-americanos ao presidente Clinton. O ato legislativo enfatizou o uso dos dispositivos de segurança⁹ dos perfurocortantes, criados desde os anos 1990, mas que não eram de uso obrigatório em todos os estados dos EUA (USA, 2000). No final de 2001 somavam 21 os estados norte-americanos que impunham aquela legislação para assegurar a avaliação e implementar o uso de dispositivos de segurança para proteger os trabalhadores da saúde de acidentes com perfurocortantes (Rapparini e Reinhardt, 2010).

As organizações europeias de parceiros sociais, a Associação Europeia de Empregadores Hospitalares e de Saúde, organização setorial que representa os empregadores (HOSPEEM), e a Federação dos Sindicatos Europeus do Serviço Público, organização sindical europeia (EPSU), informaram em 2008 a Comissão de Estados-Membros da União Europeia do seu desejo de negociar e celebrar um acordo-quadro relativo à prevenção de ferimentos provocados por objetos cortantes nos setores hospitalar e da saúde. Esse acordo foi celebrado em 2009 (CUE, 2010).

A diretiva denominada Council Directive 2010/32/EU foi publicada em 2010, com o objetivo de tornar os ambientes de trabalho mais seguros e evitar ferimentos causados por todo tipo de material médico cortante (incluindo seringas) nos setores hospitalar e da saúde. Os Estados-membros da União Europeia tiveram prazo para incorporar o acordo a suas legislações nacionais e locais até 11 de maio de 2013 (CUE, 2010).

No Brasil, os riscos enfrentados pelos trabalhadores da saúde ganharam destaque após a publicação da Norma Regulamentadora NR 32, decorrente da reivindicação do Sindicato dos Profissionais da Saúde de Campinas e Região do Estado de São Paulo, que buscaram melhores condições de trabalho denunciando o aumento dos acidentes de trabalho entre os profissionais do setor entre 1995 e 1998.

A NR 32 começou a ser redigida no final de 2002 e foi submetida a consulta pública em 6 de dezembro daquele ano (Rapparini e Reinhardt, 2010). Foi aprovada por unanimidade pela Comissão Tripartite Permanente Paritária do Conselho Nacional de Saúde em Brasília no dia 11 de novembro de 2005 (Brasil, 2005). Recebeu atualizações em 2008, com alterações no parágrafo

32.2.4.16.1 (Brasil 2008a), e em 2011, com novas modificações no mesmo parágrafo e acréscimo do Anexo III – Plano de Prevenção de Riscos de Acidentes com Materiais Perfurocortantes (Brasil, 2011).

A NR 32 tornou-se a primeira norma na América Latina e no Caribe a regulamentar as condições que possam significar risco para a saúde dos trabalhadores do setor Saúde, com o objetivo de reduzir e/ou eliminar determinadas doenças infecciosas entre estes profissionais. São objeto dessa portaria todos os trabalhadores que lidam com materiais e equipamentos utilizados na prestação de serviços, como sangue, secreções, roupas ou qualquer outro material que possa estar contaminado por microrganismos (Rapparini, 2006b).

A NR 32 foi baseada em regulamentações prévias da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), dissertações de mestrado e teses de doutorado, recomendações e manuais já existentes no Ministério da Saúde e normas da Comissão Nacional de Energia Nuclear (CNEN). Também se baseou em diretivas europeias e norte-americanas, além de proposições de instituições estrangeiras e internacionais multilaterais como o Instituto Nacional de Segurança e Saúde Ocupacional dos EUA (NIOSH), a OSHA, o CDC, a Organização Internacional do Trabalho (OIT) e a Organização Mundial da Saúde (OMS) (Robazzi e Marziale, 2004).

Propusemos nossa análise da NR 32 tendo em vista esse cenário. A saúde dos trabalhadores está em jogo dentro de relações de forças administradas por instâncias governamentais nacionais e internacionais, em um panorama de crescente aumento das infecções e de acidentes neste grupo em particular. A norma foi elaborada com o objetivo de proteger os trabalhadores da saúde de múltiplos riscos, em especial do risco biológico. Isso fez com que esse tipo de risco ganhasse um guia técnico específico, fundamentado na literatura científica produzida até o ano de 2008 (Brasil, 2008b).

Nosso objetivo no presente artigo é compreender os sentidos de segurança e saúde no/do trabalho¹⁰ estabilizados na Norma Regulamentadora NR 32, de modo a compreender o que a relação entre segurança e saúde no/do trabalho significa nas políticas públicas no Brasil. Para tanto, realizaremos nossas análises valendo-nos do dispositivo teórico-analítico proposto pela análise do discurso.

Abordagem teórica

Esta pesquisa filia-se à perspectiva teórica da análise do discurso,¹¹ proposta pelo francês Michel Pêcheux e difundida e desenvolvida no Brasil por Eni Orlandi (Pêcheux, 1969; Orlandi, 2012).

A abordagem da análise do discurso é um instrumental teórico-metodológico que permite compreender os sentidos produzidos a partir da incompletude das elaborações, levando em consideração que os implícitos ou explícitos expres-

sam um momento histórico (Macedo et al., 2008). Nessa perspectiva, não se separam forma e conteúdo, procurando-se compreender a língua não só como estrutura, mas, sobretudo, como acontecimento (Orlandi, 2012). Essa posição teórica determina que os sentidos resultam de relações em que um discurso remete a outros discursos que o sustentam, assim como projeta dizeres futuros. Não há começo nem fim para o discurso (Côrrea, Pfeiffer e Lora, 2010).

Para Pêcheux (2008), o discurso é a materialização da ideologia e a língua é a materialização do discurso. O autor dirá ainda, retomando Althusser – o indivíduo é interpelado em sujeito pela ideologia –, que não há língua sem sujeito e não há sujeito sem ideologia (Henry, 1997; Pêcheux, 2008).

Desse modo, língua e sujeito constituem-se mutuamente, afetados, desde sempre, pela ideologia, em uma relação em que o sujeito é disperso, fissurado pelo inconsciente, e a língua é apenas relativamente fechada como sistema, pois é fissurada pela história. Resulta daí que o sentido de e para sujeitos é, ao mesmo tempo, uma materialidade linguística e histórica (Henry, 1997; Pêcheux, 2008, Pêcheux, 2009).

A análise do discurso visa à compreensão dos modos como um objeto simbólico produz sentidos, como ele está investido de significância para e por sujeitos. Essa compreensão, por sua vez, implica a explicitação do modo como o texto organiza os gestos de interpretação que relacionam sujeito e sentido (Orlandi, 2012).

Consideramos a análise do discurso como possibilidade de compreender o sentido não explícito no discurso, portanto como forma de relação indireta com as formações ideológicas que constituem todo e qualquer dizer, por meio da interpretação da linguagem, pois é no terreno da linguagem que compreendemos a determinação sócio-histórico-ideológica dos sentidos.⁼

A língua é instauradora de relações sociais, configurando-se como um funcionamento ideológico¹² por excelência. É precisamente na língua, em seu funcionamento (no nível morfológico, lexical, sintático, semântico), que podemos compreender melhor as injunções ideológicas das relações sociais (Pêcheux, 1975). Logo, a organização e a estruturação das palavras na língua são da ordem do discurso e possibilitam a compreensão dos efeitos de sentidos dos textos analisados. A língua expõe as contradições e os conflitos existentes em uma dada realidade. E na análise do discurso procura-se compreender a língua fazendo sentido como trabalho simbólico, parte do trabalho social geral, constitutivo do homem e da sua história (Orlandi, 2012). Analisar o discurso é determinar as condições de produção do texto (Helfgott et al., 1998), condições que dizem respeito às possibilidades de significação de um dizer, construídas pelas relações de força, pelas relações de sentido, pelas formações imaginárias e pela memória discursiva, que é, ao mesmo tempo, histórica, ideológica e social. Nos termos da análise do discurso, a memória é tomada como interdiscurso, aquilo que fala antes, em outro lugar, independentemente. Ou

seja, é o que chamarmos de memória discursiva¹³: o saber discursivo que torna possível todo dizer e que retorna na forma de preconstruído, o já dito que está na base do dizível, sustentando cada tomada de palavra (Orlandi, 2012). É onde se dá a existência de um corpo sócio-histórico de traços discursivos (Pêcheux, 1999). Enfim, é o trabalho histórico da constituição da interpretação.

A “análise é um processo que começa pelo próprio estabelecimento do *corpus* e que se organiza face à natureza do material e à pergunta (ponto de vista) que o organiza” (Orlandi, 2012, p. 64). Na presente análise, construímos o *corpus* a partir da nossa relação com as textualidades que se apresentaram relevantes em nosso percurso de investigação, tendo como fio condutor a NR 32 e o *Guia Técnico de Riscos Biológicos* (Brasil, 2008b).

A metodologia consistiu na análise da norma NR 32 (tanto da versão inicial que foi submetida a consulta pública em 2002 como da sua versão final, publicada em 2005, e de suas atualizações em 2008 e 2011) em conjunto com o Guia Técnico. Como se verá, nosso olhar se deteve mais demoradamente nos riscos biológicos porque estes foram objeto de um guia específico, o que também interferiu na análise, e porque nele encontra-se materializada a forma como o estado configura aquilo que deve ser claramente entendido e alcançado com a norma e, portanto, temos a possibilidade de melhor compreender a materialização da ideologia nesta textualidade (Henry, 1997).

A análise se fez por etapas que correspondem à consideração de propriedades do discurso referidas a seu funcionamento e que têm, como seu correlato, o percurso que nos faz passar do texto ao discurso, no contacto com o *corpus*, o material empírico.

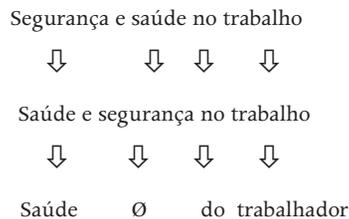
Na primeira etapa se entrou em contato com o texto (NR 32 e o Guia), procurando analisar sua textualidade por meio de uma análise de natureza linguístico-enunciativa, des-superficializando de modo a desfazer a ilusão de que aquilo que foi dito só poderia tê-lo sido daquela maneira (Orlandi, 2012); na segunda etapa ou passagem da superfície linguística para o objeto discursivo, compreende-se o que está em jogo em termos do funcionamento discursivo, recorta-se o objeto de análise; finalmente, na terceira etapa ou passagem para o processo discursivo, é possível compreender as equivocidades e contradições que configuram a(s) formação(ões) discursiva(s) – aquilo que em uma formação ideológica dada, ou seja, a partir de uma posição dada em uma conjuntura dada, determina o que pode e deve ser dito (Pêcheux, 1975), de modo a relacioná-las à formação ideológica que rege tais relações, levando-se em conta o efeito metafórico, ou deslize – próprio da ordem do simbólico –, que é lugar da interpretação, da ideologia e da historicidade (Orlandi, 2012).

A NR 32 e o trabalhador como vigilante de si

Ao realizar nossos primeiros gestos de análise, vemos funcionar no nome atribuído à NR 32, “*Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde*”, uma *memória discursiva* (Pêcheux, 1999) que ressoa na disputa das nomeações do campo da saúde do trabalhador.

Esse discurso, inscrito no nome da norma, está estabilizado nos textos legais, como se pode observar na portaria ministerial n. 3.237 do Trabalho e Emprego, de 1972, na qual se institui o nome *Segurança e Saúde do Trabalho* conforme prática norte-americana documentada em livros da (Association Advancing Occupational and Environmental Health (ACGH) da década de 1970 e reforçada em 1981 pela OIT (Brasil, 1972; OIT, 1981).

Observamos nessa nomeação a ausência do sujeito assalariado, o trabalhador. Como as ausências e as presenças significam discursivamente, interessamos destacar também que ao lado de ‘saúde’ é apostado o termo ‘segurança’, e ao mesmo tempo ao lado de ‘segurança e saúde’ é apostado ‘trabalho’, e não ‘trabalhador’. Lançando mão de um exercício parafrástico¹⁴ para compreender parte do processo de significação em jogo, temos:



Na nomeação europeia, saúde precede segurança, o que mostra a priorização da saúde em relação à segurança. No entanto, as duas primeiras formulações se ligam a ‘trabalho’ por meio da locução prepositiva ‘no’, estabelecendo uma relação estreita com o local, o estabelecimento. Estabelecimento pode significar metaforicamente o *processo produtivo*, de modo que é este processo que tem garantidas a segurança e a saúde. Diferentemente, na terceira nomeação é o trabalhador que tem sua saúde priorizada, garantida. O nome da norma materializa, assim, uma tomada de posição na história: é o trabalho que é valorizado, e não o trabalhador; é a segurança que encabeça a norma, e não a saúde.

Queremos chamar a atenção agora para uma instabilidade no nome da norma, enunciada de duas formas diferentes nas disposições e na descrição do Anexo I da portaria n. 485:

Portaria n. 485, de 11 de novembro de 2005 - Aprova a Norma Regulamentadora n. 32 (Segurança e Saúde no Trabalho em *Estabelecimentos* de Saúde).

Art. 1º Aprovar o texto da nova Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde no Trabalho em *Estabelecimentos* de Saúde, doravante denominada de NR 32, nos termos do Anexo I desta Portaria (Brasil, 2005, grifos nossos).

Anexo I: NR 32 - Segurança e Saúde no Trabalho em *Serviços* de Saúde (Brasil, 2005, grifo nosso).

Essa diferença, que para nós não pode ser tomada como erro, mas como equívoco (inscrição da história pela falha na língua), pode ser melhor compreendida ao fazermos uso [recorrendo-se, mais uma vez, à paráfrase:

Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde



Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde

Nessas nomeações vê-se o deslizamento de *estabelecimentos* para *serviços*. O que pode indicar que os serviços de saúde, ou seja, as práticas dos profissionais da saúde (os trabalhadores), são formuladas a partir de uma redução físico-espacial: as práticas são reduzidas ao estabelecimento (edificação).

Esse deslizamento ocorre apenas na portaria n. 485, de 2005; nas novas publicações esse equívoco no nome não acontece mais, apenas se reforça a nomeação 'serviços' já tomada pelo efeito da redução ao local/edificação, ao defini-los, no parágrafo 32.1.2., do seguinte modo:

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 (Brasil, 2005) (grifos nossos).

Poderíamos considerar que o deslizamento de 'estabelecimentos' para 'serviços' pode ter sua base de configuração na filiação de sentido estabelecida pela Resolução 50, de 2002, da Anvisa – Regulamento Técnico para Planejamento, Programação, Elaboração e Avaliação de Projetos Físicos de

Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (Anvisa, 2002) – e pela portaria n. 37, de 4 de dezembro de 2002, que foi divulgada para consulta pública sobre a proposta de texto de criação da Norma Regulamentadora 32 - Segurança e Saúde no Trabalho em *Estabelecimentos de Assistência à Saúde* (Brasil, 2002). Isso mostra a regularidade do funcionamento discursivo da norma que dá mais ênfase ao espaço físico do que aos profissionais.

Outro ponto que gostaríamos ainda de observar é a explicitação do objetivo e do campo de aplicação da norma:

32.1.1 Esta Norma Regulamentadora – NR 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, *bem como daqueles* que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral (Brasil, 2005, 2008a, 2011, grifos nossos).

No sintagma *bem como daqueles*, observamos uma diferenciação entre *trabalhador* (dos serviços de saúde) e um outro indefinido (aquele que) envolvido em atividades de promoção da saúde e assistência à saúde em geral. Há um jogo aí de descoincidência entre o trabalhador e todo um conjunto de pessoas que, embora exerçam atividades de promoção e assistência à saúde em geral, não têm o atributo de trabalhador da saúde. Essa é uma divisão política importante e que se mostra regular na norma.

Outro ponto para o qual chamamos a atenção é a assimetria entre o empregador e o trabalhador materializada na relação de deveres: o empregador deve proibir determinadas ações e o trabalhador deve cumprir determinadas regras:

32.2.4.5 O empregador *deve vedar*: a utilização de pias de trabalho para fins diversos dos previstos; o ato de fumar, o uso de adornos e o manuseio de lentes de contato nos postos de trabalho; o consumo de alimentos e bebidas nos postos de trabalho; a guarda de alimentos em locais não destinados para este fim; o uso de calçados abertos.

32.2.4.6 Todos trabalhadores com possibilidade de exposição a agentes biológicos *devem utilizar* vestimenta...

32.2.4.6.2 Os trabalhadores *não devem deixar* o local de trabalho com os equipamentos de proteção individual e as vestimentas utilizadas em suas atividades laborais (Brasil, 2005, grifos nossos).

Além disso, é preciso observar que na versão final da norma publicada em 2005 foram incluídos apenas os deveres dos trabalhadores, tendo sido retirados seus direitos que constavam na versão submetida a consulta pública em 2002:

32.2 – Das responsabilidades do empregador: 32.2.1 O empregador deve fornecer aos trabalhadores... 32.2.2 O empregador deve informar os trabalhadores... 32.2.3 O empregador deve garantir ao trabalhador o abandono do posto de trabalho quando da ocorrência de condições que ponham em risco a sua saúde ou integridade física (Brasil, 2002).

32.3 – Dos direitos dos trabalhadores: 32.3.1 Interromper suas tarefas sempre que constatar evidências que, segundo o seu conhecimento...; 32.3.2 Receber as orientações necessárias sobre prevenção de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho... (Brasil, 2002).

Ainda sobre as diferenças discursivas entre as versões apresentadas, é preciso observar que, na versão que foi submetida a consulta pública (Brasil, 2002), depois de descritos o objetivo e o campo de aplicação da norma, descreviam-se as responsabilidades do empregador seguidas pelos direitos dos trabalhadores e pelas medidas de proteção. Na versão publicada em 2005, esses dois itens são eliminados, passando-se diretamente ao item sobre risco biológico:

32.2.1 ... considera-se *Risco Biológico a probabilidade da exposição* ocupacional a agentes biológicos. 32.2.1.1 Consideram-se Agentes Biológicos os microrganismos, geneticamente modificados ou não; as culturas de células; os parasitas; as toxinas e os príons (Brasil, 2005, grifos nossos).

Essa definição expressa o sentido de risco¹⁵ como uma potencialidade, uma possibilidade de que algo venha a acontecer, desconsiderando-se o fato de que a exposição aos referidos agentes biológicos é intrínseca à atividade dos profissionais em questão.

Probabilidade de exposição ocupacional a agentes biológicos



Potencialidade de exposição acidental a agentes biológicos



Possibilidade de exposição acidental a agentes biológicos

Teriam probabilidade, potencialidade e possibilidade sentidos distintos? Vejamos: os três modulam a exposição ‘ocupacional’ ou ‘acidental’ aos agentes biológicos. Exposição que, nesse discurso, não é dada como certa, é apagada como algo inerente à situação, produzindo o sentido de que pode acontecer, mas sem estar presente no dia a dia do trabalhador. Quando se associa expo-

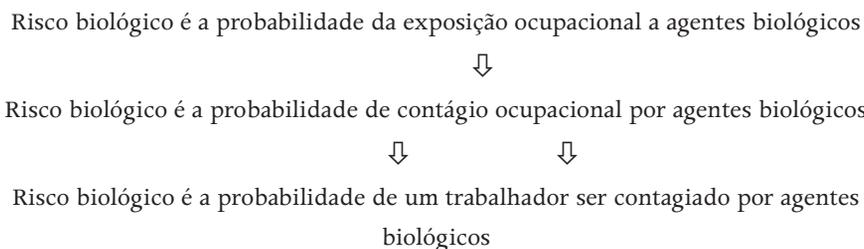
sição ao atributo ‘acidental’, enfatiza-se o sentido de que o trabalhador não está exposto ao risco, que esta exposição surge de repente, apenas no momento em que ocorre o acidente¹⁶ ou incidente¹⁷ (Cerest, 2010).

32.2.3.3 Com relação à *possibilidade de exposição acidental* aos agentes biológicos,...

32.2.4.1.1 Em caso de *exposição acidental ou incidental*, medidas de proteção devem ser adotadas imediatamente, mesmo que não previstas no PPRA [Programa de Prevenção de Riscos Ambientais] (Brasil, 2005, p. 2, grifos nossos).

Nesta textualidade, exposição funciona metaforicamente como acidente. Ou seja, a exposição só ocorreria quando há acidente: “em caso de exposição acidental”. Desse modo, exposição remete à relação com o trabalhador (que provoca o acidente) e não com o empregador (que garante o local seguro e saudável). E, desde que haja um plano de ação elaborado para esses casos, exime-se o empregador de responsabilidade, apagando o fato de que quem cria o risco é a empresa.

Nossa análise permite compreender que a NR 32 se estabelece sobre o pré-construído¹⁸ de que o trabalhador não está exposto ao risco desde sempre, é este pré-construído que permite a definição de risco associada à exposição: “*Risco Biológico é a probabilidade da exposição ocupacional a agentes biológicos*”. Parafrasticamente, exposição poderia ser substituída por contágio:



Acidentes com agentes biológicos só acontecem com quem está exposto ao risco. E essa exposição é constante, não surge de um momento para outro. O local, o cargo, a organização em que o trabalhador está inserido, em especial ambientes como salas cirúrgicas, a internação, o pronto atendimento e até o ambulatório, colocam o trabalhador em constante exposição ao risco; ele existe, não aparece, como é expresso na regularidade discursiva da norma.

Pudemos acompanhar, nos recortes a seguir, o modo como foi se inscrevendo regularmente na textualidade da norma o discurso sobre a segurança e higiene industrial, centrado na avaliação dos riscos e seu controle, conferindo

maior ênfase ao espaço físico do que aos profissionais (trabalhadores), incidindo na regularidade anteriormente apontada em relação ao nome da norma.

32.2.4 Das Medidas de Proteção: Ao propor medidas para o controle de riscos, deve-se observar a *ordem de prioridade abaixo*. 1. Medidas para o controle de riscos *na fonte*, que eliminem ou reduzam a presença dos agentes biológicos... 2. Medidas para o controle de riscos *na trajetória entre a fonte de exposição e o receptor ou hospedeiro*, que previnam ou diminuam a disseminação dos agentes biológicos ou que reduzam a concentração desses agentes no ambiente de trabalho... e 3. Medidas de *proteção individual* (Brasil, 2008b, grifos nossos).

O reconhecimento dos riscos ambientais é uma etapa fundamental *do processo* que servirá de base para decisões quanto às ações de *prevenção, eliminação ou controle desses riscos*. Reconhecer o risco significa identificar, *no ambiente de trabalho*¹⁹, fatores ou situações com potencial de dano à saúde do trabalhador ou, em outras palavras, *se existe a possibilidade deste dano* (Brasil, 2005, grifos nossos).

São recortes que mobilizam filiações de sentido na memória sobre o campo da saúde do trabalhador, sustentadas pelas imbricações da segurança e higiene industrial em três pontos: os *engenheiros* encarregados das condições de *segurança*²⁰ da maquinaria industrial, dos processos produtivos e do aperfeiçoamento dos equipamentos de proteção pessoal; o *profissional da higiene industrial*²¹ centrado no reconhecimento, avaliação e controle dos fatores ambientais e de estresses originados no local de trabalho; e, no caso específico da norma, de forma esparsa, o *profissional da ergonomia*, que estuda e procura a adaptação do trabalho ao ser humano. É desse lugar que a norma diz sobre a segurança e saúde no trabalho.

Os riscos biológicos, no âmbito das Normas Regulamentadoras de Segurança e Saúde no Trabalho - NR, *incluem-se no conjunto dos riscos ambientais*, junto aos riscos físicos e químicos, conforme pode ser *observado pela transcrição do item 9.1.5 da Norma Regulamentadora n.º. 9 de 1978 – Programa de Prevenção de Riscos Ambientais – PPRA* (Brasil, 2005, grifos nossos).

Nessa textualidade, o foco está no local (na fonte, na trajetória), e o trabalhador só é tido em conta quando se fala do uso de equipamentos de proteção individual (EPIs). Entretanto, um aspecto fundamental como a organização²² do trabalho nunca é mencionado na norma, e quando o termo aparece o sentido novamente remete ao local de trabalho.

32.2.2.1 O PPRA, além do previsto na NR-09, na fase de reconhecimento, deve conter: II. *Avaliação do local de trabalho e do trabalhador*, considerando: a) a fi-

nalidade e descrição do local de trabalho; b) a *organização e procedimentos de trabalho*; c) a possibilidade de exposição; d) a descrição das atividades e funções de cada local de trabalho; e) as medidas preventivas aplicáveis e seu acompanhamento (Brasil, 2005, grifos nossos)

Além disso, no recorte discursivo a seguir, observamos a memória discursiva de um sentido que se estabiliza no século XVIII, embasado nos prejuízos econômico-industriais. Reforçada no Tratado de Versalhes e nos delineamentos da criação da OIT, essa memória ressoa no discurso sobre o trabalhador que, para garantir a produtividade, precisa ser saudável e seguro.

... a construção de um texto que – esperamos – trará ganhos a todos: profissionais e trabalhadores da área da saúde²³, que se sentirão melhor informados e protegidos, e empregadores, que perceberão o aumento na produtividade e a melhoria na qualidade do atendimento à população (Brasil, 2008b, grifos nossos).

É preciso observar ainda que o texto submetido a consulta pública (2002) não enfatizava os riscos biológicos, apenas enunciava diretrizes para a proteção de diferentes riscos aos quais se expõem os trabalhadores da saúde, não contidas em outras NRs. A versão da NR 32 (2005) delimita a oito campos de controle específicos: dos riscos biológicos; dos riscos químicos; das radiações ionizantes; dos resíduos; das condições de conforto por ocasião das refeições, das lavanderias, da limpeza e conservação; e da manipulação de máquinas e equipamentos.

No texto publicado em 2005, o fragmento referente aos materiais perfurocortantes e aos dispositivos de segurança não tinha destaque; apenas em três incisos eram mencionados alguns parâmetros como a *responsabilidade de descarte* por parte de quem manipula objetos perfurocortantes e a *vedação do reencape ou desconexão manual de agulhas*, e finalmente se recomendava *assegurar o uso de materiais perfurocortantes com dispositivo de segurança...* (Brasil, 2005).

Desde sua publicação, em 2005, a norma já teve duas atualizações, a primeira em 2008, na qual o inciso 32.2.4.16 (Deve-se assegurar o uso de materiais perfurocortantes com dispositivo de segurança...), foi desdobrado:

32.2.4.16.1 As empresas que produzem ou comercializam materiais perfurocortantes devem disponibilizar, para os trabalhadores dos serviços de saúde, capacitação sobre a correta utilização do dispositivo de segurança. E,

32.2.4.16.2 O empregador deve assegurar, aos trabalhadores dos serviços de saúde, a capacitação prevista no subitem 32.2.4.16.1. (Aprovados e acrescentados pela Portaria GM n.º 939, de 18 de novembro de 2008) (Brasil, 2008a).

Na segunda atualização, em 2011, foram ratificados os incisos anteriores, mas o texto do inciso 32.2.4.16 foi modificado e passou a ser: “O empregador deve elaborar e implementar Plano de Prevenção de Riscos de Acidentes com Materiais *Perfurocortantes*, conforme as diretrizes estabelecidas no Anexo III desta Norma Regulamentadora” (Alterado pela portaria GM n. 1.748, de 30 de setembro de 2011) (Brasil, 2011, grifo nosso).

Podemos compreender a ênfase conferida ao risco biológico, objeto das atualizações ao longo do tempo. Cada uma das atualizações foi dedicada à implementação de medidas para a proteção contra o risco biológico, dando destaque ao uso dos perfurocortantes e deixando a capacitação sob a responsabilidade dos que produzem e comercializam os dispositivos de segurança.

Considerações finais

A forma como se organiza o texto da NR 32 permite compreender o funcionamento hegemônico de uma formação discursiva sobre a segurança e saúde no trabalho, não *do trabalhador*, que dá sustentação à proteção do processo produtivo e não o trabalhador, incluído apenas como um dos elementos da linha de produção que precisa ser segura e saudável e enfatiza o espaço físico no lugar dos profissionais.

Quando os profissionais estão presentes e atuantes no campo do trabalho, funciona uma divisão política assimétrica entre trabalhadores e profissionais da saúde e entre o empregador e o trabalhador, materializada na relação de deveres, na qual o empregador proíbe e o trabalhador executa.

Compreendemos igualmente a presença de uma memória discursiva sobre a segurança e higiene industrial, centrada na avaliação dos riscos e seu controle, sustentando o sentido de segurança e saúde do trabalho. Além disso, o apagamento discursivo da exposição – contínua – do trabalhador da saúde ao risco é uma regularidade importante no jogo de forças em que se salientam o local do trabalho, seu processo (sem causa, sem sujeito) e o empregador, salvaguardado pela ausência de exposição, salvo em acidentes que, invariavelmente, têm sua origem atribuída ao trabalhador.

Ainda que a norma seja um meio forte de proteção com a implantação dos dispositivos de segurança de instrumentos perfurocortantes²⁴ (Jagger et al., 2010; Phillips, Conaway e Jagger, 2012), pode-se observar um efeito de sentido que indica uma conexão que, na prática, resulta em apoio econômico às empresas que produzem e/ou comercializam materiais perfurocortantes adaptados às demandas inovadoras.

Assim, podemos afirmar que existe o mito²⁵ da segurança, fundamentado em dois aspectos principais: a supressão, do texto da norma, de obrigações patronais; a inclusão, no mesmo texto, da obrigação, por parte do trabalhador, de vestir permanentemente os EPIs e usar os dispositivos de segurança, que

tem como efeito discursivo a negação do fato de que ele está continuamente exposto a riscos. Essas duas condições embasadas no propósito de trabalhar prevenindo danos à saúde do trabalhador constroem o mito, mediante a substituição da potência, do direito, por uma figura. A figura mítica que é colocada no lugar do direito é a do trabalhador convertido em vigilante de si próprio e responsabilizado por isso de maneira isolada. Portanto, a segurança do trabalho ou no trabalho se torna, dessa maneira, um mito.

Diante disso, nos perguntamos: por que razões ou motivos estariam lutando estamentos governamentais como o Ministério do Trabalho e Emprego do Brasil, apoiados nas diretrizes da OIT, bem como os profissionais da saúde do trabalho, ao se conduzirem segundo esse discurso já estabelecido e estabelecido sobre segurança e saúde do trabalho?

Colaboradores

Ehideé Isabel Gómez La Rotta foi idealizadora do projeto. Ehideé, Claudia Regina Castellanos Pfeiffer e Carlos Roberto Silveira Corrêa foram os coordenadores do estudo e realizaram as análises em conjunto com Heleno Rodrigues Corrêa-Filho, Francisco Hideo Aoki e Mirla Randy Bravo Fernandez. Mirla, Leonardo Amaral dos Reis e Karla Amorim Sancho auxiliaram nas análises e na escrita do texto. **Ehideé La Rotta, Claudia Regina Pfeiffer, Heleno Corrêa-Filho e Francisco Aoki** escreveram o manuscrito. Todos os autores leram e aprovaram o texto final.

Resumen El objetivo de la Norma Reguladora NR 32 es reducir accidentes y enfermedades entre los trabajadores de la salud. Tomando como base la perspectiva del análisis del discurso propuesto por Michel Pêcheux, el objetivo en esta investigación fue comprender el proceso de significación en torno a la seguridad y la salud en el trabajo en la NR 32 y entender lo que significa este proceso en las políticas públicas de Brasil. Se muestra que más allá de la norma ser un medio de asegurar la seguridad y la salud al trabajador, su discurso formula a la seguridad como un mito fundamentado en alegaciones externas al proceso de regulación de las condiciones de trabajo y ajeno a las exigencias colectivas y culturales de producción. En este proceso, se responsabiliza al trabajador convirtiéndolo en cuidador de sí mismo y a cargo por dicha responsabilidad de manera individual. Por último, pudimos observar un efecto de sentido que indica una conexión, la cual en la práctica se traduce como apoyo económico a las empresas que producen y/o comercializan los dispositivos de seguridad para los materiales punzantes.

Palabras clave norma reguladora NR 32; salud del trabajador; seguridad; salud colectiva; análisis del discurso.

Notas

¹ Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Campinas, São Paulo, Brasil.

<larottaehidee@gmail.com>

Correspondência: Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Rua Tessália Vieira de Camargo, 126, Cidade Universitária, CEP 13083-887, Campinas, São Paulo, Brasil.

² Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Estudos da Linguagem, Programa de Pós-Graduação em Linguística, Campinas, São Paulo, Brasil.

<claupfe@gmail.com>

³ Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências Médicas, Departamento de Saúde Coletiva, Brasília, Distrito Federal, Brasil.

<helenocorrea@uol.com.br>

⁴ Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Campinas, São Paulo, Brasil.

<ccorrea@fcm.unicamp.br>

⁵ Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Departamento de Clínica Médica, Campinas, São Paulo, Brasil.

<fhaoki@fcm.unicamp.br>

⁶ Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Campinas, São Paulo, Brasil.

<mirlabravof@gmail.com>

⁷ Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia, Programa de Pós-Graduação em Estomatologia, Piracicaba, São Paulo, Brasil.

<leo_arodonto@hotmail.com>

⁸ Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Campinas, São Paulo, Brasil.
<karlamorim@yahoo.com.br>

⁹ Um dos principais produtores dos dispositivos de segurança é a empresa BD, fundada em 1897 e sediada em New Jersey (EUA).

¹⁰ Filiamo-nos à área da saúde do trabalhador. No entanto, a NR 32 refere-se à segurança e saúde no trabalho. Para nós essa nomeação faz parte do processo de significação em jogo na norma e, portanto, afeta as políticas públicas no Brasil.

¹¹ Michel Pêcheux articula, desestabilizando, três domínios disciplinares: a linguística (a língua – não como abstrata nem como unívoca, mas histórica), o marxismo (o materialismo histórico – a história se inscreve no mundo e junto inscreve o sujeito) e a psicanálise (a subjetivação não psicologizada: o inconsciente) (Pêcheux, 1969).

¹² Pêcheux e Orlandi mostram que ideologia é o processo por meio do qual se estabiliza a evidência de um sentido como o único possível para determinada palavra e está na base do pressuposto da literalidade da palavra. A ideologia é, diríamos, a direção política de um sentido. Portanto, não é um conteúdo, mas a possibilidade de fazer com que aquela direção de sentido seja evidente, inquestionável, absoluta.

¹³ A memória discursiva seria aquilo que, diante de um texto que surge como acontecimento a ser lido, vem restabelecer os ‘implícitos’ (ou, mais tecnicamente, os pré-construídos, elementos citados e relatados, discursos transversos etc.) de que sua leitura necessita: a condição do legível em relação ao próprio legível. (Pêcheux, 1999).

¹⁴ No exercício parafrástico, observamos o que se mantém e o que indica uma diferença de sentidos em possíveis redes de substituições projetadas no gesto de análise.

¹⁵ Epidemiologicamente, o conceito de risco é probabilístico, mas se calcula sobre o número de casos de doenças, lesões ou danos causados a pessoas pertencentes a uma população suscetível em um intervalo de tempo.

¹⁶ Acidentes com material biológico são aqueles que envolvem sangue e outros fluidos orgânicos *potencialmente contaminados*, ocorridos com os profissionais ou estudantes da área da saúde durante o desenvolvimento do seu trabalho ou estudo (Cerest, 2010).

¹⁷ Desentendimento, imprevisto, sem consequência, algo que incide/secundário.

¹⁸ Segundo Pêcheux (1995), ‘pré-construído’ é um termo proposto por Paul Henry para designar aquilo que remete a uma construção anterior e exterior, mas sempre independente, opondo-se ao que é construído pelo enunciado. É o efeito do discurso ligado ao encaixe sintático. A característica essencial do pré-construído é a separação entre o pensamento e o objeto do pensamento, com a preexistência deste último – o real existe independentemente do pensamento. O pré-construído é apresentado como o ‘sempre-já-aí’ da interpelação ideológica que impõe a realidade e seus sentidos sob a forma de universalidade (mundo das coisas).

¹⁹ Para se obter o conhecimento dos riscos potenciais que ocorrem nas diferentes situações de trabalho é necessária a observação criteriosa e *in loco* das condições de exposição dos trabalhadores (Brasil, 2008b).

²⁰ Termo utilizado desde o século XIX, reafirmado na indústria e sustentado pela OIT em duas convenções de 1947, intituladas Inspeção no Trabalho (C081 e C085).

²¹ A OIT utiliza pela primeira vez o termo 'higiene' em 1964, no título de uma recomendação, a recomendação 120, nomeada "Recomendação sobre higiene", com ênfase na higiene industrial, nos locais de comércio e nos escritórios.

²² Sabemos que as causas dos acidentes de trabalho são variadas; entre elas está o tipo de organização laboral, que pode originar altos níveis de estresse e contribuir para o aumento da incidência de acidentes (Gershon et al., 1999).

²³ Observamos a regularidade da distinção entre trabalhador e profissional tratada anteriormente.

²⁴ Estudos do CDC mostram aumento de 62 a 88% na prevenção de lesões envolvendo materiais biológicos e perfurocortantes (USA, 2000); outros estudos realizados nos EUA, depois da implementação do *Needlestick Safety and Prevention Act* em 2000, também mostram um declínio do 31,6% na taxa de acidentes em procedimentos não cirúrgicos e de 6,5% nos cirúrgicos (Phillips, Conaway e Jagger, 2012)

²⁵ Desde 1840 no senso comum é história falsa. História imaginária que altera as verdadeiras qualidades de uma pessoa ou uma coisa e lhes confere mais valor do que têm na realidade (Harper, 2001).

Referências

ANVISA (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA). Resolução RDC 50, de 21 de fevereiro de 2002. *Regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde*. Brasília: Anvisa, 2002.

BRASIL. Portaria n. 3.237, de 27 de julho de 1972. Serviço especializado em segurança, higiene e medicina do trabalho. Site. Administradores. com. <<http://www.administradores.com.br/artigos/negocios/norma-regulamentadora-nr-4-sesmt/13613/>>. Acesso em: 1 junho 2017.

BRASIL. Portaria n. 37, de 5 de dezembro de 2002. Norma Regulamentadora n. 32. Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Assistência à Saúde. Brasília: Ministério de Trabalho e Emprego, 2002.

BRASIL. Ministério de Trabalho e Emprego. Portaria MTE n. 485, de 11 de novembro de 2005. Norma Regulamentadora n. 32. Segurança

e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Assistência à Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, Seção 1, 2005.

BRASIL. Portaria GM n. 939, de 18 de novembro de 2008. NR 32: segurança e saúde no trabalho em estabelecimentos de assistência à saúde. Brasília: Ministério do Trabalho e Emprego, 2008a.

BRASIL. *Riscos biológicos, guia técnico: os riscos biológicos no âmbito da Norma Regulamentadora 32*. Brasília: Ministério do Trabalho e Emprego, 2008b.

BRASIL. Portaria GM 1.748, de 30 de setembro de 2011. NR 32: *segurança e saúde no trabalho em estabelecimentos de assistência à saúde*. Brasília: Ministério de Trabalho e Emprego, 2011.

CDC (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION). Recommendations for prevention of HIV (human immunodeficiency virus)

transmission in health-care settings. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, Atlanta, v. 36, n. 25, p. 3S-18S, 1987.

CDC (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION). Universal precautions for prevention of transmission of HIV and other bloodborne infections. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, Atlanta, v. 24, n. 37, p. 377-388, 1996.

CDC (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION). Recommendations for prevention and control of hepatitis C virus (HCV) infection and HCV-related chronic disease. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, Atlanta, n. 47, p. 1-39, 1998.

CDC (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION). Guidelines for the Management of Occupational Exposures to HBV, HCV, and HIV and recommendations for postexposure prophylaxis. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, Atlanta, v. 50, n. RR-11, p. 3-7, 2001.

CEREST (CENTRO DE REFERÊNCIA ESPECIALIZADO EM SAÚDE DO TRABALHADOR). *Estatísticas dos agravos relacionados ao trabalho: acidentes com material biológico*. Natal, 2010.

CÔRREA, Carlos; PFEIFFER, Claudia C.; LORA, Adriano P. O agente comunitário de saúde: uma história analisada. *RUA*, Campinas, n. 16, v. 1, p. 173-192, 2010.

CUE (CONSELHO DA UNIÃO EUROPEIA). Directive 2010/32/EU. Prevention from sharp injuries in the hospital and healthcare sector. *Official Journal of the European Union*. HOSPEEM-EPSU. Brussels: Council of the European Union, 2010.

DE CARLI, Gabriella; PURO, Vincenzo; IPPOLITO, Giuseppe. Risk of hepatitis C virus transmission following percutaneous exposure in healthcare workers. *Infection*, Berlin, v. 31, p. 22-27, 2003.

GERSHON, Robyn R. et al. Compliance with universal precautions in correctional health care facilities. *Journal of Occupational and*

Environmental Medicine, Philadelphia, v. 41, n. 3, p. 181-189, 1999.

HARPER, Douglas. Online etymology dictionary. Site. 2001. Disponível em: <<https://www.etymonline.com/>>. Acesso em: set. 2016.

HELFGOTT, Andrew W. et al. Compliance with universal precautions: knowledge and behavior of residents and students in a department of obstetrics and gynecology. *Infectious Disease in Obstetrics and Gynecology*, London, v. 6, n. 123-128, 1998.

HENRY, Paul. Os fundamentos teóricos da ‘análise automática do discurso’ de Michel Pêcheux. In: GADET, Françoise.; HAK, Tony. (orgs.). *Por uma análise automática do discurso: uma introdução à obra de Michel Pêcheux*. Campinas: Editora da Unicamp, 1997, cap. I, p. 11-38.

JAGGER, Janine et al. Increase in sharps injuries in surgical settings versus nonsurgical settings after passage of national needlestick legislation. *Journal of the American College of Surgeons*, Chicago, v. 210, n. 4, p. 496-502, 2010.

LEIBOWITZ, Sidney et al. Serum hepatitis in a blood bank worker. *Journal of the American Medical Association*, Chicago, v. 140, n. 17, p. 1.331-1.333, 1949.

LOPES, Maria H. B. D. M.; DE MOROMIZATO, Silzeth. S.; VEIGA, Janice. F. F. D. S. Adesão às medidas de precaução-padrão: relato de experiência. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 7, n. 4, p. 83-88, 1999.

MACEDO, Laura. C. et al. Análise do discurso: uma reflexão para pesquisar em saúde. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 12, n. 26, p. 649-657, 2008.

MCCORMICK, Rita D.; MAKI, Dennis. G. Epidemiology of needle-stick injuries in hospital personnel. *The American Journal of Medicine*, Tucson, v. 70, n. 4, p. 928-932, 1981.

- OIT (ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO). *Convenção 155: segurança e saúde do trabalhador*. Genebra: OIT, 1981.
- ORLANDI, Eni P. *Análise de discurso: princípios & procedimentos*. Campinas: Pontes, 2012.
- OSHA (OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH ADMINISTRATION). Occupational exposure to bloodborne pathogens; final rule. *Federal Register*, Washington, v. 56, n. 235, p. 64.004-64.182, 1991.
- OSHA (OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH ADMINISTRATION). *Bloodborne Pathogens Standard*. Illinois: 1992.
- PANLILIO, Adelisa et al. The NaSH Surveillance Group (CDC). The EPINet Data Sharing Network. Estimate of the annual number of percutaneous injuries among hospital-based health-care workers in the United States, 1997-1998. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, Cambridge, v. 25, n. 7, p. 556-562, 2004.
- PÊCHEUX, Michel. Analyse automatique du discours. Paris: Dunod. Trad. bras. parcial. In: GADET, Françoise; HAK, Tony; MARIANI, Bethania S. (eds.). *Por uma análise automática do discurso: uma introdução à obra de Michel Pêcheux*. Campinas: Unicamp, 1969. cap. III, p. 59-158.
- PÊCHEUX, Michel. *Les Vérités de la Palice : linguistique, sémantique, philosophie*. Paris: Maspero, 1975.
- PÊCHEUX, Michel. Papel da memória. In: ACHARD, Pierre. E. A. (ed.). *Papel da memória*. Tradução e introdução de José Horta Nunes. Campinas: Pontes, 1999.
- PÊCHEUX, Michel. *O discurso: estrutura ou acontecimento*. Tradução de Eni Orlandi. Campinas: Pontes Editores, 2008.
- PÊCHEUX, Michel. *Semântica e discurso: uma crítica à afirmação do óbvio*. Tradução de Eni Orlandi. Campinas: Editora da Unicamp, 2009.
- PHILLIPS, Elayne K.; CONAWAY, Mark R.; JAGGER, Janine C. Percutaneous injuries before and after the Needlestick Safety and Prevention Act. *New England Journal of Medicine*, Massachusetts, v. 366, n. 7, p. 670-671, 2012.
- PRÜSS-ÜSTÜN, Annette; RAPITI, Elisabetta; HUTIN, Yvan. Estimation of the global burden of disease attributable to contaminated sharps injuries among health-care workers. *American Journal of Industrial Medicine*, New York, v. 48, n. 6, p. 482-490, 2005.
- RAPPARINI, Cristiane S. *Acidentes do trabalho com material biológico em serviços de saúde brasileiros*. 2006a. 255f. Tese (Doutorado em Saúde e Trabalho) – Programa de Pós-Graduação em Infectologia e Medicina Tropical, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.
- RAPPARINI, Cristiane S. Riscos biológicos e segurança dos profissionais da saúde. *Infectologia Hoje*, Rio de Janeiro, ano 1, v. 2, jan.-fev.-mar. 2006b.
- RAPPARINI, Cristiane; REINHARDT, Érica. *Manual de implementação: programa de prevenção de acidentes com materiais perfurocortantes em serviços de saúde*. São Paulo: Fundacentro, 2010.
- ROBAZZI, Maria L. C.; MARZIALE, Maria H. C. Regulatory standard 32 and its implications for nursing workers. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 12, n. 5, p. 834-836, 2004.
- SEEFF, Leonard et al. Type B hepatitis after needle-stick exposure: prevention with hepatitis B immune globulin. Final Report of the Veterans Administration Cooperative Study. *Annals of Internal Medicine*, Philadelphia, v. 88, n. 3, p. 285-293, 1978.
- UNITED STATES OF AMERICA. Needlestick Safety and Prevention Act of 2000. *Public Law*, Washington, v. 106, p. 430, 2000.

Recebido em 19/03/2017.

Aprovado em 21/10/2017.