

PATRICIA CARNEIRO PESSOA POUSA

OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DO TRABALHO EM UM HOSPITAL DA REDE PRIVADA DE CAMPINAS: ESTUDO DOS FATORES CONTRIBUINTES

Este exemplar corresponde à versão final da Dissertação de Mestrado, apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, de *Patrícia Carneiro Pessoa Pousa*

Profa. Dra. Maria Cecília Cardoso Benatti

Orientadora



CAMPINAS-SP
2002

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL
SEÇÃO CIRCULANTE

- i -

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL

PATRICIA CARNEIRO PESSOA POUSA

OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DO TRABALHO EM UM HOSPITAL DA REDE PRIVADA DE CAMPINAS: ESTUDO DOS FATORES CONTRIBUENTES

Dissertação apresentada ao Departamento de
Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas para obtenção
do Título de Mestre.

Orientadora: Prof. Dra. Maria Cecília Cardoso Benatti

CAMPINAS-SP
2002

91142002

UNIDADE	BE
Nº CHAMADA	unicamp P8680
V	EX
TOMBO BC/	55235
PROC.	16-124103
C	☐
D	☒
PREÇO	R\$ 11,00
DATA	
Nº CPD	

CM00188233-1

BIBID 297056

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP**

P8680

Pousa, Patrícia Carneiro Pessoa

Ocorrência de acidente do trabalho em um hospital da rede privada de
Campinas: estudo dos fatores contribuintes / Patrícia Carneiro Pessoa
Pousa. Campinas, SP : [s.n.], 2002.

Orientador : Maria Cecília Cardoso Benatti
Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Ciências Médicas.

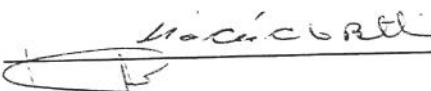
1. Trabalhador . I. 2. Acidentes de trabalho. I. Maria Cecília
Cardoso Benatti. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de
Ciências Médicas. III. Título.

Banca Examinadora da Dissertação de Mestrado

Orientador(a) Prof.(a) Dr.(a) - Maria Cecília Cardoso Benatti

Membros:

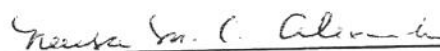
1. Profª Drª Maria Cecília Cardoso Benatti



2. Profª. Drª. Vanda Elisa Andres Felli



3. Profa. Dra. Neusa Maria Costa Alexandre



Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas

Data: 05/07/2002

Deus realizou nossos sonhos, dando-nos condições de concretizar a construção desta dissertação, nos cercou de pessoas, como o Sir (esposo) e minha filha Paola, ponto de apoio e incentivo para a finalização desta obra.

"Digno é o Cordeiro, que foi morto, de receber o poder, e riqueza, e sabedoria, e força, e honra, e glória, e louvor. Então ouvi que toda criatura que há no céu e sobre a terra, debaixo da terra e sobre o mar, e tudo o que neles há, estava dizendo: Aquele que está sentado no trono, e ao Cordeiro, seja o louvor, e a glória, e o domínio pelos séculos dos séculos".

Apocalipse 5:12-14 (Bíblia Sagrada, 1969).

Agradecimentos

A Profa. Dra. Maria Cecília Cardoso Benatti, minha orientadora, dedicada ao me conduzir, incentivar, agregando contribuição imprescindível.

Aos meus pais Graciette e Enildo Pessoa pelo exemplo de vida, porto seguro, sempre disponível.

À Profa. Dra. Neusa Maria Costa Alexandre pelo direcionamento, orientações valiosas para este estudo.

A Profa. Dra. Vanda Elisa Felli da Silva pela disponibilidade e importante colaboração nesta pesquisa.

A Diretoria do HOSPITAL CAMPO DE ESTUDO, pela visão em buscar um hospital de excelência, e pelo apoio oferecido no percurso da nossa vida profissional.

Ao Sr. Orlando Nista Júnior, gerente de Recursos Humanos, ponto de referência para o desenvolvimento profissional.

Ao Dr. Jayme Malek Júnior, amigo, colega de trabalho. Sua contribuição sempre presente na elaboração do programa de informática para análise dos dados e revisão do texto.

A Lucileide da Silva Ferraressi e Sandra Calixto Benjamin, pelo companheirismo na dinâmica diária de trabalho.

A Bibliotecária Carmem Nohêmia Próspera de Paula, pela eficiência na adequação das referências bibliográficas.

Aos técnicos de segurança Thomáz Buckeridge e Roberto Garcia de Almeida, que possibilitaram a coleta de dados, à medida que organizaram os arquivos referentes aos acidentes do trabalho, durante o decorrer dos anos, de maneira a facilitar o desenvolvimento da nossa dissertação.

A todos os funcionários do HOSPITAL CAMPO DE ESTUDO, responsáveis pelo sucesso da empresa.

Ao Prof. Dr. Heleno Rodrigues Corrêa Filho, pela participação na qualificação e pela assessoria epidemiológica.

A enfermeira Vera Médice Nishide por todo o apoio e colaboração na elaboração deste estudo.

A Paula Marcondes Ferreira na construção e estruturação de todo o texto.

A estatística Cleide Aparecida Moreira Silva, pela colaboração na apresentação dos resultados.

A trabalhadora Conceição Xavier de Moraes, pelo suporte doméstico.

Lista de Figuras	xv
Lista de Tabelas	xvii
Resumo	xxi
1. INTRODUÇÃO	23
1.1 O trabalho na vida do homem	23
2. O ACIDENTE DO TRABALHO: CONSIDERAÇÕES GERAIS	27
2.1 A repercussão do acidente do trabalho na história do trabalhador	27
2.2 Definição de acidente do trabalho, a análise da legislação	28
2.3 Conceito de acidente do trabalho	30
2.4 Teorias concernentes às causas dos acidentes do trabalho	32
2.5 A incriminação do acidentado	36
2.6 O estudo do acidente do trabalho na área hospitalar brasileira	37
2.7 Programas e serviços do HOSPITAL CAMPO DE ESTUDO	46
3. OBJETIVOS	51
3.1 Geral	51
3.2 Específicos	51
4. MÉTODO	53
4.1 Tipo de estudo	53
4.2 Cenário - Caracterização da instituição campo do estudo	53
4.3 População Estudada	54
4.4 Coleta de dados	54
4.4.1 Instrumento de coleta de dados	54
4.4.2 Validação do instrumento de coleta de dados	55
4.4.3 Pré-teste do Instrumento de coleta de dados	56
4.4.4 Descrição da coleta de dados	56
4.5 Processamento dos dados	57
4.6 Análise dos dados	57
4.6.1 Variáveis estudadas:	58
4.7 Aspectos éticos	60
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	61
6. CONCLUSÃO	125
7. SUMMARY	129
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	131
9. ANEXOS	143

FIGURA 1- Fluxo de atendimento de acidente do trabalho do HCE.....	50
FIGURA 2 - Distribuição de acidentes segundo o mês de ocorrência.....	86
FIGURA 3 - Distribuição dos acidentes segundo o horário da ocorrência.....	87
FIGURA 4 - Distribuição dos acidentes segundo o tempo transcorrido em relação ao início da jornada de trabalho.....	89

TABELA 1 - Distribuição dos acidentes por faixa etária dos acidentados.	62
TABELA 2 - Distribuição do acidente segundo sexo e estado marital.	64
TABELA 3 - Distribuição dos acidentes segundo o local da residência dos acidentados.	67
TABELA 4 - Distribuição dos acidentes segundo a faixa salarial em salários mínimos.	69
TABELA 5 - Distribuição dos acidentes segundo a categoria profissional.	71
TABELA 6 - Distribuição dos acidentes segundo as categorias profissionais dos trabalhadores de enfermagem.	76
TABELA 7 - Distribuição dos acidentes segundo o tipo de acidente.	79
TABELA 8 - Distribuição dos acidentes de trajeto segundo o local da residência dos acidentados.	83
TABELA 9 - Distribuição dos acidentes segundo o local do acidente de trajeto.	84
TABELA 10 - Distribuição dos acidentes segundo o dia do mês da ocorrência.	85
TABELA 11 - Distribuição dos acidentes segundo o tipo de acidente e afastamento dos trabalhadores.	90
TABELA 12 - Distribuição dos acidentes segundo tempo de afastamento em dias, em relação ao tipo de acidente.	91
TABELA 13 - Distribuição dos acidentes segundo o setor de trabalho.	92
TABELA 14 - Distribuição dos acidentes segundo o setor de atuação dos trabalhadores de enfermagem.	97

TABELA 15 - Distribuição dos acidentes segundo o local da ocorrência.....	100
TABELA 16 - Distribuição dos acidentes segundo a localização na unidade de trabalho.....	102
TABELA 17 - Distribuição dos acidentes segundo a causa ou o objeto causador.....	105
TABELA 18 - Distribuição das atividades relacionadas com o acidente com material perfurocortante.....	107
TABELA 19 - Distribuição do acidentes segundo a principal região corporal atingida por lesão.....	113
TABELA 20 - Distribuição dos acidentes segundo a natureza da lesão.	117
TABELA 21 - Distribuição do número de acidente por trabalhador.	120
TABELA 22 - Distribuição do número de acidentes por trabalhador.....	123

Os acidentes do trabalho tem sido objeto de estudo por parte dos profissionais que atuam na área da Saúde do Trabalhador – vivenciar este problema é conhecer as consequências que acarreta na saúde do trabalhador e no processo produtivo da empresa. Hoje quando a conquista da cidadania é crescente é impossível, na dinâmica diária do trabalho, ignorar que o acidente e a série de danos que acarreta faz parte da realidade. Feito por uma profissional da área, este trabalho analisa aspectos epidemiológicos dos acidentes do trabalho em uma instituição hospitalar privada de Campinas – São Paulo, no período de 1º de janeiro de 1996 a 31 de dezembro de 2000. O objetivo é comparar os resultados com a literatura disponível, cujos referenciais são instituições públicas. Foram ressaltados os aspectos epidemiológicos ligados a dados referentes aos trabalhadores acidentados; dados referentes aos acidentados na empresa e dados referentes aos acidentes ocorridos. O instrumento utilizado para a coleta de dados foi a Comunicação de Acidente de Trabalho - CAT. A partir das variáveis estudadas é possível afirmar em relação a dados referentes aos trabalhadores que os acidentes do trabalho ocorreram predominantemente em trabalhadores na faixa etária de 19 –29, com ocorrência discretamente maior para trabalhadores do sexo feminino. Em relação a dados referentes aos trabalhadores acidentados do hospital, dos acidentes estudados os auxiliares de enfermagem apresentaram proporcionalmente a maior acidentalidade, o que levou a uma análise das características do trabalho desta categoria. Em relação a dados referentes aos acidentes, merecem ser mencionados aqui, os altos índices de acidentes de trajeto e o fato de que o local com maior número de ocorrências foi a área do Serviço de Nutrição e Dietética. Os dados analisados indicam que 70% dos acidentes ocorreram nas unidades de trabalho, sendo que a causa ou o objeto causador de maior índice de acidentes foi o material do tipo perfurocortante. Os membros superiores, principalmente as mãos, foram as regiões mais atingidas. Acredita-se que em função do modelo de gestão do hospital, é nítida uma significativa e crescente queda no número absoluto de acidentes no decorrer do período abordado por este estudo. Para avaliar esta importante tendência foram extraídos, do modelo de gestão adotado, os referenciais e formas de atuação que o delineiam: **conscientização, formas organizacionais e recursos materiais**. Acredita-se que este estudo irá contribuir para mudanças futuras do quadro atual.

UNITERMOS: Hospital; Saúde dos trabalhadores; Acidentes do trabalho.

1.1 O trabalho na vida do homem

Para muitos pesquisadores sociais, o ser humano faz a sua história procurando atender suas necessidades.

Com esse objetivo, produz os meios de existência através do que denominamos forças produtivas, que pode ser entendida através dos seguintes elementos: objeto de trabalho, coisas sobre as quais o ser humano atua; meios de trabalho, tudo o que se utiliza para atuar sobre o objeto de trabalho; e, sobretudo, os trabalhadores, empregando sua força de trabalho, aqui entendida “como o conjunto das atividades físicas e mentais existentes no corpo e na personalidade viva de um ser humano, as quais ele põe em ação toda vez que produz valores de uso de qualquer espécie” (MARX, 1968).

O trabalho é decisivo para a existência do ser humano. Além de produzir o que é necessário para que as pessoas vivam, torna possível a transformação do ser humano, permitindo o seu desenvolvimento, desde as situações mais primitivas até o estágio em que se encontra nos dias atuais.

O trabalho é patrimônio do ser humano, que o distingue dos animais, porque somente ele fabrica as coisas, de forma consciente, utilizando instrumentos de produção. Conforme HEGEL (1976) “o que o homem tem a mais que o animal, o possui pelo pensamento”.

O trabalho acontece em situações mediadas pelas relações sociais entre os seres humanos no processo de produção. Essas relações de produção

podem dificultar ou facilitar a sucessão de estados que põem em evidência as formações sociais ao longo do tempo.

A dependência recíproca entre forças produtivas e relações de produção exerce papel decisivo no desenvolvimento do trabalho através dos tempos. A solução das contradições entre esses pólos (forças produtivas e relações de produção) com mudanças nas características das relações sociais, marca momentos significativos da evolução da Humanidade. Foi assim quando aconteceu a passagem do escravismo para o feudalismo e, também, deste para o capitalismo.

Entretanto, todo processo evolutivo, com transformações decisivas para a caminhada da Humanidade, sempre teve duas características comuns às diversas relações sociais: historicamente os interesses das minorias dominantes (senhores de escravos, senhores feudais e capitalistas) se estabeleceram como prioritários frente ao trabalho realizado pelo ser humano, como componente das forças produtivas; e a passagem das fases históricas tem possibilitado que o trabalhador assuma posição mais avançada que na fase anterior, realçando o ponto de vista que prioriza o ser humano (PESSOA, 2000).

Essa observação, além de outras, parece indicar segundo PESSOA (2000) crescente avanço das condições para que se estabeleça o princípio da primazia do ser humano e, portanto do trabalho, nas coisas que fazem a vida em conjunto. Em outras palavras, avanço do ponto de vista técnico e das condições para caminhada da libertação humana. A história indica avanços significativos na conquista de uma nova realidade cujo princípio é a prioridade do ser humano. O grau de desenvolvimento das forças produtivas constitui fator decisivo para que se possa pensar nessa conquista. No conjunto das relações sociais é crescente a presença de rudimentos da nova realidade que tem essa primazia por fundamento. É com base nessa observação que devem ser entendidos o caminho para solucionar as contradições entre esses pólos, nos dias que correspondem ao início do terceiro milênio.

O pensamento do Concílio Vaticano II (1991) indicado no documento *Gaudium et Spes*, reproduzido no parágrafo seguinte, confirma a tendência de avanço constante em direção à libertação humana, principalmente quando consideradas as condições econômicas, políticas e ideológicas dos dias atuais. O surgimento de relações sociais baseadas na primazia do ser humano é um objetivo a ser perseguido por todos os cidadãos, não importa qual seja seu âmbito de atuação.

“O trabalho humano que se exerce na produção e na troca dos bens econômicos e na prestação de serviços, sobreleva aos demais fatores da vida econômica, que apenas têm valor de instrumentos. Este trabalho, empreendido por conta própria ou ao serviço de outrem, procede imediatamente da pessoa, a qual como que marca com o seu selo as coisas da natureza, e as sujeita ao seu domínio. É com seu trabalho que o homem sustenta de ordinário a própria vida e a dos seus [...] Daí nasce para cada um o dever de trabalhar fielmente, e também o direito ao trabalho; à sociedade cabe, por sua parte, ajudar enquanto possa, segundo as circunstâncias vigentes, os cidadãos para que possam encontrar oportunidade de trabalho suficiente. Finalmente tendo em conta funções e produtividade de cada um, bem como a situação da empresa e o bem comum, o trabalho deve ser remunerado de maneira a dar ao homem a possibilidade de cultivar dignamente a própria vida material, social, cultural e espiritual e a dos seus. Dado que a atividade econômica é, na maior parte dos casos, fruto do trabalho, associado dos homens, **é injusto e desumano organizá-la e dispô-la de tal modo que isso resulte em prejuízo para alguns dos que trabalham [...]** É preciso, portanto adaptar todo o processo do trabalho, às necessidades da pessoa e a forma de vida[...] Proporcione-se, além disso, aos trabalhadores a possibilidade de desenvolver, na execução do próprio trabalho, as suas qualidades e personalidades” (CONCÍLIO VATICANO II, 1991). (grifo da autora)

A força de trabalho é aqui entendida como a capacidade do ser humano de produzir valores de uso em geral, e o trabalho, é colocar esta capacidade em prática. Enfim, quando se tem em vista que além da existência, o ser humano tem

a sua essência, “a dignidade do trabalhador é mais do que o próprio trabalho, é mais do que o homem exercitando o trabalho” (CONFERÊNCIA NACIONAL DOS BISPOS DO BRASIL, 1992).

Admite-se que o acidente do trabalho, fenômeno a ser analisado neste estudo, ocorre na interdependência entre forças produtivas e relações de produção.

A partir das reflexões anteriores, a análise a ser desenvolvida examina a ocorrência de acidente do trabalho especificamente em um hospital da rede privada de Campinas, a fim de contribuir para a melhoria na qualidade desta instituição e para a mudança do padrão de vida e trabalho dos trabalhadores envolvidos. Considerando que são importantes estudos direcionados para a área hospitalar, já que este é um complexo que engloba vários serviços, e devido a esta característica possui uma extensa relação de riscos ao trabalhador da área da saúde, que são abordados pelos estudos que tratam do assunto.

A autora acredita que este estudo é de suma importância pois representa um período de cinco anos na casuística de acidente do trabalho em um hospital particular e propicia a visualização de uma tendência dentro da instituição e de uma conscientização para a busca de melhores condições de trabalho propiciando resultados expressivos.

O ACIDENTE DO TRABALHO: CONSIDERAÇÕES GERAIS

2

2.1 A repercussão do acidente do trabalho na história do trabalhador

O acidente do trabalho vem sendo estudado já há algum tempo e mudanças vêm sendo alcançadas como conquista dos trabalhadores. O tema acidente do trabalho na área hospitalar vem contribuir com a necessária geração de conhecimento na área de saúde do trabalhador hospitalar. A autora deste trabalho vivencia, no seu dia a dia, a ocorrência de acidentes do trabalho, convivendo com os “pesadelos” que acarretam na vida do trabalhador. As conseqüências do acidente do trabalho recaem sobre o indivíduo, sua família, a organização na qual trabalha e sobre a sociedade. A perda da saúde gera implicações na sua vida social e econômica, levando o trabalhador ao desespero, sem poder suprir suas necessidades básicas. Além disso, quem trabalha em hospitais convive, em algumas situações, com o medo de adquirir alguma doença contagiosa, após acidentes com algum tipo de risco biológico. A ocorrência do acidente do trabalho compromete a qualidade da segurança nas empresas, o que começa a preocupar os administradores hospitalares. A lógica empresarial da segurança do trabalho, ainda que tardiamente, impõe aos hospitais este tipo de exigência e preocupação.

Este estudo trata de investigações de acidentes do trabalho em um hospital privado de Campinas, São Paulo. Não se compromete a estudar as causas dos acidentes do trabalho da instituição, pois caso esta fosse a proposta, o

estudo se deteria na investigação de fenômenos mais complexos e não apenas aos aspectos relativos a dados dos acidentados e dos acidentes.

Para encaminhar as discussões, inicialmente será analisada a definição de acidente do trabalho na legislação, procurando ressaltar aspectos históricos das conquistas dos trabalhadores; em seguida serão mencionadas algumas teorias sobre as causas dos acidentes, com o intuito de auxiliar as discussões e análise dos resultados encontrados. Para finalizar, foram examinados “os processos de atribuição da culpa”: os acidentados são “sempre” culpados pelos acidentes. O aspecto comparativo, um dos objetivos deste estudo, foi atendido por meio de uma revisão bibliográfica das pesquisas sobre acidentes do trabalho na área hospitalar.

2.2 Análise da legislação sobre o tema acidente do trabalho

O trabalho exerce um papel fundamental na organização da sociedade, e as condições em que é realizado podem trazer efeitos não desejados. A saúde dos trabalhadores deve ser encarada como uma das áreas prioritárias das políticas de saúde (LAURELL, 1983).

A análise do acidente do trabalho no Brasil, através das características da legislação, ao longo do tempo, permite avaliar a tendência das conquistas dos trabalhadores, no sentido da melhoria das condições de trabalho nas empresas.

De forma coerente com a posição secundária ocupada pelos detentores da força de trabalho no processo de criação da riqueza, somente em 1919 no Brasil, aparece a primeira legislação através do Decreto-Lei nº 3.724, de 15 de janeiro que protege o trabalhador de acidentes (RIBEIRO; LACAZ, 1984). Embora sendo limitada, significa avanço das lutas trabalhistas, concedendo alguma proteção aos empregados das fábricas.

Após a Revolução de 1930, as lutas políticas dos trabalhadores deixam de ser consideradas “caso de polícia” e ocorreu novo avanço, com o Decreto-Lei nº 24.637 de 10/07/1934 (RIBEIRO; LACAZ, 1984). Foram reconhecidas as

doenças profissionais ou do trabalho, e garantida a indenização na hipótese de acidentes. Ainda que a Revolução de 1930 não tenha significado um momento de transformação qualitativa, a exemplo da Revolução Francesa de 1789, com esse movimento, surge um “estado de compromisso” que passou a contemplar, além das oligarquias agrárias, a burguesia industrial e financeira e os trabalhadores. O novo estado ampliou as condições para conquistas dos trabalhadores mesmo sob a forte influência do governo que se instalou.

Os avanços prosseguiram e em 10/11/1944, o Decreto-Lei nº 7.036 amplia as indenizações estabelecidas na legislação brasileira anterior, incluindo os acidentes de trajeto (RIBEIRO; LACAZ, 1984). Foram criados também o seguro obrigatório, de responsabilidade do empregador, e o dever de comunicar as ocorrências de acidentes.

Com a implantação do regime militar no Brasil, em março de 1964, houve uma tentativa de retrocesso com o Decreto-Lei nº 293 de 28/02/1967. Sem sucesso, a Lei sequer foi regulamentada, por extinguir direitos já conquistados pelos trabalhadores (RIBEIRO; LACAZ, 1984).

Ainda nessa mesma linha, as medidas preconizadas pela Lei brasileira nº 5.316 de 14/09/1967, apresentaram modificações prejudiciais aos trabalhadores. Por exemplo, foram preteridas algumas conquistas relativas à prevenção de acidentes, à reabilitação profissional e ao reaproveitamento dos acidentados pelas empresas (RIBEIRO; LACAZ, 1984). A realidade política do país naquele momento, caracterizada pelo autoritarismo, dificultava ou mesmo impedia manifestações de protesto. No ano de 1976 foi aprovada a Lei 6.367, que mais uma vez significou retrocesso nos avanços dos trabalhadores, quanto aos acidentes do trabalho. Foram suprimidas as estatísticas e, portanto, foi eliminado o instrumento decisivo para avaliação do problema e para tomada de decisão (RIBEIRO; LACAZ, 1984). No momento atual, a questão do acidente do trabalho é regida no Brasil pela sétima lei de nº 8.213 de 24/07/1991 (OLIVEIRA, 1998).

2.3 Conceito de acidente do trabalho

Acidente do trabalho, para o efeito da legislação, é aquele que “ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa, pelo exercício dos segurados, provocando lesão corporal, ou perturbação funcional que cause a morte, ou a perda ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho” (lei nº 8.213 de 24/07/91, da Previdência Social) (OLIVEIRA, 1998).

Para os efeitos de lei, acidentes do trabalho são considerados (OLIVEIRA, 1998):

- I. A doença profissional, “assim entendida a produzida ou desencadeada pelo exercício do trabalho peculiar a determinada atividade” [...].
- II. A doença do trabalho, “assim entendida a adquirida ou desencadeada em função de condições especiais em que o trabalho é realizado e com ele se relacione diretamente” [...].

Equipara-se ao acidente do trabalho, para efeito da Lei Previdenciária (OLIVEIRA, 1998):

- I. “O acidente ligado ao trabalho que, embora não tenha sido a causa única, haja contribuído diretamente para a morte do segurado, para redução ou perda da sua capacidade para o trabalho, ou produzido lesão que exija atenção médica para a sua recuperação”;
- II. “O acidente sofrido pelo segurado no local e no horário do trabalho em consequência de:
 - a) ato de agressão, sabotagem ou terrorismo praticado por terceiro ou companheiro de trabalho;
 - b) ofensa física intencional, inclusive de terceiro, por motivo de disputa relacionada com o trabalho;
 - c) ato de imprudência, de negligência ou de imperícia de terceiro ou de companheiro de trabalho;

- d) ato de pessoa privada do uso da razão;
 - e) desabamento, inundação, incêndio e outros casos fortuitos ou decorrentes de força maior”.
- III. “A doença proveniente de contaminação acidental do empregado no exercício de sua atividade”;
- IV. “O acidente sofrido pelo segurado, ainda que fora do local e horário de trabalho:
- a) na execução de ordem ou na realização de serviço sob a autoridade da empresa;
 - b) na prestação espontânea de qualquer serviço à empresa para lhe evitar prejuízo ou proporcionar proveito;
 - c) em viagem a serviço da empresa, inclusive para estudo quando financiada por esta dentro de seus planos para melhor capacitação da mão-de-obra, independentemente do meio de locomoção utilizado, inclusive veículo de propriedade do segurado;
 - d) no percurso da residência para o local de trabalho ou deste para aquele, qualquer que seja o meio de locomoção, inclusive veículo de propriedade do segurado”;

OLIVEIRA (1998) acrescenta que, “nos períodos destinados à refeição ou descanso, ou por ocasião da satisfação de outras necessidades fisiológicas, no local do trabalho ou durante este, o empregado é considerado no exercício do trabalho”.

Doença do trabalho é definida pela legislação como doença não degenerativa nem inerente a grupos etários, resultante das condições especiais ou excepcionais em que o trabalho é executado, desde que diretamente relacionada à atividade exercida e causadora de redução da capacidade para o trabalho que justifique a concessão do benefício por incapacidade. Doença profissional é a

doença inerente a determinados ramos de atividade, proveniente de causa crônica, atuando lentamente (CAMPANHOLE, 1995).

2.4 Teorias concernentes às causas dos acidentes do trabalho

O estudo dos acidentes do trabalho abrange muitos elementos ou partes. De acordo com pesquisadores do tema, atualmente não se admite conjecturar a causa dos acidentes sem uma análise complexa - a tendência é interpretá-lo como um fenômeno multicausal, com diversos eixos a serem investigados. Mas na prática a tendência é simplificar este fenômeno, situando-o no âmbito do fator humano, deixando de lado a posição social dos trabalhadores.

Diversas concepções são empregadas pelas várias teorias referentes às classificações dos acidentes do trabalho.

A partir de SURRY (1971), dois modelos devem ser citados. O primeiro é o modelo epidemiológico, que descreve o acidente como resultado de vários elementos ligados ao ambiente, hospedeiro e agente. É viável em estudos que descrevem e classificamos fatores associados aos acidentes, mas não para estudo de suas causas. O segundo é o modelo sistêmico, que interpreta o acidente como desequilíbrio no sistema homem-máquina.

Segundo HALE; HALE (1972) o estudo sobre acidentes do trabalho pode ser dividido em dois tipos: aqueles centrados em um grupo de pessoas ou eventos e aqueles que comparam dois grupos de pessoas ou eventos. A possibilidade de que esta avaliação leve à generalização de algumas características dos acidentados, desconsiderando o estudo da população em geral, demonstra a fragilidade das análises centradas em um grupo de pessoas ou eventos. A vantagem deste tipo de trabalho é salientar fatores que poderão ser significativos em outras pesquisas. Nos trabalhos comparativos sobre a distribuição de acidentes nas populações estudadas, é preciso considerar as diversas realidades industriais e as diferentes de habilidades exigidas nas tarefas. Estes autores mencionam a existência de teorias epidemiológicas, que possuem

um enfoque mais descritivo que analítico das interações entre agente, hospedeiro e ambiente, no estudo das causas dos acidentes.

O NATIONAL SAFETY COUNCIL (1979) salienta que são essenciais registros de acidentes que possibilitem a identificação de fatores chaves das lesões e dos acidentes, permitindo a determinação de um modelo para sua ocorrência. Esses fatores chaves relacionam-se a antecedentes imediatos ao acidente. Destacam-se como fatores chaves:

- a) Natureza da lesão: classe da lesão sofrida
- b) Parte do corpo lesada
- c) Origem da lesão: o que diretamente produziu a lesão
- d) Tipologia do acidente: a maneira como foi lesado
- e) Situação perigosa: circunstância que permitiu o acidente
- f) Agente do acidente: material ou máquina associada à lesão
- g) Parte do agente: parte específica do agente que foi perigosa

HOYOS; ZIMOLONG (1988) acreditam que o acidente resulta de uma seqüência de eventos, incluindo processos técnicos e comportamentos humanos, nunca sendo explicado de forma isolada por apenas um dos fatores. “Apontar para o “ erro humano” é um modo – muito simplificado – de tentar explicar os acidentes. No curso de um acidente, decisões e percepções humanas, assim como a possibilidade de compensação para a ruptura do processo regular, jogam papel decisivo em relação à causa de um acidente. A consciência de segurança e o comportamento preventivo da pessoa, também contribuem para segurança do sistema homem – máquina no qual ela trabalha, agindo em todo o tempo em conjunto com outros componentes do sistema. Uma seqüência crítica de incidentes, que podem levar a um acidente, usualmente ocorrem somente quando processos técnicos e comportamentos humanos acontecem juntos. A explicação nunca deve ser buscada somente no comportamento humano. Similarmente, a pesquisa de orientação puramente técnica nunca pode ser produtiva” (HOYOS; ZIMOLONG, 1988).

DWYER (1991) sociólogo, apresenta uma noção moderna do acidente do trabalho, definindo-o como produto de relações sociais do trabalho, destacando, portanto o caráter social do acidente. O paradigma usado para tratar as causas dos acidentes, em termos de condição insegura e ato falho, já não é capaz de interpretar os fenômenos atuais. Diz que “na pesquisa dos acidentes do trabalho, são necessárias teorias radicalmente novas”. Os acidentes são concebidos como produtos de relações sociais do trabalho. Em um mesmo ambiente de trabalho podem existir padrões de relações sociais diferentes para diferentes grupos de trabalhadores. Segundo o autor, na década de 80, mais de 10 milhões de brasileiros tiveram algum tipo de acidente do trabalho, de acordo com dados oficiais, considerados pouco confiáveis. Em uma retrospectiva histórica, este autor interpreta os acidentes do trabalho, nos diversos períodos de produção. Na Europa pré-industrial, a causa do acidente é identificada como punição pelo pecado, enquanto que a ajuda prestada às vítimas e suas famílias ficava a cargo do sistema corporativo e das redes de apoio aos familiares. Com a industrialização, surgem os locais de trabalho de grande escala e a combinação de fatores como as mudanças no valor atribuído à vida, a ação de movimentos sociais e sindicais, além da indignação do público com o sistema industrial e com seus danos, acabam por transformar a produção dos acidentes e o tratamento das suas conseqüências, em uma questão de ordem pública.

Assim, a fim de solucionar o problema do acidente do trabalho, surgiu uma estrutura administrativa e legal, sendo fiscalizadas as leis e as infrações. Forma-se um mercado de profissionais voltados para esta área, e com isso desenvolve-se um suporte educacional nas universidades. Durante mais da metade do século XX, várias mudanças ocorreram, sempre no sentido de crescimento das ações destes profissionais, que foram também implementadas nos países em desenvolvimento. Mesmo com a construção de toda esta estrutura institucional, os índices de acidente do trabalho cresceram em alguns países nas décadas de 50 e 60. No final do século XX, observou-se um conflito entre as práticas passadas e as emergentes, e como conseqüência criou-se uma proposta relacionada à produção do acidente do trabalho, cuja base é a idéias que

acidentes ocorrem por “condições inseguras e atos falhos”. Segundo DWYER (1991) a abordagem sociológica opõe-se a essa idéia, afirmando que os acidentes são produzidos pelas relações sociais do trabalho. Afirma que “(...) A relação social do trabalho é a maneira pela qual é gerenciado o relacionamento entre uma pessoa e seu trabalho”, existindo em três níveis dentro de uma instituição: **rendimento, comando e organização.**

O nível de rendimento pode vir, por exemplo, a produzir acidentes por meio de fatores como incentivo financeiro, excesso de carga de trabalho, ou incapacidade de trabalhadores mal nutridos para executar com segurança as tarefas. A possibilidade da ocorrência de acidentes está ligada a diferenças de locais ou setores, quando os trabalhadores necessitam assumir riscos maiores para receber incentivo financeiro. Em relação ao trabalho extra, também depende de um setor para outro, em função da demanda de tarefas, mas, isto ocorre quando as pessoas trabalham além das suas capacidades físicas.

Em relação ao nível de comando, destacam-se duas relações sociais distintas: desintegração do grupo de trabalho e o autoritarismo. O autoritarismo pode ser responsabilizado como agente dos acidentes caso leve os trabalhadores a executar tarefas que julguem perigosas.

Em nível de organização, a falta de qualificação ocorre quando o trabalhador não tem conhecimento ou treinamento suficiente sobre a tarefa a executar. A desorganização é o desconhecimento do trabalhador sobre como evitar os efeitos de eventos produzidos como consequência da própria tarefa. Concluindo, o autor afirma que mudanças no modo de gerenciar o relacionamento entre o trabalhador e os perigos de seu trabalho, geram alterações na ocorrência dos acidentes, favorecendo a prevenção. Outros fatores contribuintes para a prevenção que não podem ser desprezados são o movimento ecológico e os custos advindos de acidentes do trabalho.

Segundo BUSCHINELLI; ROCHA; RIGOTTO (1994) sinteticamente pode-se representar as evoluções concernentes à estrutura causal dos acidentes do seguinte modo:

- Concepção unicausal, onde se destaca uma única causa necessária para ocorrência de um evento.
- Concepção multicausal, que tende a tratar o acidente como decorrente da relação de diferentes abordagens.

KJLLÉN (2000) em seu estudo de causalidade de acidentes descreve a “Teoria do domino” como um importante exemplo de investigação através de cadeia de múltiplos eventos. Neste modelo o acidente é descrito como uma cadeia de condições que culminam em um acidente. O autor descreve estes eventos como uma junção de atos e condições inseguras no local de trabalho, salientando que esta teoria é bastante utilizada em diversos países, apesar de não levar em conta as múltiplas causas dos acidentes.

2.5 A incriminação do acidentado

No Brasil a contextualização do acidente do trabalho insere-se fortemente no conceito de ato inseguro e condição insegura. O ato inseguro seria aquele que o trabalhador faz sem observar certas regras de segurança. Assim sendo, o único fator responsável pelo acidente seria o comportamento do trabalhador. Este é um conceito amplamente divulgado, de forma simplista e superficial, com coleta de dados insuficiente para um estudo complexo, gerando recomendações para algumas práticas de prevenção, que se mostram improdutivas.

COHN et al. (1985) usando a expressão “produção da consciência culposa”, descreveu a forma como foi gerada, nos mais diversos setores da sociedade, a visão da população acidentada, particularizando as ações da FUNDACENTRO, órgão pertencente ao Ministério do Trabalho, e de outros profissionais que reforçavam, das mais diversas formas, as conclusões de investigações de acidentes em termos de atos e condições inseguras.

Segundo ALMEIDA (1995) em conformidade com vários autores, “a literatura dos acidentes já incorpora grande número de referência a práticas,

supostamente dedicadas à sua investigação, que resultam conclusões tendenciosas caracterizadas por atribuição de responsabilidade e / ou culpa pelo acidente, ao acidentado". A realidade mostra que no Brasil a "produção da consciência culposa" resulta da idéia de que os acidentes são causados por atos e condições inseguras, sendo culpado o acidentado e esta idéia é divulgada por órgãos oficiais, com reforço dos empregadores.

Mantendo então, esta linha de raciocínio, de que o acidentado é o maior "culpado" pelo acidente, os alvos da promoção da saúde são os indivíduos e não as organizações. Enfim, é a orientação que prioriza o capital e não o ser humano.

Esta abordagem foi considerada por NICHOLS (1975) quando afirma que situações com risco de acidente do trabalho são constantemente criadas, pois a necessidade de resposta rápida para os problemas da produção leva o trabalhador a colocar-se em situação vulnerável.

Nas empresas brasileiras, as investigações de acidentes são obrigatórias (Lei nº 6.514 de 22/12/77, Portaria nº 3214 de 08/06/78 ambas do Ministério do Trabalho) devendo ser efetuadas pelas Comissões Internas de Prevenção de Acidentes (CIPA) e pelos Serviços Especializados de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT). O recurso descritivo utilizado já direciona para a identificação de ato e ou condição insegura (Anexo 2 da Norma Regulamentadora 5) (SEGURANÇA, 1999).

2.6 O estudo do acidente do trabalho na área hospitalar brasileira

No Brasil, depois da constituição das Comissões Internas de Prevenção de Acidentes (CIPAs - 1978) foi estabelecida a obrigatoriedade legal de estruturação dos sistemas de segurança nas empresas, com base no que já havia sido previsto na Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT - 1943).

As organizações hospitalares só passaram a ter preocupação com a segurança depois de baixada a Portaria nº 3.214 de 28 de junho de 1978 do Ministério do Trabalho. É conveniente lembrar que o hospital é entendido como

empresa, caracterizada por produzir serviços de saúde e tem seus trabalhadores protegidos pela mesma legislação de 1943. (SEGURANÇA, 1999).

Os estudos nas instituições hospitalares brasileiras, iniciados na década de 70, aumentaram com o surgimento da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) no início dos anos 80 (BERGAMO; MARCELINO; GARRIDO, 1988).

Através de um estudo retrospectivo detalhado das publicações sobre os acidentes do trabalho na área hospitalar, é possível destacar elementos de juízo para interpretação dessa ocorrência, e refletir sobre medidas capazes de evitá-los. A correlação entre as publicações e o momento histórico é necessária na medida em que este estudo permite entender a evolução de aspectos ligados ao acidente do trabalho. Conhecendo-se o passado é possível interpretar o presente.

GOMES (1974) em estudo sobre a gravidade dos acidentes do trabalho ocorridos em 1971 no Brasil, afirma que 4.468 acidentes foram na área hospitalar, salientando que o hospital não pode se manter à margem do assunto. Este conceito é reforçado, em trabalho de FONSECA et al. (1982) no qual é feita a identificação de riscos ocupacionais e condições insalubres de diversos setores de um hospital geral público, e por fim sugere a implantação de um serviço de saúde ocupacional direcionado à área hospitalar.

VOROBOW (1975) lembra que o empregado de hospital está sujeito à ação de vários agentes, que poderão determinar lesões por aparecerem com certa frequência nos hospitais. Inicialmente, procura definir acidente do trabalho, como aquele que é derivado de causa física, súbita, violenta e externa, durante a execução do trabalho. Esta definição, pontuada pelo autor, é apenas uma visão imediata do problema, relacionada somente à hora da ocorrência. Este autor destacou ainda que as condições sócio-econômicas, a idade e as condições físicas do empregado contribuem para que os fatores individuais sejam causas dos acidentes. Seu exemplo é a necessidade de dois empregos, que leva o trabalhador à exaustão por falta de repouso adequado, como fator predisponente à ocorrência do acidente. Alerta a respeito da situação da mulher na área hospitalar, destacando questões relacionadas à posição do indivíduo na vida

social: "{...}" as empregadas de hospitais são constituídas, em geral, por moças jovens e solteiras que freqüentemente mudam de emprego, vivendo de sanduíches, cansadas devido a atividades intensas, tanto no trabalho como fora dele; por mães, igualmente cansadas, devido a atividades domésticas, do trabalho e com problemas relacionados com a gestação; e ainda, por senhoras idosas, sem condições físicas, mas que são levadas ao trabalho por necessidade econômica. Muitas não estavam habilitadas, nem habituadas ao trabalho, mas face à necessidade e dificuldade de obter emprego, sujeitavam-se a atividades diversas no hospital, tais como serviços de alimentação, de limpeza e de lavanderia. Essas pessoas necessitavam de assistência médica, e em geral apresentavam sérios problemas de saúde que surgiam logo após a admissão no emprego". Além disso, discorre sobre a freqüência de casos de tuberculose entre os profissionais da área da saúde, que é maior que na população em geral, sobre o risco das radiações ionizantes capazes de produzir lesões hematológicas e dermatológicas em trabalhadores de serviços de radiologia. Confirmando o paradigma dominante da época do autor as causas do acidente do trabalho foram agrupadas em:

- Condição física insegura – é a condição existente no local, na máquina ou no equipamento ou na instalação e que leva a ocorrência do acidente. Ex.: pisos escorregadios, com saliência ou com buracos.
- Ato inseguro – é a violação de um procedimento aceito como seguro. Ex.: adotar posição inadequada no trabalho.
- Fator pessoal de insegurança – é a alteração mental, psíquica ou física, temporária ou permanente, que leva à prática de ato inseguro. Ex.: visão defeituosa.

Confirma-se a visão apenas técnica sobre as causas do acidente do trabalho, quando desqualifica o homem para exercer suas funções. Há que se prover mecanismos que possibilitem a resolução de alterações mentais, psíquicas ou físicas dos trabalhadores, independentemente da posição que ocupa na sociedade. Seres humanos não são descartáveis.

O autor VOROBOW (1975) aproxima-se da conceituação moderna de acidente do trabalho de DWYER (1991) como concernentes às relações sociais no trabalho, quando define como causa dos acidentes do trabalho, aspectos relacionados às condições sócio-econômicas, aos níveis de rendimento e à organização do trabalho.

MORRONE; OLIVEIRA (1978) estudando a ocorrência de acidentes do trabalho em um hospital geral verificaram que “os locais de trabalho e/ou a natureza das operações executadas, contribuíram para a maior parte dos acidentes e, portanto, merecem tratamento prioritário com relação à prevenção” e também que “os trabalhos que exigem maior esforço físico e pouca ou nenhuma qualificação são os piores remunerados e apresentam os maiores riscos de acidentes”. Além disto, concluíram que, entre os setores do Hospital que apresentavam riscos mais elevados de acidentes do trabalho, destacavam-se os serviços de nutrição e lavanderia e entre as funções mais afetadas, destacavam-se as de menor faixa salarial (serventes atendentes de enfermagem e cozinheiros).

Interessante perceber que estes autores iniciam uma análise mais detalhada de aspectos epidemiológicos ligados à população atingida. “A mão de obra pouco qualificada é a que está sujeita a maior risco” (MORRONE; OLIVEIRA, 1978) , dado pertinente ao âmbito da organização do trabalho.

As publicações que identificam o hospital como “causador” de doenças são mais freqüentes a partir dos anos 80 e vários autores tratam do tema (ALEXANDRE, 1987); (GATTO, 1989); (PITTA, 1990, 1992).

QUEIROZ (1981) em sua análise sobre as causas dos acidentes do trabalho nos hospitais ressalta principalmente as falhas humanas, tanto no campo técnico quanto no administrativo e enfatiza a necessidade de reconhecer os fatores psicológicos e as condições inseguras como condicionantes destes acidentes.

Uma pesquisa realizada através de questionários, em alguns hospitais de Porto Alegre por VARGAS (1981) conclui que as causas mais alegadas para a

ocorrência de acidentes foram: os funcionários não compreenderam o perigo de atos inseguros; acham as instruções a seguir incômodas. Os dirigentes destas instituições consideraram que os métodos mais eficazes para a prevenção de acidentes são palestras, contato pessoal direto e cartazes porém muitas vezes sem atentar para a efetividade destes métodos.

Estudos epidemiológicos sobre acidentes do trabalho relacionados à categoria de enfermagem na área hospitalar foram produzidos nos anos de 1984 a 1989 (PARACCHINI; ROBAZZI, 1986); (MONTEIRO; CARNIO; ALEXANDRE, 1987); (SILVA, 1988); (VALTORTA, 1988); (SANTOS et al., 1989).

OGUISSO; SCHIMDT (1984) ao caracterizar a insalubridade no trabalho e sua aplicação na enfermagem, analisam a natureza, os métodos e as condições de trabalho do enfermeiro e da equipe de enfermagem. O trabalho da enfermagem é considerado como “extremamente complexo e movido por impulsos de situações emergentes que exigem rapidez e agilidade”. Depois de descrever em detalhes os riscos ocupacionais - considerados como fatores de insalubridade - a que esta categoria está sujeita nas diversas áreas de atuação, afirmam que o trabalho é realizado em condições particularmente penosas ou desagradáveis. Trabalho semelhante, escrito por GOMES (1986) conclui que algumas das causas dos riscos assinalados como comprometedores da integridade física e mental dos trabalhadores de enfermagem são: trabalho difícil com carga excessiva, jornadas longas, ritmo acelerado, divisão inadequada de funções, trabalho em turnos, alterações freqüentes de horários, plantões noturnos, executar suas tarefas estando em pé na maior parte do tempo. Consideram ainda que a enfermeira está sujeita a duas situações hierárquicas diferentes: é subordinada da administração - recebe ordens; e é chefe - dá ordens, em uma estrutura administrativa inflexível e linha de autoridade rígida.

Com MONTEIRO; CARNIO; ALEXANDRE (1987) é introduzida uma nova abordagem, quando evidenciam que as condições de trabalho na área hospitalar levam o trabalhador da saúde ao desgaste. Este trabalho analisa o acidente do trabalho ocorrido entre o pessoal de enfermagem de um hospital

universitário estadual do Estado de São Paulo, abrangendo o local de ocorrência, o turno de trabalho, a região do corpo atingida e a natureza da lesão. O instrumento (P 15) usado para coleta de informações foi um impresso interno de notificação de acidentes do trabalho. As autoras concluem que é necessário conscientizar o trabalhador dos riscos inerentes à suas atividades e que é possível modificar as rotinas, se isto for necessário.

SILVA (1988) estudou a população de trabalhadores de enfermagem em um complexo hospitalar pertencente ao setor público, do ponto de vista dos afastamentos devidos a acidentes do trabalho nesta população, com dados referentes aos anos entre 1983 e 1986. A autora considerou elevado o coeficiente de risco de afastamento por acidente do trabalho desta categoria, as maiores freqüências sendo observadas na população feminina das atendentes de enfermagem - categoria de menor preparo técnico-específico, com trabalhadoras com menos de cinco anos de serviço na instituição. O acidente, na sua maioria causado por acidente típico é relacionado à lacerações, feridas, contusões e torções, levando a um tempo de afastamento de até 30 dias. Em relação a doenças ocupacionais, que incluíram as lombalgias, a hepatite e a tuberculose, a autora relatou aspectos que são preocupantes na realidade atual. O estudo recomenda análise e discussão das condições de trabalho na enfermagem. Cabe destacar que implicitamente a autora é coerente com a crescente tendência histórica de participação do ser humano, com base no caráter social do trabalho nas atividades específicas.

Depois de estudar os fatores associados à ocorrência de acidentes do trabalho em pessoal de enfermagem, SANTOS, et al. (1989) concluem que: "Supomos, a partir dos dados coletados, que os fatores econômicos e profissionais podem estar desmotivando os indivíduos para o trabalho que realizam e, de alguma forma, esta desmotivação poderá estar levando os indivíduos ao simples cumprimento de tarefas, sem a atenção necessária para evitar o acidente. A partir destas conclusões, recomendamos que novos estudos sejam feitos no sentido de se detectar a desatenção durante o serviço que o

peçoal de enfermagem executa, bem como a influência da motivação para o trabalho, determinando esta desatenção”.

PITTA em 1992, estudando as condições de trabalho na área hospitalar, relata aspectos importantes como: sobrecargas físicas - causadoras de problemas osteoarticulares; número de pausas na jornada de trabalho - inversamente proporcional ao surgimento de doenças; dificuldades sociais - baixos salários, limitações de acesso ao lazer e moradias super lotadas.

FÁVERO; LUCCA; LEME (1994) em estudo feito em 1992 no Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM) da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) realizaram um levantamento que tratou de alguns aspectos epidemiológicos dos acidentes do trabalho. Os autores usaram um impresso da própria universidade, denominado P15, para a coleta de dados, preenchido após o funcionário ter sido vítima do acidente, no qual são registradas as informações referentes aos acidentes. Utilizaram também relatórios enviados ao Ministério do Trabalho, por meio de ficha de informações, e listagens de funcionários, emitidas pelo CAISM e pela Fundação para o Desenvolvimento da Unicamp (FUNCAMP). No período estudado, foram notificados 68 acidentes. A classificação das causas dos acidentes foi realizada por meio da Classificação Internacional de Doenças (CID) destacando-se o código E 920 – Acidentes causados por objetos ou instrumentos cortantes ou penetrantes, seguidos pelos acidentes de trânsito com veículo a motor. Com relação ao parâmetro que situa a distribuição de acidentes no tempo, o maior registro ocorreu no mês de agosto, destacando-se a segunda e a quarta-feira, com plantões no horário das 13 às 19 horas.

BENATTI (1997) investigando 1.218 trabalhadores da área da enfermagem, constatou 100 acidentes no período de 6 meses (8,2% de incidência acumulada). Concluiu afirmando que a categoria profissional mais atingida foi a do técnico de enfermagem, seguindo-se a do auxiliar de enfermagem, a do enfermeiro e a do atendente de enfermagem. Em relação ao setor de trabalho, predominam as Unidades de Internação de Adultos e o Centro Cirúrgico. Com relação ao turno de trabalho, o da tarde foi o de maior acidentalidade. Quanto ao

número de acidentes em relação aos dias do mês, estes ocorrem do início para o final do mês em ordem crescente; no primeiro semestre do ano, os meses de abril e março apresentam os maiores índices. No tocante aos dias da semana, os picos de acidentes foram as terças e quintas-feiras, no período das 14 às 16 horas. A autora indica que 78 % dos acidentes aconteceram nas unidades de trabalho, 11% em trajeto, 8% em corredores do hospital e 3% nos pátios externos. O quarto do paciente, em especial o leito, aparece como local de maior acidentalidade (22% dos casos). Quando a autora avalia a causa ou objeto causador responsável pelos maiores índices de acidente do trabalho, conclui que foram os materiais perfurocortantes, citando o abandono de agulhas e lâminas no ambiente de trabalho como fator determinante para que ocorram acidentes. Os membros superiores são a região corporal com maior ocorrência de acidentes, representando cerca de 49,7% dos casos, o que se justifica pela alta incidência de ferimento perfurocortante. Os trabalhadores atribuíram os acidentes à fatalidade, às condições de trabalho e à sua própria culpa. Isto se explica, considerando o que foi discutido anteriormente, sobre a idéia pré-concebida do acidente ligado quase que exclusivamente à falha humana. A autora confirmou em coleta de dados posterior, junto aos órgãos competentes, que o número de acidentes notificados é de 50,5 %.

BRANDI; BENATTI; ALEXANDRE (1998) analisando aspectos da ocorrência de acidente do trabalho por material perfurocortante entre trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário da cidade de Campinas verificaram que os enfermeiros e os auxiliares de enfermagem foram os trabalhadores que mais se acidentaram com este tipo de material. A idade média dos acidentados era de 29 anos, com tendência de o grupo masculino acidentarse mais que o feminino. Os objetos perfurantes foram a maior causa dos acidentes, destacando-se as agulhas, após a administração de medicações e ao lado do leito do paciente. Os acidentados atribuem a ocorrência dos acidentes de trabalho à fatalidade e à agitação dos pacientes.

Autores como SARQUIS (1999) e SOUZA (1999) estudaram especificamente o acidente do trabalho do tipo perfurocortante na categoria de enfermagem.

PARADA; ALEXANDRE; BENATTI (2002) através do levantamento das comunicações de acidente do trabalho (CAT) de um hospital universitário no período de janeiro de 1990 a dezembro de 1997 analisaram acidentes do trabalho relacionados com a coluna vertebral em trabalhadores de enfermagem. Dos 531 acidentes, 7% foram acidentes típicos que comprometeram a coluna vertebral. As autoras demonstram as dificuldades para a utilização da CAT e a questão da subnotificação ou sub-registro do acidente do trabalho.

Um maior interesse dos profissionais da área da saúde pelo estudo do ambiente hospitalar é demonstrado através de análises que identificam riscos ocupacionais a que os trabalhadores da área da saúde estão freqüentemente expostos.

De acordo com a NORMA REGULAMENTADORA 5, definem-se riscos ocupacionais todas as situações que podem trazer ou ocasionar danos à saúde do trabalhador no ambiente de trabalho. Classificando os riscos em cinco tipos: físicos, químicos, biológicos, ergonômicos e de acidentes (BRASIL, 2001).

Um estudo de BENATTI; NISHIDE (2000) identificou dentro de uma variedade de riscos a que os trabalhadores de UTI estão expostos, os riscos de acidentes com materiais perfurocortantes, esforço físico e quedas ocasionadas por piso molhado e escorregadio.

Segundo RESENDE; FORTALEZA (2001) dentre as infecções de maior risco de exposição encontram-se as transmitidas por sangue e fluidos corpóreos (hepatite B, hepatite C e HIV) e as de transmissão aérea (tuberculose, varicela-zoster e sarampo).

NICOLETE (2001) encontrou riscos psicossociais como possíveis causadores de acidentes entre trabalhadores de enfermagem de um hospital geral, especificando dentre os mais encontrados a insatisfação no ambiente de trabalho e carga de trabalho.

NISHIDE (2002) identificou os riscos ocupacionais a que estão expostos os trabalhadores de enfermagem de uma UTI durante sua jornada de trabalho. A autora constatou que estes trabalhadores estão mais expostos aos riscos de acidentes relacionados aos procedimentos de assistência aos pacientes por contato freqüente com sangue, secreções e fluídos corpóreos, a perfurocortantes, ao esforço físico e as infecções e doenças de diagnostico não confirmado. Também é destacado o ambiente laboral através de desconforto por temperatura e ruído e inadequação de iluminação natural e artificial.

Os hospitais, de modo geral, caracterizam-se por serem empresas de funcionamento ininterrupto, com grande número de empregados e diversificação de mão-de-obra no seu quadro funcional, por terem necessidade de trabalho em turnos e horários extraordinários. Esta estrutura, além da tensão e responsabilidade com o cliente, produz efeitos na saúde dos empregados.

2.7 Programas e serviços do HOSPITAL CAMPO DE ESTUDO

Cabe ressaltar que no HCE (denominado HCE a partir daqui) todas as ações realizadas estão baseadas nos programas e serviços descritos a seguir.

Em janeiro de 1996, começa a implantação de um Programa de Gestão pela Qualidade Total (PGQT) com o apoio de uma consultoria especializada em educação e treinamento empresarial. O Programa foi direcionado ao treinamento e desenvolvimento dos talentos humanos da empresa, com a convicção de que somente avançando na conscientização do ser humano é possível alavancar a excelência no atendimento ao cliente.

Na mesma época, o hospital - com base nas políticas de qualidade da empresa - constituiu o Serviço de Engenharia, Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT) cujo objetivo não era apenas cumprir a legislação (NR 4) mas também ir adiante, tendo a prioridade do ser humano como papel fundamental. Tais políticas podem ser entendidas através dos seguintes pontos:

1. Padronizar e garantir a qualidade de todos os processos de trabalho, cuidar para que não haja desperdício de esforços e que as boas idéias possam ser colocadas em prática.
2. Investir no treinamento, valorização e reconhecimento dos trabalhadores, mantendo-os continuamente informados sobre os objetivos do Hospital e incentivando o comprometimento de todos para alcançar estes objetivos.

Através da implantação deste programa os funcionários passaram a participar também do Programa 5S. Segundo RIBEIRO (1999) o Programa 5S é um conjunto de cinco atividades que visam aperfeiçoar o comportamento das pessoas, produzindo uma mudança de hábitos e atitudes além de aprimorar os valores éticos e morais. O termo de 5S é proveniente de cinco conceitos: senso de organização, senso de ordenação, senso de limpeza, senso de asseio e senso de autodisciplina. Segundo o autor, essas melhorias tanto nas instalações quanto no aspecto comportamental, não são benéficas somente para as pessoas que trabalham, mas também resultam em um melhor serviço aos clientes internos da organização.

O SESMT é um conjunto formado pelo Ambulatório de Saúde do Trabalhador e pelo Serviço de Segurança, sendo participantes uma enfermeira, um médico e uma técnica de enfermagem do trabalho; um engenheiro e dois técnicos de segurança do trabalho. São realizados programas de prevenção e proteção específica, segundo determinações das Normas Regulamentadoras (NR) do Ministério do Trabalho (SEGURANÇA, 1999). O Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO) conforme descrito na NR-7 e executado pelo Ambulatório de Saúde do Trabalhador, tem como objetivo a promoção e preservação da saúde dos trabalhadores, com caráter de prevenção, rastreamento e diagnóstico precoce dos agravos à saúde relacionados ao trabalho, além da constatação dos casos de doença profissional ou danos irreversíveis à saúde dos trabalhadores (BRASIL, 2001). A NR – 9 estabelece a implementação do Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA) que é executado pelo

serviço de Segurança, visando a preservação da saúde e integridade dos trabalhadores, através da antecipação, reconhecimento, avaliação e controle da ocorrência de riscos ambientais existentes ou que venham existir no ambiente de trabalho (BRASIL, 2001). Cabe ressaltar que segundo a NR – 4 é necessário uma enfermeira do trabalho, período integral com carga horária de 8 horas/diária, para hospitais com mais de 500 trabalhadores (BRASIL, 2001).

A NR-5, que direciona as ações da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) trabalhando juntamente com o SESMT, tem como objetivo a prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho, de modo a compatibilizar permanentemente o trabalho, a preservação da vida e a promoção da saúde do trabalhador (BRASIL, 2001).

Percebe-se então, que uma das tarefas mais importantes de todo o processo de implantação do PGQT e também do SESMT, seria a disseminação dos conceitos da qualidade aos colaboradores e esclarecimentos quanto ao papel dos trabalhadores, para que através do comprometimento de todos, a qualidade no trabalho fizesse parte das atitudes coletivas.

Decorridos quatro anos desde o início da implantação do programa, podem ser percebidas alterações consideráveis no comportamento dos colaboradores - mudanças concretas, tanto no aspecto profissional quanto no aspecto pessoal. Além disso, com a aplicação de pesquisas originadas no próprio hospital e outras desenvolvidas pela Associação Paulista de Medicina, através do seu núcleo do Controle de Qualidade Hospitalar (CQH) foi constatado um bom nível de satisfação dos clientes.

A disseminação de todos os conceitos da qualidade teve, desde o início a participação da diretoria do hospital e de seu corpo gerencial, envolvendo a todos com teorias e práticas através da formação de grupos compostos por diretores, médicos, gerentes e enfermeiras - pessoas chaves da organização.

A partir do comprometimento de toda a direção do hospital, foram organizados os chamados “Times da Qualidade”, fórmula encontrada para envolver todos os funcionários. Os “Times da Qualidade” são formados pelos

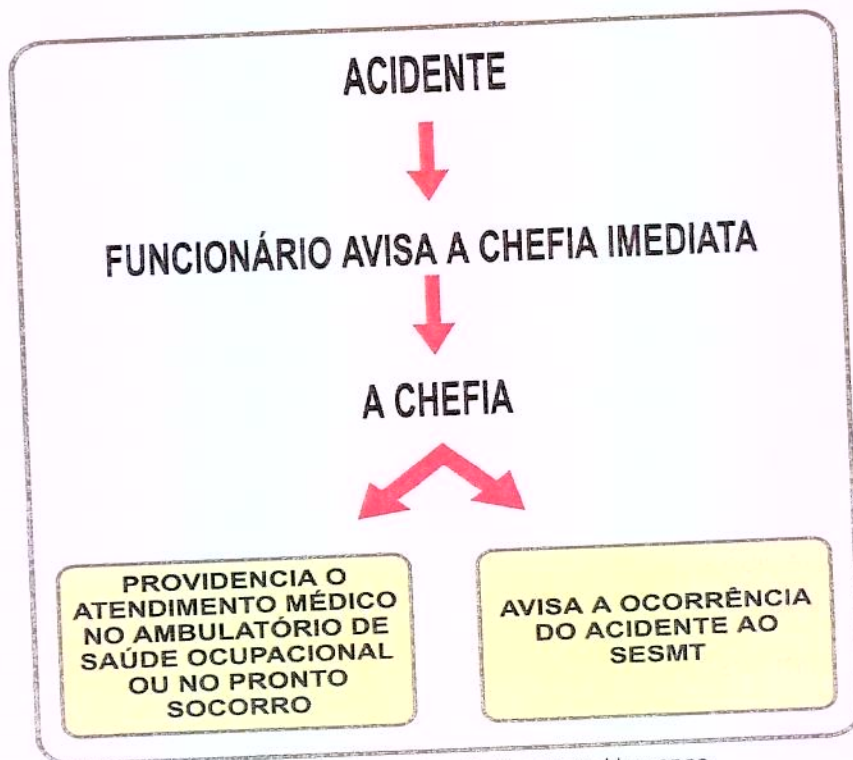
funcionários do hospital e para tanto, o Hospital foi dividido em 50 times, cada um composto de 10 a 12 colaboradores. Os times foram distribuídos por diferentes e variados horários, possibilitando que o treinamento fosse dado a todos os colaboradores dentro de seu período de trabalho.

Em função do Programa de Qualidade foi criado um departamento específico para a coordenação e execução dos trabalhos no qual, desde então, são planejadas e elaboradas as apostilas distribuídas aos colaboradores, nas reuniões mensais. Outros recursos são também utilizados, visando facilitar e garantir a compreensão dos conteúdos teóricos. Assim, são analisados e selecionados filmes ligados aos temas, bem como dinâmicas e exercícios que possibilitem reflexões, maior participação do grupo e integração entre os participantes. Enfim, estas são as ferramentas utilizadas pelos times a fim de motivar e estimular o interesse e empenho de todos na filosofia, nas práticas e políticas traçadas pela organização, nas quais estão incluídas as políticas de segurança.

Enfatiza-se que os times da qualidade têm função primordial na divulgação dos temas relacionados à segurança, buscando a participação e o comprometimento do trabalhador, inclusive no que diz respeito ao "Acidente do trabalho". É reforçada a importância da notificação correta do acidente do trabalho, a fim de evitar as perdas econômicas e sociais, além de obter maior controle dos acidentes. Portanto, a notificação no HCE é valorizada, a subnotificação é mínima.

O fluxo de atendimento do trabalhador acidentado estabelecido pelo SESMT é padronizado e divulgado a todos os trabalhadores, por meio do programa de treinamento ao trabalhador recém admitido, que é periodicamente reciclado através dos "Times da Qualidade". Os trabalhadores são orientados a comunicar a ocorrência dos acidentes do trabalho ao SESMT, a fim de que este tome providências.

A seguir, o fluxo de atendimento pós-ocorrência de acidente do trabalho, que é divulgado aos trabalhadores através dos treinamentos já descritos.



Fonte: Dados não publicados do setor de Recursos Humanos.

FIGURA 1- Fluxo de atendimento de acidente do trabalho do HCE, Campinas, 1996.

O Ambulatório de Saúde Ocupacional funciona de Segunda a Sexta-feira, das 07:45 h às 17:30 h. Fora desse horário, a notificação é feita no pronto socorro. No caso do atendimento ter sido realizado no pronto socorro, o Ambulatório de Saúde Ocupacional é comunicado no primeiro dia útil após a ocorrência do acidente. Caso o funcionário não possa ir até lá, por motivo de saúde, deve entrar em contato por telefone.

Depois de notificado o acidente do trabalho, o SESMT, faz a abertura da CAT (anexo A) e preenche a ficha de análise de acidentes do trabalho (anexo B). A ficha de análise do acidente (anexo B) é um formulário construído pelo próprio SESMT do hospital com objetivo de aprofundamento na análise do acidente. Atualmente o registro dos acidentes de trabalho é feito pela Internet, através de sistema implantado pelo Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS). Cada CAT é impressa em seis vias, e uma via sempre é arquivada no SESMT.

3.1 Geral

Descrever a ocorrência de acidentes do trabalho em um hospital da rede privada, analisando os fatores inerentes com as ocorrências.

3.2 Específicos

Quantificar os acidentes ocorridos no período do estudo.

Discutir a tipologia destes acidentes.

Descrever os acidentes do trabalho em função de dados referentes aos acidentados, a dados em relação aos acidentados na empresa e dados dos acidentes.

4.1 Tipo de estudo

Este é um estudo descritivo, retrospectivo de acidentes do trabalho ocorridos em um hospital geral e particular da região de Campinas, no período de 1º de janeiro de 1996 a 31 de dezembro de 2000, com dados obtidos em fontes documentais oficiais do próprio hospital. Este estudo se compromete em descrever a ocorrência destes acidentes (num total de 213 acidentes), sem a intenção de encontrar-se possíveis fatores de risco para os acidentes, uma vez que a dificuldade e na maioria das vezes a impossibilidade de informações para os não acidentados, já que não existem registros oficiais do período estudado, não permitiu que o estudo fosse direcionado com esse objetivo.

4.2 Cenário - Caracterização da instituição campo do estudo

O HCE é particular, geral e maternidade, possuindo 143 leitos distribuídos entre quartos, apartamentos, UTI adulto e neonatal. É situado em Campinas, Estado de São Paulo, atendendo basicamente a população de média e alta renda. São pacientes com convênio do próprio hospital e convênios particulares. Possui atualmente 600 funcionários contratados, regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). As jornadas de trabalho neste hospital são basicamente de 6 h e 8 h diárias, com vários grupos que realizam plantões

12x36 (um plantão de 12 horas de trabalho, seguido de um período de descanso de 36 horas).

4.3 População Estudada

A população prevista para o estudo inclui todos os trabalhadores, independente de cargo ou setor, vítimas de acidentes do trabalho no HCE e que registraram estes acidentes através da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) no Ambulatório de Saúde do Trabalhador.

As informações avaliadas foram referentes aos acidentes do trabalho ocorridos com os trabalhadores do hospital, registrados pelas CAT, no período de 1º de janeiro de 1996 a 31 de dezembro de 2000 - um total de 213 CAT.

Os médicos pertencentes ao corpo clínico, que foram vítimas de acidente não fazem parte desta casuística, já que não são contratados do hospital, neste caso a abertura de CAT desta categoria é realizada diretamente nos postos de saúde.

4.4 Coleta de dados

4.4.1 Instrumento de coleta de dados

A partir de uma definição clara do problema a ser investigado e dos conceitos envolvidos, foi feito um estudo retrospectivo. A fim de que fosse realizada a coleta de dados foi construído um instrumento através de dados provenientes nas Comunicações de Acidentes de Trabalho (CAT) (anexo A) fichas de análise de acidentes do trabalho (anexo B) e dados do departamento de pessoal, ocorridos no período de 1º de janeiro de 1996 a 31 de dezembro de 2000. Os dados foram coletados pela pesquisadora através de instrumento de coleta (anexo E) construído por dados provenientes das fontes já citadas. Neste instrumento de coleta de dados foi realizada a validação e o pré-teste.

4.4.2 Validação do instrumento de coleta de dados

A validação de conteúdo, referente à adequação entre o instrumento proposto e a construção a ser medida pelo instrumento de coleta, foi feita com base nas orientações de POLIT e HUNGLER (1995) utilizando-se dos seguintes critérios:

- Escolha de seis pesquisadores, considerados juízes, que mantêm contato com o tema acidente do trabalho, seja como pesquisadores e/ou com a atuação direta na área da saúde do trabalhador. São estes:
 1. Um Médico do trabalho, epidemiologista, professor doutor do Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Estadual de Campinas;
 2. Um Médico do trabalho, professor doutor da Universidade Estadual de São Paulo;
 3. Um Cientista político, professor da Pontifícia Universidade Católica de Campinas;
 4. Um Engenheiro do trabalho, doutorando da Universidade de São Paulo, funcionário da Fundacentro, órgão de pesquisa do Ministério do trabalho;
 5. Uma Enfermeira do trabalho do Centro de Saúde da Comunidade (CECOM) da Universidade Estadual de Campinas, Mestre pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo;
 6. Um Médico do trabalho, de uma instituição hospitalar privada.
- Envio do instrumento de coleta, simultaneamente, a cada juiz com carta anexa (anexo D) explicando os objetivos do trabalho. Solicitou-se que os juízes examinassem a clareza, conteúdo e formato das questões, verificando se elas correspondiam aos objetivos propostos, ou se havia questões a acrescentar.

- Recebimento das alterações e sugestões por parte dos juízes.
- Análise com a orientadora, das correções ou sugestões, com as seguintes mudanças: acréscimo de duas questões, referentes à remuneração e ao local de residência; mudança do enunciado de duas questões.
- Elaboração do formato final do instrumento de coleta. (anexo E)

4.4.3 Pré-teste do Instrumento de coleta de dados

O pré-teste foi realizado segundo os preceitos de MCGIBBON (1997) e seguindo orientação dos estatísticos da Comissão de Estatística da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Foram preenchidos 30 instrumentos de coleta, em número de seis por ano, representando cerca de 10% da amostra, escolhida aleatoriamente. As modificações, baseadas nos resultados do pré-teste, foram realizadas junto com a orientadora.

4.4.4 Descrição da coleta de dados

Escolhida a população a ser estudada e elaborado o instrumento de coleta, foi feito o levantamento das CAT, arquivadas no SESMT da empresa. Cada ficha foi digitada em um programa previamente elaborado para este propósito, com base no programa de domínio público o EPI INFO-6¹.

A coleta dos dados foi realizada pela própria pesquisadora, procurando incluir todos os registros encontrados a partir de 1º de janeiro de 1996 a 31 de dezembro de 2000. Esta coleta foi feita mês a mês, nos anos citados, sendo finalizada em um período de 60 dias. Algumas das CAT mais antigas estavam ilegíveis e nestes casos foram usados dados provenientes do Departamento de

¹ Epi Info Versão 6.0. US Department of Health and Human Services – Centers of Disease Control

Pessoal do hospital e das fichas de análise de acidente do trabalho, que sempre estão no mesmo envelope de notificação oficial.

4.5 Processamento dos dados

Os dados digitados na fichas informatizadas foram revisados através de uma planilha do Microsoft Excel, para detectar possíveis erros de preenchimento. Foram refeitos os campos incorretos ou em branco, de modo a configurar um banco de dados consistente, cujos dados foram novamente inseridos no EPI INFO-6.

4.6 Análise dos dados

A análise estatística exploratória visando caracterizar os acidentes ocorridos no hospital estudado foi realizada com o programa SAS – Statistical Analysis System², com o suporte dos estatísticos da Comissão de Estatística da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Os resultados são apresentados através de uma análise descritiva sendo utilizadas tabelas e medidas resumo para a caracterização do acidente. As variáveis estudadas são originadas de informações contidas no formulário de coleta.

No caso da ocorrência do acidente do trabalho, a variável é uma grandeza passível de ser medida ou alguma característica que possa ser observada e que podem ter influência significativa na análise deste acontecimento.

As variáveis estudadas são: informações referentes ao acidentado, aos dados dos acidentados na instituição campo de estudo e dados relativos aos acidentes ocorridos.

² The SAS System for Windows (Statistical Analysis System), versão 6.12. SAS Institute Inc, 1989 – 1996, Cary, NC, USA.

4.6.1 Variáveis estudadas:

Variáveis referentes ao acidentado

Nome

Idade: idade em anos completos de vida, preenchida através do dia, mês e ano.

Sexo: masculino ou feminino

Estado marital: situação conjugal do acidentado, se vive regularmente com um companheiro ou não, segundo estas categorias admitidas: solteiro, casado, viúvo, separado judicialmente, outro, ignorado.

Local de residência: local de domicílio, com agrupamento nas cidades de Campinas, Sumaré, Hortolândia ou outro.

Variáveis referentes aos dados dos acidentados na empresa

Remuneração: quantidade de salários mínimos do ano vigente, divididos em três faixas salariais:

- de 1 a 10 salários mínimos
- de 10 a 20 salários mínimos
- de 20 a 30 salários mínimos

Nome da ocupação: ocupação exercida pelo trabalhador no ato do acidente.

Variáveis relativas aos acidentes ocorridos

Tipo de acidente:

- Típico
- Trajeto
- Doença ocupacional

Cidade onde ocorreu o acidente de trajeto:

- Campinas
- Sumaré
- Hortolândia
- Outros

Local de ocorrência do acidente de trajeto:

- Calçada
- Ônibus
- Carro
- Rua

Data do acidente: dia, mês e ano.

Hora do acidente: horário em que ocorreu o acidente do trabalho.

Intervalo de ocorrência do acidente: tempo, em horas, transcorrido desde a entrada do trabalhador em serviço até o momento do acidente.

Afastamento do trabalho: sim ou não.

Tempo de afastamento: número de dias que o funcionário ficou afastado.

Setor de ocorrência do acidente: UTI, Enfermarias, Centro Cirúrgico, SND, Lavanderia, Ambulatórios, Serviço de higiene, Laboratório, Manutenção, Área administrativa, Neonatologia, Pronto Socorro, Radiologia.

Especificação do local do acidente: na unidade de trabalho (especificar o local) corredor interno do hospital, pátio externo do hospital e outro (especificar).

Agente causador do acidente: acidente de trânsito, agressão de paciente, choque elétrico, contato com fluido corpóreo, contato com substância química, corpo estranho, impacto contra objeto, impacto por queda de objeto,

objeto cortante, objeto perfurante, outro, queda ou escorregão, transporte de material, trauma ou esforço físico.

Atividades relacionadas com o acidente com material perfurocortante: Agulha abandonada, perfurocortante no lixo, descarte de agulha, agulha no plug, cortando alimentos, lavando material, arrumando material, abrindo ampola, descarte de bisturi, retirando equipo, encapando agulha, lamina abandonada, manipulando tubo de ensaio, carregando caixa de perfurocortante, outro.

Região corporal da lesão: cabeça, corpo e membros.

Natureza da lesão: cervicodorsolombalgia, conjuntivite, contusão, corpo estranho, distensão muscular, LER/DORT, entorse, escoriação, ferimento cortante, ferimento perfurante, fratura, luxação, queimadura, outra.

4.7 Aspectos éticos

O presente trabalho de pesquisa foi submetido e aprovado pela direção e Comissão de Ética do HCE, e também pela Comissão de Ética da Universidade Estadual de Campinas. Foram seguidas as normatizações da Resolução 196/96 de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, referentes aos aspectos éticos recomendados quando da realização de pesquisas em seres humanos (BRASIL, 1997). No anexo F consta a aprovação por parte da comissão. Foi respeitado o nome de cada acidentado, que são identificados apenas por um número.

A seguir serão apresentados os resultados que descrevem os acidentes do trabalho num hospital privado da região de Campinas, no período de 1º de janeiro de 1996 a 31 de dezembro de 2000. Neste período ocorreram 213 acidentes do trabalho, sendo a população acidentada constituída por 175 trabalhadores. Destes, 142 foram vítimas de um acidente, 29 foram vítimas de dois acidentes, três foram vítimas de três acidentes, enquanto um foi vítima de quatro acidentes. Não foi observado relação entre os acidentes sequenciais.

O levantamento bibliográfico não encontrou estudos recentes sobre acidente do trabalho em hospitais privados, contemplando todas as categorias de trabalhadores acidentados. Os artigos encontrados são direcionados a hospitais pertencentes ao setor público, e grande parte enfatiza a categoria de enfermagem. Devido a isto, os referenciais de comparação serão hospitais públicos, alguns universitários.

O tratamento dos dados obedece à sequência do instrumento de coleta de dados (Anexo E). Assim, foram apresentados, analisados e discutidos os tópicos sobre aos aspectos referentes ao acidentado, sobre os dados dos acidentados na hospital campo de estudo e sobre os dados relativos aos acidentes ocorridos.

Dados referentes aos acidentados:

TABELA 1 - Distribuição dos acidentes por faixa etária dos acidentados, Campinas, 1996-2000.

IDADE (anos)	N	%
19 – 29	76	35.7
30 - 39	61	28.6
40 - 49	50	23.5
50 – 59	22	10.3
>=60	4	1.9
Total	213	100

Primeiro é importante fazer notar que não há dados sobre a composição por faixa etária dos trabalhadores em geral do HCE no período em que foi realizado o estudo.

Pelos resultados apresentados na tabela um, o maior número de acidentes ocorreu com trabalhadores na faixa etária de 19 – 29 anos, ou seja, o acidente atingiu um trabalhador jovem, em idade produtiva. Se considerarmos a faixa etária de 19 – 39 anos esta percentagem passa a ser de 64,3 %. Alguns autores encontraram este mesmo resultado; MORRONE (1978) observa que 89% dos acidentados distribuíram-se de forma relativamente homogênea entre os grupos etários de 20 a 49 anos, ou seja, de trabalhadores jovens. Este dado também é confirmado por SILVA (1988) quando verifica que aproximadamente 70% dos afastamentos dos profissionais de enfermagem de um hospital universitário, ocorreram entre os trabalhadores acidentados com idade de até 35 anos. A autora afirma, com base em dados de 1982 e provenientes do Conselho Federal de Enfermagem, que na época 57,5 % da força de trabalho da enfermagem era eminentemente jovem, pois possuía até 34 anos. Confirmando este dado, SANTOS et al. (1989) em estudo relacionado à população de

enfermagem, encontraram a maioria dos trabalhadores acidentados com menos de 38 anos de idade. SUBERO; FERNANDEZ; CASTIEL (1987) relatam que os trabalhadores mais jovens apresentam absenteísmo-doença maior que aqueles com mais idade. FÁVERO; LUCCA; LEME (1994) obtiveram 38 anos e 6 meses como média de idade dos acidentados, idades, variando de 21 a 60 anos, com desvio padrão de 9,4. Confirmando dados deste estudo e de outros autores, investigação com trabalhadores do setor de enfermagem acidentados em três hospitais públicos de São Paulo, encontrou uma média de idade de 40 anos (SOUZA, 1999). SARQUIS (1999) descreve diferentes coeficientes de risco, segundo a faixa etária, especificando a categoria profissional, concluindo que para os atendentes, o coeficiente de risco mais expressivo localiza-se na faixa etária de 30 a 40 anos, enquanto que para os enfermeiros e auxiliares de enfermagem, situa-se na faixa etária de 40 a 50 anos.

É importante ressaltar que o resultado encontrado nesta pesquisa não leva em consideração as diferentes realidades e as observações feitas por HALE; HALE (1972) quando atentam para a diferença na estrutura etária das populações estudadas discutindo, junto com a idade, a importância das variáveis específicas: experiência, treinamento e tempo de serviço. Os autores afirmam que o trabalhador com mais tempo de trabalho é mais adaptado, possui maior experiência, treinamento e por isso se acidenta menos. O presente estudo, devido ao instrumento utilizado, não pôde realizar estas mediações já que dados como, o tempo de experiência na função, ou o treinamento não estavam disponíveis.

O tópico referente à análise dos acidentes em relação ao fator idade possibilitou rastrear a faixa etária dos acidentados, compará-la com a que foi encontrada na bibliografia. Para finalizar, é preciso inserir a discussão na importância em estudar a faixa etária de trabalhadores acidentados.

O trabalhador que em plena idade produtiva, sustenta a própria vida e a dos seus, ou participa da renda familiar certamente tem outros agravos além da perda da saúde. As consequências aparecem em sua vida social e econômica, acabando por se traduzir em um problema na sociedade. Este trabalhador, caso

tenha que se afastar por mais de 15 dias é encaminhado para o Instituto Nacional de Seguridade Social, a fim de usufruir o auxílio-acidente. O auxílio-acidente equivale a 80% do salário do acidentado, demorando pelo menos dois meses para que o trabalhador receba este benefício. Por isso não há como discordar da conclusão de SILVA (1988) relativa ao fator idade: "Independente, dos motivos que levam o trabalhador mais jovem a apresentar maior frequência de acidentes do trabalho, o fato é preocupante pela consequência ao trabalhador e sua família".

TABELA 2 - Distribuição dos acidentes segundo sexo e estado marital, Campinas, 1996 - 2000.

VARIÁVEL			FREQÜÊNCIA		
SEXO			ESTADO MARITAL		
	N	%		N	%
Feminino	164	77	Casado	125	58,7
Masculino	49	23	Solteiro	64	30,0
			Sep. Jud.	18	8,5
			Viúvo	06	2,8
TOTAL	213	100	TOTAL	213	100

No HCE, através de dados obtidos no Recursos Humanos, 73% dos trabalhadores são do sexo feminino. A tabela dois mostra que 77% dos acidentes ocorreram com trabalhadores do sexo feminino, observando-se um risco discretamente maior para a ocorrência de acidentes neste sexo. Em estudos como os de MOURA et al (1996) e SARQUIS (1999), estudos que levam em consideração índices que relacionam o número de acidentados com o número de trabalhadores da instituição, especificamente com trabalhadores da enfermagem, a presença feminina é proporcionalmente maior, respectivamente 89,2% e 80,6%. FRANCO (1981) confirma este dado ao observar predominância de 80% de mulheres no estudo da morbidade de trabalhadores hospitalares. Em pesquisa de SOUZA (1999) sobre acidentados da categoria da enfermagem em cinco instituições hospitalares, os dados indicam que 89% dos acidentes ocorreram com

mulheres. Vale a pena ressaltar a diferença entre um hospital, e outros setores de serviços ou indústrias, nos quais geralmente predomina a mão de obra masculina. Dados fornecidos pelo Conselho Regional de Enfermagem (COREN, 2001) confirmam que a enfermagem é caracterizada como profissão eminentemente feminina, com 87% de mulheres. Devido a este contingente de mulheres na área hospitalar e também na categoria da enfermagem, é essencial discutir alguns aspectos peculiares a esta realidade.

As reflexões sobre trabalho feminino, não consideram, com mensurações e fatos concretos, as atividades não remuneradas que a mulher exerce na dinâmica do dia a dia. O papel de esposa, mãe, executora e organizadora do serviço doméstico, lhe são atributos determinados, dificilmente transferíveis, não considerados, e não remunerados. PELLOSO (1979) concorda quando informa que a maior frequência dos acidentes no contingente feminino é consequência da falta de treinamento, das más condições de trabalho, juntamente com as tarefas domésticas. KILBOM; MESSING; THORBJORNSSON (1998) relatam que o trabalho da mulher tem recebido considerável atenção nos últimos anos por pesquisadores da Suécia e dos países do ocidente. Segundo as autoras existem razões científicas para estudar a mulher inserida no mercado de trabalho, devido a suas diferenças em relação ao sexo masculino.

Dados oriundos do setor de Recursos Humanos do HCE informam que a ausência da mulher no serviço, por estar acompanhando algum familiar (geralmente os filhos) é a principal causa do absenteísmo-doença da instituição. Este índice é verificado mensalmente, através de atestados, representando 13,6% ao mês. Isto é confirmado por NOGUEIRA; AZEVEDO (1982) que afirmam que a maior incidência de absenteísmo-doença está relacionada às atividades que a mulher assume junto ao lar e aos filhos concomitantemente ao trabalho. KILBOM; MESSING; THORBJORNSSON (1998) consideram que as diferenças psicológicas e biológicas são mais frequentemente abordadas como fatores explicativos da distribuição de tarefas no trabalho e esta é, segundo as autoras, uma visão limitada.

É necessário ressaltar que na área hospitalar o contingente feminino, convive com trabalhos em turnos, necessidade de horas extras, exerce atividades como levantamento de pacientes e equipamentos pesados.

PELLOSO (1979) observa que as mulheres são mais sujeitas a dermatoses profissionais, pela sensibilidade aos produtos de limpeza, salientando também o aspecto da perda de 50% da força muscular no período menstrual, além de alterações de sono e humor. O mesmo autor, estudando as vítimas de acidente na população de Londres, verificou que 52% das mulheres acidentadas estavam no período pré-menstrual, quando há diminuição da capacidade de julgamento e do tempo de reação. NOGUEIRA (1982) diverge observando que a mulher não apresenta mais susceptibilidade que o homem a agentes físicos, químicos, mecânicos e a doenças ocupacionais, mas que diferenças fisiológicas e morfológicas deveriam ser respeitadas.

Diante destas considerações, é inegável que a variável sexo é importante dentro da caracterização do acidente do trabalho na área hospitalar, dada a participação ativa do contingente feminino nesta área. Além de possuir as suas particularidades, a mulher exerce outros papéis no contexto da sociedade, o que confere maior importância à tarefa de considerar o trabalhador dentro de uma visão maior, inserido e não dissociado do meio em que vive.

Analisando ainda os dados da tabela dois verifica-se que 58,7% dos acidentados eram casados, seguidos por 41,3% de não casados. Relacionando o maior contingente feminino com o percentual significativo de não casados (41,3%) pode-se complementar análises anteriores. O anexo G permite observar que 42,5% dos acidentados do sexo feminino estão incluídos no estado marital de solteiro, viúvo, separado judicialmente e outro.

Segundo o jornal CORREIO POPULAR (2001) de acordo com dados do IBGE 2001, o "Brasil fechou a década de 90 com crescimento recorde no número de famílias chefiadas por mulheres e chegou ao ano 2000 com 11,2 milhões – de um total de 44,7 milhões – de brasileiras no comando de suas casas. Entre 1991 e

o ano passado, o percentual de responsáveis pelo domicílio do sexo feminino pulou de 18,1%, em 1991, para 24,9%, segundo o Censo 2000”.

A emancipação feminina e a incorporação da mulher no mercado de trabalho são fenômenos associados à mudança dos hábitos e costumes como o aumento de famílias comandadas por mulheres devido ao aumento do número de divórcios. A mulher também sofre com o preconceito e distorções do mercado de trabalho, ganhando menos que o chefe de família masculino. Em 2000, o responsável pela casa do sexo feminino tinha um salário que valia apenas 71,5% da renda média masculina (CORREIO POPULAR, 2001). As autoras KILBOM; MESSING; THORBJORNSSON (1998) afirmam que a segregação da mulher no mercado de trabalho é freqüente, e que elas têm pouca ascendência sobre fatores que influenciam suas vidas no trabalho.

Quanto à ocorrência de acidentes do trabalho nos solteiros (30%) há que se mencionar que um acidente pode vir a comprometer seu projeto de vida, que não se limita apenas à realização profissional.

TABELA 3 - Distribuição dos acidentes segundo o local da residência dos acidentados, Campinas, 1996 - 2000.

RESIDÊNCIA CIDADE	TRABALHADORES	
	N	%
Campinas	144	67,6
Sumaré	32	15,0
Hortolândia	25	11,8
Outro	12	5,6
Total	213	100

Como já mencionado, o HCE localiza-se na área central da cidade de Campinas. O interesse em pesquisar o domicílio dos acidentados, prende-se à idéia de que Campinas é pólo de região e esta análise permite esclarecer se os acidentados eram moradores da própria cidade, com deslocamento em pequena distância; ou se dependiam de transporte próprio ou coletivo de longa distância.

Analisando a tabela três conclui-se que a grande maioria dos acidentes (67,6%) ocorreu com trabalhadores residentes da cidade de Campinas, aparentemente com deslocamento em pequena distância. Aparentemente, pois a cidade de Campinas é caracterizada como um grande centro, sendo circundada por uma grande periferia, com bairros distantes do centro urbano. Isto no dia a dia, segundo informações do SESMT da empresa, significa que muitas vezes o tempo de gasto no transporte pelo trabalhador pode chegar a quase duas horas, incluindo tempo da residência para o trabalho e do trabalho para a residência. Mesmo que isto não ocorra, o SESMT da empresa relata que ao realizar análise ergonômica dos trabalhadores, procura identificar a sua posição no transporte coletivo e detecta que em alguns deslocamentos ocorrem em condições e posições inadequadas. Resumidamente, isto significa transporte lotado, usuários em pé durante o percurso, com elevação dos membros superiores, prensa das mãos para segurar nas barras internas dos coletivos, de modo a manter o equilíbrio corporal. Conjuntamente com outros fatores, relacionados às suas tarefas domésticas e laborais, isto pode levar ao aparecimento de distúrbio osteomusculoarticular, podendo acarretar uma doença ocupacional. Ou seja, a questão é também de ordem sócio-econômica. Vale a pena mencionar os autores, COHN et al. (1985) quando dizem que: "(...) Vale dizer, enquanto o acidente do trabalho representa uma ruptura imediata da plena capacidade laborativa do trabalhador, a doença a reduz progressivamente".

Quanto ao aspecto violência, mencionada a partir daqui, é preciso considerar a ação de toda uma engrenagem política e econômica influenciando a sociedade. É fato que um hospital necessita estabelecer, por seu funcionamento contínuo, um sistema em turnos. Isto expõe o trabalhador a transitar em horários inadequados. Nesta pesquisa foram constatadas ocorrências de estupro em duas

trabalhadoras, caracterizadas como acidentes de trajeto. O primeiro acidente ocorreu às 19:00 horas, e foi assim descrito: “A trabalhadora J. M. estava se deslocando de casa para o trabalho, quando ao se aproximar do hospital, cerca de uma quadra, foi abordada por um homem e obrigada por este, através de [...]”. O segundo acidente ocorreu no trajeto do trabalho para a residência, após a funcionária ter sido abordada quando se encaminhava para o ponto de ônibus, situado perto do hospital, local considerado perigoso na cidade de Campinas. O SESMT da empresa relata que as trabalhadoras foram encaminhadas, juntamente com um representante da saúde ocupacional, para dar prosseguimento a todas medidas necessárias. O SESMT relata de forma dramática as conseqüências advindas destes acidentes, desde as conseqüências físicas e psicológicas para as próprias vítimas dos acidentes, até a divulgação do ocorrido, ocasionando o medo e a insegurança entre as outras trabalhadoras.

Uma análise qualitativa do que foi descrito anteriormente permite concluir que a violência que acompanhou estes episódios não se resume ao acidente em si, mas se estende ao longo processo de tratamento ao qual a acidentada é obrigada a se submeter. Trabalhadores cuja integridade e dignidade como ser humano foram mutiladas pela violência, também oriunda de aspectos econômicos e sociais do país, que desrespeita e agride a todos os envolvidos pelo acontecido.

Dados referentes aos acidentados no HCE:

TABELA 4 - Distribuição dos acidentes segundo a faixa salarial em salários mínimos, Campinas, 1996 - 2000.

FAIXA SALARIAL	FREQÜÊNCIA	%
01 – 10	185	86,9
10 – 20	23	10,8
20 – 30	5	2,3
TOTAL	213	100

Desvio Padrão = 3,8 Média = 6,4 Mediana = 5,4 Máxima = 28,3 Mínima = 1,2

Na tabela quatro observa-se que a maioria dos acidentes (86,9%) ocorreu com os trabalhadores que ganhavam até 10 salários mínimos. Alguns destes trabalhadores, sobre os quais não há informações quanto à renda familiar, foram colocados em situações nas quais o acidente provocou afastamento por mais de 15 dias e, conseqüentemente, passaram a receber uma pensão, equivalente a 80% de seu salário integral, lesando o acidentado, e sua família. A dimensão que se dá ao fenômeno acidente do trabalho deve ser ampliada, de modo a incorporar a transfiguração de um projeto profissional em um problema familiar. Por sua complexidade, esta questão é analisada com o auxílio de outros autores procurando caracterizar as conseqüências financeiras, relacionando-as com particularidades como renda familiar e categoria profissional.

Segundo COHN et al. (1985) quando a renda familiar não depende unicamente do acidentado, havendo contributivo dos demais membros da família, a ruptura profissional do acidentado pode deformar a figura do chefe de família, o que leva à desarticulação familiar. Por outro lado, MORRONE; OLIVEIRA (1978) comenta que à medida que o padrão salarial se eleva, os coeficientes de freqüência dos acidentes do trabalho diminuem, concluindo que “os trabalhos que exigem maior esforço físico e pouca ou nenhuma qualificação são mal remunerados e apresentam os maiores riscos de acidentes”. Esta conclusão não é corroborada por BENATTI (1997) em estudo caso com grupo de controle, cujo resultado evidencia que a média salarial dos acidentados é equivalente ao do grupo controle (não acidentado). É necessário, então, interpretar o fenômeno de forma sistêmica.

TABELA 5 - Distribuição dos acidentes segundo a categoria profissional, Campinas, 1996 - 2000.

CATEGORIA PROFISSIONAL	TRABALHADORES	
	N	%
Auxiliar de enfermagem	64	30,0
Auxiliar de serviço geral	43	20,2
Auxiliar de cozinha	26	12,2
Auxiliar de lavanderia	15	7,0
Técnico de enfermagem	14	6,7
Auxiliar administrativo	12	5,6
Auxiliar de manutenção	10	4,7
Atendente de enfermagem	9	4,2
Auxiliar de laboratório	7	3,3
Enfermeiro	6	2,8
Roupeiro/Costureira	4	1,9
Técnico de radiologia	3	1,4
TOTAL	213	100

Na tabela cinco, verifica-se que na análise dos acidentes do trabalho que ocorreram no período de estudo, o auxiliar de enfermagem foi a categoria que proporcionalmente mais se acidentou (30%) seguida do auxiliar de serviço geral (20,2%) auxiliar de cozinha (12,2%) e auxiliar de lavanderia (7%). Um dos fatores que pode justificar a maior acidentalidade das categorias citadas anteriormente, são os acidentes com material perfurocortante.

Observa-se que as profissões mais diretamente relacionadas à execução de procedimentos (auxiliares e técnicos) foram bastante expostas aos acidentes. Constata-se que os trabalhadores que atuam no cuidado direto ao paciente foram os de maior acidentalidade: os auxiliares de enfermagem (30%) com procedimentos e intervenções no leito, e os auxiliares de serviços gerais (20,2%) com os materiais utilizados na assistência aos pacientes, como objetos perfurocortantes, sangue e secreções. Por outro lado, os profissionais de nível superior apresentaram baixos índices de acidentalidade.

SILVA (1996) relata que 55% do total de ocorrências de acidente do trabalho registradas em uma instituição hospitalar pública de ensino deram-se com a categoria de enfermagem. STACCIARINI, TRÓCOLLI (2001) afirmam que a enfermagem, principalmente os trabalhadores da assistência direta, estão incluídos entre as ocupações consideradas como favoráveis ao estresse e aos fatores de risco para acidente do trabalho, devido ao fato de que trabalham com enfermidades críticas e situações de dor e morte de seus pacientes.

Os auxiliares de serviços gerais, que representaram 20,2% da categoria dos trabalhadores acidentados, atuam diretamente na higienização do hospital, nos quartos dos pacientes, banheiros, corredores, pátios, casas externas e mobiliário. No estudo dos acidentes acontecidos com esta categoria, nos serviços de higienização e limpeza das unidades de internação - através de limpeza concorrente ou terminal - foram descritas perfurações devido aos materiais perfurocortantes abandonados. Mesmo com o trabalhador usando, no momento de acidente, equipamento de proteção individual como luvas de PVC e botas, injúrias ocorreram na região das mãos e membros inferiores, durante a retirada do lixo.

Apesar do NATIONAL INSTITUTE FOR OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH (1998) descrever dermatites ocasionadas pela utilização de desinfetantes, sabões e produtos químicos em geral na área hospitalar, não foi encontrado nenhum caso neste estudo.

Os auxiliares de cozinha, que representaram 12% do total dos acidentes, são trabalhadores responsáveis por lavar, cortar e picar alimentos utilizados na preparação das refeições. Para isto utilizam instrumentos do tipo cortante, como facas. Além disso, os auxiliares de cozinha, fazem a limpeza, higienizam e guardam os utensílios utilizados. Estes utensílios são dimensionados para estrutura de uma cozinha industrial, já que são utilizados para preparo das refeições de pacientes, acompanhantes e funcionários. Devido a isto estes trabalhadores, na realização de suas funções, necessitam manipular o peso dos próprios utensílios, muitas vezes transportando-os também com o peso dos

alimentos. Acrescenta-se a isto a necessidade de manter, por parte destes trabalhadores, um ambiente limpo e organizado o que leva a recolher grandes contêineres de lixo do local de trabalho, além da lavagem constante do piso. Esta análise corrobora com aquela feita pelo NATIONAL INSTITUTE FOR OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH, (1998), afirma que os acidentes ocorrem com os trabalhadores da área de nutrição quando estão manuseando materiais que serão processados e distribuídos, andando nas áreas úmidas e gordurosas e quando se descuidaram ou deixaram de utilizar os equipamentos de proteção individual. Soma-se a isto as irregularidades encontradas nos aparelhos elétricos industriais utilizados pela a área de nutrição, como refrigeradores, tostadeiras, liquidificadores e batedeiras que muitas vezes, não estão aterrados ou estão defeituosos (NATIONAL INSTITUTE FOR OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH, 1998). No presente estudo também foram encontrados acidentes que ocorreram na câmara fria e nos fornos (4,6%) devido a defeitos ou por falta de treinamento dos trabalhadores nestes equipamentos. Segundo a Norma Regulamentadora 17, referente à ergonomia (BRASIL, 2001) devem ser estabelecidos parâmetros que permitam a adaptação das condições de trabalho, proporcionando conforto, segurança e desempenho eficiente. Estas condições de trabalho incluem aspectos relacionados ao levantamento, transporte e descarga de materiais.

Os auxiliares de lavanderia, que representaram 7% do total de acidentes deste estudo, foram vítimas de acidentes do trabalho na realização das suas atribuições relacionadas a lavar, centrifugar, secar e na passagem da roupa hospitalar. Como já relatado anteriormente, materiais perfurocortantes foram causadores de acidentes à medida que eram encontrados entre os lençóis, campos cirúrgicos, compressas e misturados nas roupas dos pacientes. Tal como o setor de nutrição, a lavanderia é um setor no qual o piso está constantemente úmido, ocasionando acidentes, devidos a quedas. Produtos químicos utilizados na lavagem da roupa, atingindo os olhos, também foram causadores de acidentes, apesar de estar descrito que o trabalhador estava usando óculos de proteção no ato do acidente. Pode-se conjecturar a respeito da inadequação do equipamento de

proteção para o trabalhador. GARCIA et al. (1980) analisando a ocorrência de acidentes do trabalho em um hospital com 6.200 trabalhadores, durante o ano de 1980, relatam que dos 140 acidentes que ocorreram no período de um ano, 45,7% aconteceram com trabalhadores da cozinha e da lavanderia, que representavam apenas 13% do total de trabalhadores.

O auxiliar administrativo, que representou 5,6% do total de trabalhadores, foi vítima de acidente principalmente por quedas nos corredores do hospital (19,7%) desorganização do ambiente de trabalho, acarretando o impacto contra objeto (10,3%) ou devido a quedas de objeto (0,9%).

O auxiliar de manutenção, que representou 4,7% do estudo, acidentou-se em atividades relacionadas com manutenção predial - cortar pisos ou paredes para a passagem de canos - que ocasionaram ferimentos cortantes; e também com substâncias químicas das tintas utilizadas nas pinturas, que respigaram nos olhos dos trabalhadores e no levantamento de peso de materiais que acarretaram traumas e esforço físico. Impacto contra objeto e impacto de queda de objeto também foram acidentes relatados. Estes resultados estão de acordo com o NATIONAL INSTITUTE FOR OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH, (1998) quando menciona que os acidentes com os trabalhadores deste setor são basicamente devidos à má organização dos equipamentos, materiais, maquinários e armários.

Segundo a tabela cinco, os auxiliares de laboratório representaram 3,3% dos acidentes deste estudo.

Na categoria das costureiras, foram encontradas duas trabalhadoras com doença ocupacional, que executavam atividades relacionadas a cortar os tecidos, aviamentos e acabamentos para confecção das roupas utilizadas em todo o hospital, além de reformas destas roupas. Na descrição destes dois acidentes, o membro superior direito foi o mais atingido. Levanta-se a hipótese de que isto acontece, principalmente em função da posição destas costureiras, na máquina de costurar. Pela tabela cinco, esta categoria, juntamente com os roupeiros representou 1,9% dos acidentes.

Na descrição de acidentes do trabalho ocorridos no setor de radiologia do HCE, foi relatado um caso de doença ocupacional por tuberculose com um técnico de radiologia. Isto vêm ao encontro de REZENDE; FORTALEZA (2001) afirmam que os trabalhadores da área da saúde estão expostos a infecções transmitidas pelo sangue, fluidos corpóreos e as de transmissão aérea, como tuberculose.

A constatação de que ocorreram mais acidentes com profissionais admitidos com requisito de nível primário ou médio, no exercício da função habitual, poderia a princípio indicar que o conhecimento ou que o nível de escolaridade determinaram uma maior acidentalidade. Os autores COHN et al. (1985) salientam que embora o grau de instrução em si não possa prevenir a ocorrência de acidentes do trabalho, seguramente o desconhecimento dos direitos que são básicos para os trabalhadores pode significar uma maior exposição a situações perigosas.

Segundo informações obtidas no setor de Recursos Humanos, os trabalhadores desta instituição são selecionados criteriosamente e qualificados para a função, o que mostra que os aspectos citados anteriormente não foram garantia de segurança. Pode-se então afirmar, que dentre outros fatores, os acidentes foram decorrentes da má organização do trabalho e da organização física do local onde os trabalhadores exerciam suas atividades. Isto significa que o risco de exposição ao acidente não se relaciona diretamente com as características pessoais do trabalhador, mas com a forma assumida pela organização do trabalho. Mudanças organizacionais foram geradas no HCE relacionadas e estruturadas em função da Gestão pela Qualidade Total, baseada nos seguintes critérios: Liderança, Planejamento estratégico, Foco no cliente, Gestão de Pessoas, Gestão de Processos, Informações e Análise e Resultados da organização. Todos estes critérios vêm sendo construídos dentro do hospital a fim de fundamentar as ações ali desenvolvidas. Acredita-se que principalmente três desses critérios influenciaram a reorganização do ambiente de trabalho, podendo-se defini-los como:

- Liderança: comporta a estrutura de liderança na organização, os principais líderes e como eles são identificados e educados; o modo como a liderança participa da formulação de estratégias e da busca de oportunidades futuras para organização.
- Gestão de Pessoas: enfoca e promove a participação das pessoas em todos os aspectos do trabalho, entendendo este aspecto como elemento fundamental para obtenção da sinergia dentro das equipes e para a valorização das pessoas. O seu bem estar e satisfação.
- Gestão de processos: envolve todos os aspectos operacionais da organização, sua projeção, organização, implementação, avaliação e melhoramento.

Com este breve resumo desses critérios, se quer demonstrar que o HCE tem implantado este novo modelo de gerenciamento, e que levanta-se a hipótese que resultados positivos podem ser vistos neste estudo.

O SESMT do HCE relata que frente à problemática do acidente do trabalho, foram estabelecidas normas de segurança para os diversos locais de trabalho, além de treinamento específico para o exercício das funções e que há monitorização contínua de possíveis situações de risco, realizada pelos trabalhadores, "cipeiros" e profissionais da segurança.

TABELA 6 - Distribuição dos acidentes segundo as categorias profissionais dos trabalhadores de enfermagem, Campinas, 1996 - 2000.

CATEGORIA PROFISSIONAL	TRABALHADORES ACIDENTADOS	
	N	%
Auxiliar de enfermagem	64	68,9
Técnico de enfermagem	14	15,0
Atendente de enfermagem	9	9,6
Enfermeira	6	6,5
TOTAL	93	100

Como já foi dito, os estudos sobre acidente do trabalho na área hospitalar são direcionados, geralmente, para a categoria de enfermagem. Em vista disto, é necessário um estudo mais detalhado desta categoria, já que representa 33% dos trabalhadores do HCE, segundo dados obtidos por meio do setor de Recursos Humanos. Analisando-se os acidentes ocorridos, o auxiliar de enfermagem foi proporcionalmente a categoria que mais se acidentou - como se observa na tabela seis, 68,9% dos acidentes ocorreram com esta categoria profissional. De qualquer modo a enfermagem é uma profissão na qual o risco de contrair doenças do trabalho é elevado, uma vez que está submetida a uma grande diversidade deles. Quanto aos riscos físicos, NISHIDE, MALTA E AQUINO (2000) analisam os equipamentos eletroeletrônicos, utilizados na assistência a pacientes de UTI, que podem ocasionar acidentes nos trabalhadores, através de descargas elétricas. BULHÕES (1998) descreve a exposição a radiações ionizantes a que esta categoria está exposta em setores como as terapias intensivas. Em relação ao risco ergonômico, ALEXANDRE; ANGERAMI, MOREIRA (1996) mencionam elevada ocorrência de queixas de dores nas costas entre a equipe de enfermagem, principalmente na assistência de pacientes críticos e dependentes. GESTAL (1987), em estudo sobre riscos químicos, avalia que o eczema alérgico ocupacional e as bolhas e dermatites de contato produzidas por agentes citostáticos, são mais comum nos trabalhadores de enfermagem.

Outro aspecto a ser ressaltado é que os trabalhadores acidentados estavam ligados à assistência. No caso dos enfermeiros ficou evidenciado que todos os acidentados exerciam funções assistenciais diretamente vinculadas ao atendimento dos pacientes.

Mesmo resultado já encontrado por BENATTI (1997) quando constatou que “todos os acidentes ocorreram com trabalhadores vinculados ao atendimento direto ao paciente e que as diretoras e supervisoras de enfermagem não apresentaram acidentes do trabalho. Também foi constatado que os enfermeiros exercendo funções assistências diretamente vinculadas ao atendimento dos pacientes foram acidentados praticamente nas mesmas proporções das outras categorias das trabalhadoras de enfermagem. Isso leva a suposição de que o

conhecimento e o adestramento para o exercício de uma determinada função não são garantia de segurança no trabalho e que as condições perigosas e que provocam acidentes fogem ao controle do trabalhador independentemente de sua qualificação para o trabalho. A semelhança do que acontece nas indústrias, o trabalhador nos hospitais, por mais qualificados profissionalmente que seja, está sujeito a se acidentar na medida em que a sua segurança depende da atuação de diversas equipes hospitalares que compõem o trabalho coletivo, ou seja, da organização do trabalho já dada, sobre a qual o trabalhador não tem nenhum poder de controle. Portanto, é a organização do trabalho que submete o trabalhador hospitalar a ritmos e condições incompatíveis com requisitos de segurança. Concluindo [...], verificou-se não ser relevante a qualificação profissional na acidentalidade, mas sim que a relevância da acidentalidade está ligada ao contato direto com o paciente e a estrutura funcional do hospital de estudo”.

SILVA (1996) evidencia, através do coeficiente de risco, que os técnicos foram os mais expostos aos acidentes, o que determinaria um certo índice de desgaste para estes trabalhadores, enquanto que os enfermeiros foram os menos expostos, com um coeficiente de risco que representa a metade do verificado para as outras categorias. A autora refere que esse desgaste diferenciado quantitativamente, segundo as categorias, expresse a exposição do trabalhador a cargas de trabalho específicas, com diferentes intensidades, ocorrendo no momento de interação do trabalhador com o objeto, meios e instrumentos de trabalho, juntamente com as formas de organização e divisão do trabalho.

Aproximando-se do resultado desta pesquisa, SOUZA (1999) analisando especificamente a categoria de enfermagem, concluiu que 89% dos acidentes foram com as auxiliares de enfermagem.

Dados referentes aos acidentes:

TABELA 7 - Distribuição dos acidentes segundo o tipo de acidente, Campinas, 1996 - 2000.

ANO	TIPO DE ACIDENTE								
	TÍPICO		TRAJETO		DOENÇA OCUPACIONAL		TOTAL	Nº FUNC.	ACID. POR TRAB.
	N	%	N	%	N	%	N	N	N
1996	51	82,3	10	16,1	1	1,6	62	511	0,121
1997	38	80,9	8	17,0	1	2,1	47	542	0,087
1998	35	72,9	12	25,0	1	2,1	48	548	0,088
1999	30	76,9	6	15,4	3	7,7	39	564	0,069
2000	12	70,6	3	17,6	2	11,8	17	599	0,028
TOTAL	166	77,9	39	18,3	8	3,8	213	-	-

A tabela sete permite analisar o número e a percentagem de acidentes por tipo em cada ano e a representatividade destes valores, com números absolutos e percentuais, em relação ao total de acidentes ocorridos em cinco anos. Tendo em vista a evolução dos acidentes de 1996 até o ano de 2000, nota-se com base na tabela sete, uma visível tendência à diminuição do número de acidentes do trabalho. Uma hipótese explicativa considerada, já mencionada anteriormente, é a estruturação do SESMT iniciada que em 1996, que implementou ações provenientes do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO) e do Programa de Prevenção de Risco Ambiental (PPRA) assim como a padronização e notificação dos acidentes do trabalho. No histórico da empresa consta que o SESMT, em ação conjunta com a CIPA, realizou modificações no ambiente e na organização do trabalho. Uma hipótese a ser avaliada considera que no momento da implantação do SESMT e CIPA, a notificação de acidente do trabalho pode ter sido aumentada, razão pela qual

houve o aumento do registro da doença ocupacional neste ano e decréscimo nos seguintes.

Destaca-se em 1996 a percentagem de 82,3% de acidentes típicos, a maior em cinco anos. Comparando a percentagem dos acidentes de trajeto com os outros acidentes observa-se que em 1997 representam 17% do total de acidentes do ano; em 1998 a percentagem do número de acidentes de trajeto atinge 25% do total dos acidentes deste ano. Nos anos de 1997 e 1998 o número total de acidentes manteve-se estável, entretanto os acidentes de trajeto aumentaram, dado que a incidência dos acidentes típicos foi inferior e o número de doenças ocupacionais se manteve.

Em 1999 a percentagem das doenças ocupacionais representa 7,7% do total de acidentes, devido ao decréscimo dos acidentes típicos e de trajeto. As doenças ocupacionais em 1999 triplicaram em relação aos anos anteriores. Neste ano os acidentes de trajeto diminuíram em relação a 1998.

A partir de 1999 e enfatizando o ano de 2000, confirma-se o importante decréscimo no número de acidentes. O HCE atribui este resultado ao trabalho realizado pelo SESMT, no que tange à prevenção de acidentes com objetos perfurocortantes. O processo realizado com os trabalhadores é fundamentado, segundo seus realizadores, na conscientização e na participação dos trabalhadores na reestruturação e organização das suas tarefas. O processo de elevação da consciência crítica constitui procedimento que reflete condições decorrentes da própria realidade do mundo atual. De acordo com PESSOA (2000), a aplicação do princípio da prioridade do ser humano será democrática e consciente ou não será. No dia a dia, o despertar da consciência dos trabalhadores no HCE é construído primeiramente com as lideranças da empresa e repassado a todo o hospital através dos "Times da Qualidade", em um processo contínuo e participativo. Na dinâmica de trabalho dos profissionais da Saúde Ocupacional, é constante a preocupação em divulgar a política do hospital no que diz respeito à necessidade de preservação do bem estar físico, mental e social. Supõe-se que estes aspectos abordados contribuíram para o decréscimo no

número de acidentes do trabalho ao longo dos anos, uma vez que em 1996 era possível observar 0,121 acidentes por funcionários contra 0,028 em 2000, representando uma diminuição de aproximadamente 77%. Cabe ressaltar também o investimento de recursos materiais. Quando se fala em aplicação dos recursos materiais, o que se pretende é afirmar que estes são essenciais, à medida que oferecem subsídios para o desenvolvimento de ações previamente planejadas em função das formas organizacionais. Tais ações devem ser capazes de oferecer uma estrutura física adequada e livre de situações que gerem perigos; planejar e implementar programas de vacinação; ampliar as ações preventivas individuais e coletivas.

No ano de 2000, os acidentes de trajeto ainda representam 17,6% do total de acidentes deste ano, apesar de apresentarem diminuição aos outros anos contemplados neste estudo.

Quanto às doenças ocupacionais, verifica-se um número crescente deste tipo de acidente na representação total da percentagem, principalmente de 1999 a 2000 chegando a representar, em 2000, uma percentagem de 11,8% do total de acidentes, contra 1,6% em 1996. A sub notificação ou sub-registro de doenças profissionais não fica evidenciada, à medida que o número absoluto das doenças ocupacionais não se modificou significativamente, o aumento foi percentual devido à diminuição dos acidentes típicos. POSSAS (1981) demonstrou que o sub-registro ocorre por diversos fatores, entre os quais a tendência de serem registrados os acidentes de gravidade maior, causadores de morte ou de incapacidade permanente, ou aqueles “sem perda de tempo” por parte da empresa. O presente estudo não contemplou a subnotificação dos acidentes, em função do instrumento utilizado. Autores que estudaram a subnotificação de acidentes do trabalho, através de entrevistas a acidentados, ressaltam aspectos importantes. BENATTI (1997) constata a ocorrência de 49,5% de subnotificação do acidente do trabalho, confirmando que o trabalhador subestima a gravidade do acidente que, freqüentemente, não apresenta agravos visíveis à sua saúde. SARQUIS (1999) relata que 45,1% dos casos de acidentes não notificados estão relacionados à falta de orientação e que 12,9% dos trabalhadores alegam

burocracia demasiada no processo. No HCE existe um diagnóstico precoce além de exames periódicos e readaptação em nova função, quando necessária. É possível que estes procedimentos viabilizem a prevenção e o avanço de doenças ocupacionais desde sua fase inicial. PARADA; ALEXANDRE; BENATTI, (2002) em estudo retrospectivo de 1990 a 1997, também relatam a subnotificação ou sub-registro, identificado por meio da comparação entre dois estudos realizados no mesmo hospital. Neste contexto, resta saber se no HCE os trabalhadores tem o real entendimento dos riscos que correm nos acidentes que envolvem a presença de sangue, contato com fluidos corpóreos; e se são plenamente informados sobre a necessidade e a maneira adequada de utilizar os equipamentos de proteção individual. Este aspecto é particularmente importante em relação a subnotificação dos acidentes típicos.

Ainda quanto ao acidente típico, observa-se que houve um decréscimo durante o período de cinco anos. O SESMT do HCE atribui a queda no número de acidentes ao fato de que os trabalhadores tornaram-se mais atentos em questões concernentes às condições e à segurança no trabalho.

O acidente de trajeto também apresentou um decréscimo com o passar dos anos, mas ainda representa 17% do total de acidentes em 2000. BENATTI (1997) analisando o Hospital de Clínicas da Unicamp indica 11% de acidentes de trajeto. Comparativamente, o HCE, apresentou índice maior nos acidentes de trajeto (18,3%). É preciso, entretanto, considerar as diferentes realidades, no que diz respeito ao tipo de hospital - público X privado; a localização - distrito X região central de Campinas; e o meio de transporte - ônibus fretado X circular.

TABELA 8 – Distribuição dos acidentes de trajeto segundo o local da residência dos acidentados, Campinas, 1996 - 2000.

RESIDÊNCIA	TRABALHADORES	ACIDENTE DE TRAJETO	ACIDENTES POR CIDADE
CIDADE	N	N	%
Campinas	144	27	18,7
Sumaré	32	7	21,9
Hortolândia	25	3	12
Outro	12	2	5,1
Total	213	39	18,3

Analisando a tabela oito observa-se que o maior número de acidentes de trajeto ocorreu com os trabalhadores residentes na cidade de Sumaré, com 21,9% e a seguir Campinas com 18,7%.

Os acidentes de trajeto são, caracteristicamente, mais graves e representam a percentagem de 18,3% no presente estudo.

Além deste aspecto, cabe ressaltar que alguns acidentes de trajeto, como se não bastasse a brutalidade que reveste o próprio acidente, ocorreram em circunstâncias violentas, lesando o trabalhador de maneira irreversível.

Cabe relatar um dos casos do acidente de trajeto, descrito da própria CAT: "A funcionária estava dirigindo-se da residência para o trabalho, utilizando-se de transporte coletivo (ônibus) e após este frear subitamente, ela foi atirada bruscamente para frente, fazendo com que houvesse um rompimento do tendão do ombro direito". Este acidente gerou um afastamento de mais de seis meses, além de ter submetido a trabalhadora a um processo cirúrgico. A condição de vítima de acidente desta trabalhadora, além da quebra repentina da trajetória de sua vida em consequência do acidente, gerou indefinição social e profissional. Segundo o SESMT da empresa a funcionária reporta um sentimento de revolta, pois declara que o acidente gerou uma sucessão de violências, desde a limitação

da atuação de um profissional qualificado, até o atendimento nos diversos órgãos públicos e a desestruturação financeira.

A intervenção neste tipo de acidente torna-se difícil, à medida que está diretamente relacionada à mudança de infra-estrutura urbana. Isto é ainda pior depois de conhecer a dimensão que pode assumir o agravo ao trabalhador.

TABELA 9 - Distribuição dos acidentes segundo o local do acidente de trajeto, Campinas, 1996 - 2000.

LOCAL DO TRAJETO	N	%
Calçada	15	44,1
Ônibus	13	38,3
Carro	3	8,8
Rua	3	8,8
TOTAL	34	100

FREQUENCY MISSING = 5

A tabela nove demonstra que a grande maioria dos acidentes de trajeto foi consequência direta de intercorrências nas calçadas - 44,1%, ou com o transporte coletivo, em especial com os ônibus - 38,3%, ou ainda, com os carros - 8,8%. Tudo isto pode ser relacionado à má conservação da infra-estrutura urbana ou a deficiências de sinalização da cidade de Campinas e região. O transporte coletivo de Campinas, como acontece em grande parte das cidades brasileiras, é deficiente, requerendo melhoria na qualidade e quantidade.

Esta tabela complementa a tabela oito, relacionando o local da residência com o local do acidente de trajeto. Outro dado a considerar é que 67,6% desses acidentes ocorreram no trajeto da residência ao trabalho (Anexo G).

Os acidentes que ocorreram na rua - 8,8%, foram com trabalhadores vítimas de acidentes de trânsito - 2,8%, como atropelamento.

TABELA 10 - Distribuição dos acidentes segundo o dia do mês da ocorrência, Campinas, 1996 - 2000.

Dia do Mês	N	%
01 a 10	62	29.1
11 a 20	80	37.6
21 a 31	71	33.3
TOTAL	213	100

A tabela 10 descreve a distribuição segundo o dia do mês de ocorrência. Os resultados parecem não demonstrar tendência para algum período específico do mês, sendo possível observar uma distribuição uniforme ao longo do mês. Em estudos como o de BENATTI (1997) existe a hipótese de que há dia do mês com significado na ocorrência de acidentes. A autora levanta a hipótese de que o incentivo financeiro proporcionado pelo pagamento pode ter gerado maior satisfação no trabalhador, já que menos acidentes ocorreram no período de pagamento salarial. Com base nesta hipótese e ponderando que o HCE realiza seus pagamentos no dia 15 e no último dia útil do mês, a hipótese de BENATTI (1997) não pôde ser confirmada.

O mês de maior incidência pode ser visualizado na figura dois.

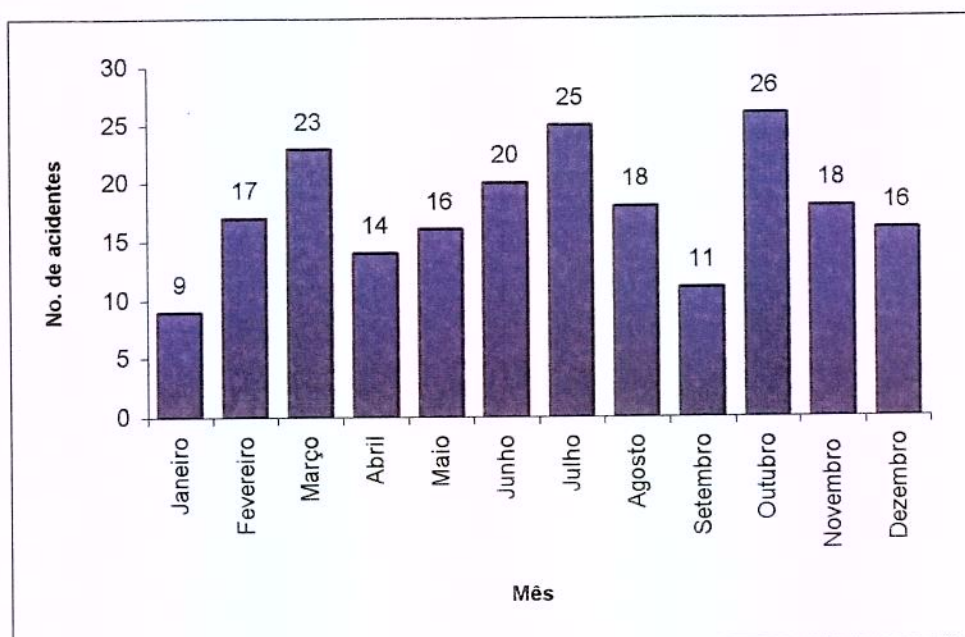


FIGURA 2 - Distribuição de acidentes segundo o mês de ocorrência, Campinas, 1996 - 2000.

Na Figura dois, verifica-se que o mês de outubro foi o de maior incidência, com 12,2%, seguindo-se do mês de julho (11,7%). O aumento dos acidentes em julho pode estar relacionado ao aumento considerável de cirurgia eletivas neste mês, já que o Centro Cirúrgico foi um dos locais de maior accidentalidade. Não são observáveis quaisquer tendências no gráfico acima, como menor ou maior incidência no primeiro ou segundo semestre, fato este que é observado por alguns autores.

Com alguma semelhança ao que foi encontrado nesta pesquisa, SUBERO; FERNANDEZ; CASTIEL (1987) encontraram maior número de acidentes com trabalhadores hospitalares nos meses de abril, junho e outubro. SILVA (1988) constatou o maior número de afastamentos por acidentes no mês de maio (10,7%) e agosto (9,8 %) com tendência à redução de afastamentos no segundo semestre. Enquanto que em BENATTI (1997) o mês de abril (23%) e o de março (21%) foram o de maior incidência de acidentes, o que pode estar relacionado ao início de período letivo dos alunos e docentes de hospital escola. Note-se que BENATTI (1997) pesquisou somente o 1º semestre de 1995.

Comparando-se os resultados dos diversos hospitais, aparentemente a maior incidência de acidentes do trabalho em determinado mês está relacionada às particularidades de cada hospital, levando-se em conta o tipo de hospital, seu perfil e suas rotinas. De qualquer forma, isto não justifica a maior incidência de acidentes, apenas comprova que os processos e a organização do trabalho não estão sobre controle, facilitando a sua ocorrência.

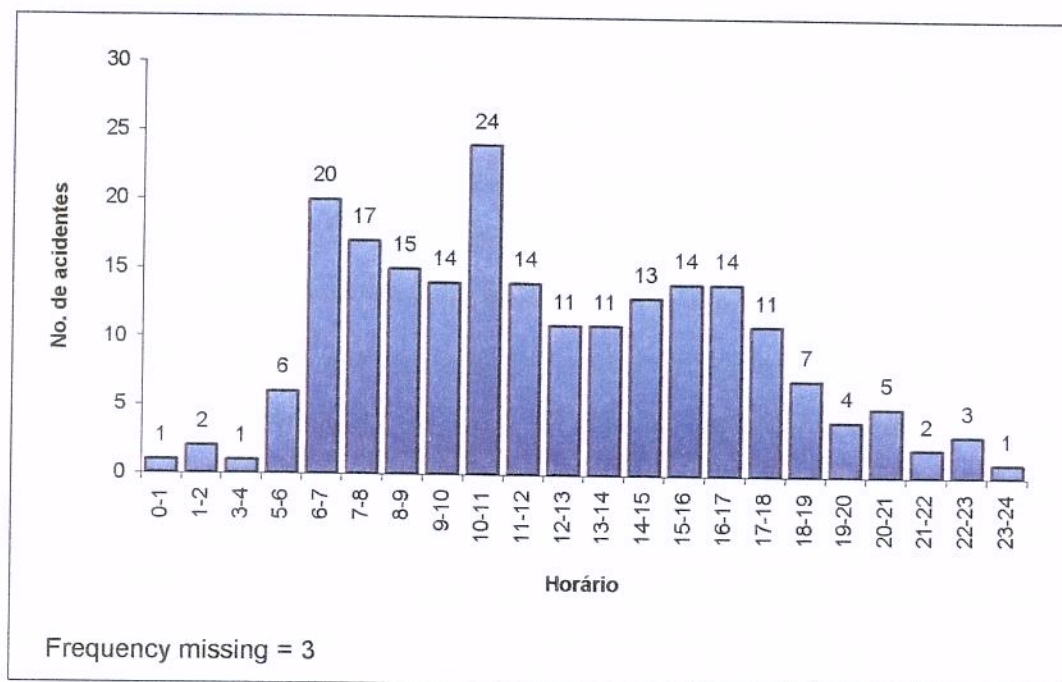


FIGURA 3 - Distribuição dos acidentes segundo o horário da ocorrência, Campinas, 1996 - 2000.

A figura três apresenta o horário de ocorrência dos acidentes, e os dados demonstram que o maior número de acidentes ocorreu entre 6 e 18 horas, o que se explica pelo ritmo de trabalho diurno, e também por uma maior concentração dos procedimentos e conseqüentemente um maior número de funcionários em ações e expostos ao risco de acidente. Observa-se que a partir das 6 horas, final do período noturno e início do diurno, há um aumento na frequência dos acidentes, o que pode estar relacionado à fadiga de final de plantão, depois de um período de 12 horas de trabalho e tensão contínua. Também corresponde ao horário no qual os trabalhadores que iniciarão suas atividades pela manhã, estão em percurso, da residência para o trabalho, podendo

ser alvo dos acidentes de trajeto. É possível observar um pico no número de acidentes das 10 às 11 horas, cuja causa pode ser o retorno dos pacientes das cirurgias, o que aumenta as atividades relacionadas diretamente aos pacientes pós-cirúrgicos. Como foi mostrado na tabela cinco, o auxiliar de enfermagem foi o que mais se acidentou - 30%, cabendo a esta categoria a realização de tarefas como banhos, administração de medicações, encaminhamento de pacientes para a cirurgia e exames, realizados geralmente nestes horários. Pelo gráfico, a partir das 12 horas observa-se uma queda no número de acidentes até as 14 horas, o que pode estar associado à passagem de plantão, juntamente com o planejamento das ações e organização do plantão da tarde. Após esse horário, o número de acidentes se mantém constante até às 18 horas quando começa a decrescer, atingindo o ponto mais baixo das 20 às 6 horas da manhã.

SILVA (1988) também verifica que a grande maioria dos acidentes ocorreram no período diurno (6 às 18 h), correspondendo a 73,74% dos afastamentos. Esse dado confirma os resultados de BRANDI, BENATTI, ALEXANDRE (1998), quando relatam que os acidentes ocorreram no turno da manhã e da tarde, destacando o Pronto Socorro como o local de maior accidentalidade. Ao contrário dos trabalhos descritos acima, em estudo realizado por SOUZA (1999) não foi observada diferença estatística significativa de acidentes ocorridos entre os turnos da manhã, da tarde e da noite.

Apesar da área hospitalar se caracterizar por trabalho contínuo, é no turno da manhã que se concentra o maior número de atividades dos diversos setores, relacionadas às atividades administrativas, de enfermagem, de apoio e médico. Segundo dados do setor de Recursos Humanos do HCE, apenas 18 % do total dos trabalhadores são escalados para o plantão noturno, devido à redução de todas estas atividades, com conseqüente diminuição do número de acidentes.

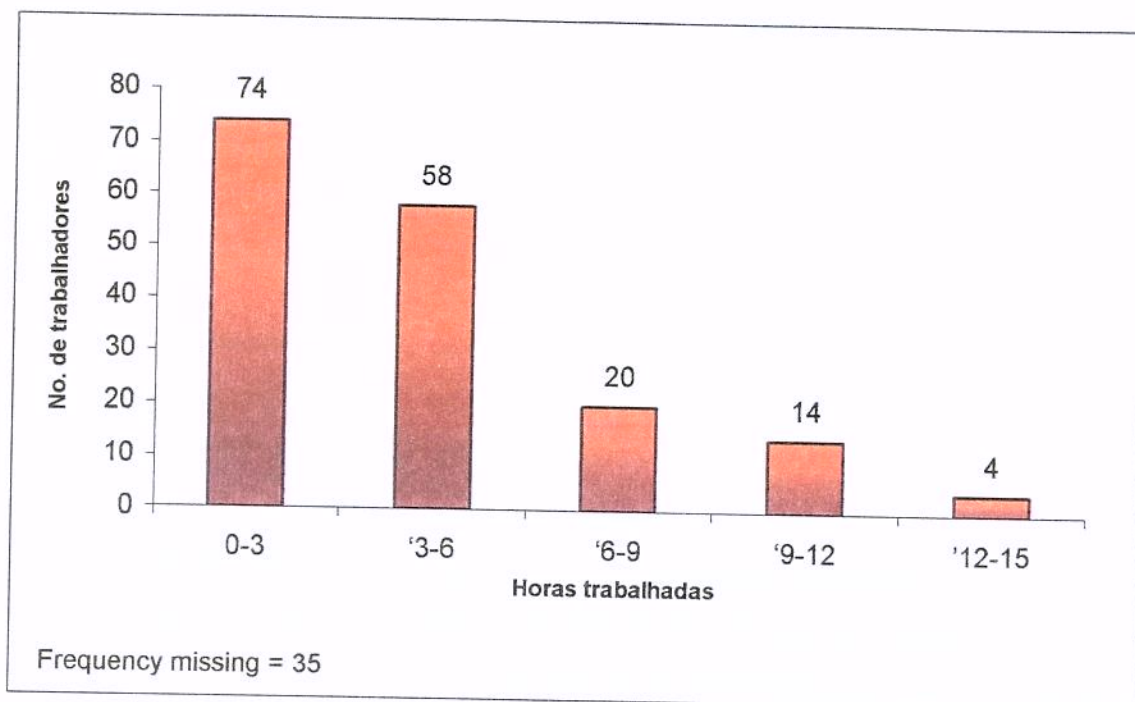


FIGURA 4 - Distribuição dos acidentes segundo o tempo transcorrido em relação ao início da jornada de trabalho, Campinas, 1996-2000.

Pela figura quatro observa-se que o maior número de acidentes ocorreu entre a entrada do trabalhador e a nona hora de trabalho. Observa-se também que os maiores índices de acidente se encontram nas primeiras três horas de trabalho. Pode-se, então, supor que são o ritmo e as condições de trabalho que submetem o trabalhador hospitalar ao risco de acidente, já que pode ser constatado que a grande maioria dos acidentes aconteceu nas primeiras seis horas de trabalho quando o trabalhador ainda não deveria estar sofrendo o desgaste produzido pelo cansaço da jornada executada. Os acidentes ocorridos entre a nona e a 15ª hora se deram com os trabalhadores do turno da noite, cuja jornada é 12/36 ou que realizavam horas extras.

Dados semelhantes foram encontrados por SANTOS et al. (1989) e BENATTI (1997) que também constata que o maior número de acidentes ocorreu nas primeiras horas da jornada de trabalho. Ao contrário do que foi encontrado por esta pesquisa, HALE; HALE (1972) em revisão bibliográfica sobre acidentes do trabalho em indústrias dizem que: "Em relação à fadiga (resposta geral de uma população) e a fadigabilidade (susceptibilidade individual para a

fadiga) os autores mostram que não se tem conseguido evidências positivas de que sejam causa de maior freqüência de acidentes numa população. Constitui exceção o caso da relação entre acidentes e duração de turnos, onde há provas conclusivas de que o aumento de número de horas trabalhadas é acompanhada por aumento da proporção de acidentes”.

Autores como FÁVERO; LUCCA; LEME (1994) especificam que os acidentes ocorreram com maior freqüência do início do trabalho, até a segunda hora, enquanto que para SILVA et al. (1995) o maior número de acidentes se deu na primeira hora de trabalho. No estudo presente, é possível visualizar que o maior número de acidentes correspondeu às primeiras horas de trabalho, mas é impossível desprezar os valores representativos até a 6ª hora da jornada, onde observa-se um número significativo de acidentes.

TABELA 11 - Distribuição do acidentes segundo o tipo de acidente e afastamento dos trabalhadores, Campinas, 1996 - 2000.

AFASTAMENTO	TIPO DE ACIDENTE							
	TÍPICO		TRAJETO		DOENÇA OCUPACIONAL		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
NÃO	108	65,1	14	35,9	-	-	122	57,3
SIM	58	34,9	25	64,1	8	100	91	42,7
TOTAL	166	77,9	39	18,3	8	3,8	213	100

A tabela 11 indica que a maioria dos acidentes não ocasionou afastamento (57,3%) dos acidentados. A percentagem de 42,7% de acidentados com afastamento representa dias de trabalho perdidos, acarretando dano direto ao acidentado e à instituição - prejuízo para os clientes devido a falhas no padrão ideal de atendimento.

Diferente disto, SILVA (1988) observa que em apenas 3,5% dos casos foi desnecessário o afastamento do trabalhador, constatando que o número de ocorrências que requerem até oito dias de afastamento é elevado, decrescendo a partir disto. Esta autora verificou também que afastamentos de até 15 dias representaram aproximadamente 88% do total das ocorrências.

TABELA 12 - Distribuição dos acidentes segundo tempo de afastamento em dias, em relação ao tipo de acidente, Campinas, 1996 - 2000.

TEMPO DE AFASTAMENTO (dias)	TIPO DE ACIDENTE		
	TÍPICO	TRAJETO	DOENÇA OCUPACIONAL
0 – 10	51	19	0
11 – 20	6	4	3
21 – 30	1	1	5
31 – 40	0	0	0
41 – 50	0	0	0
51 – 60	0	1	0
TOTAL	58	25	8

N = 91

Na tabela 12 é possível detectar dos acidentes que geraram afastamento, destaca-se a doença ocupacional, caso em que 100% dos acidentados afastaram-se em média 25 dias. Esta média não significa necessariamente o tempo total durante o qual o trabalhador ficou afastado, e sim a previsão feita inicialmente pelo médico do trabalho. Por isso é importante esclarecer que os dias de afastamento por doença ocupacional podem ter sido maiores que os apresentados neste estudo. Cabe ressaltar que um acidente de trajeto acarretou 60 dias de afastamento.

FÁVERO; LUCCA; LEME (1994) também já haviam constatado que o número de acidentes típicos foi maior, mas o acidente de trajeto, caracteristicamente mais grave, gerou um maior número de dias perdidos por acidentes. MORRONE; OLIVEIRA (1978) afirmaram que a maior parte dos

trabalhadores do hospital fonte de estudo dependia de conduções coletivas. Considerou a prevenção do acidente de trajeto um problema de difícil solução. A administração do hospital estudado procurou solucionar este problema, oferecendo moradias em prédio bastante próximo do hospital.

Hoje em dia a medida descrita por MORRONE; OLIVEIRA – o estudo data de 1978, não seria possível devido ao grande desenvolvimento urbano. O HCE encontra-se em área central da região metropolitana de Campinas. Entretanto, convém lembrar que o caminho para a modernização da gestão empresarial passa pela atuação na resolução de problemas sociais.

Os acidentes de trajeto, ligados principalmente a acidentes de trânsito ou relacionados ao sistema de transporte precário ou ainda a quedas e torções agravadas pela má conservação da infra-estrutura urbana; apresentaram uma média de afastamento maior (9,4 dias perdidos) do que os acidentes típicos (6,6 dias perdidos).

TABELA 13 - Distribuição dos acidentes segundo o setor de atuação dos trabalhadores acidentados, Campinas, 1996 - 2000.

SETOR DE TRABALHO	N	%
Serviço de Nutrição e Dietética	33	15,5
Enfermaria 300 e 400*	31	14,6
Centro Cirúrgico	29	13,6
Unidade de terapia intensiva	25	11,7
Serviço de Higiene e limpeza	23	10,9
Serviço de lavanderia	16	7,5
Laboratório	13	6,1
Manutenção	11	5,2
Área administrativa	10	4,7
Pronto Socorro	6	2,8
Neonatologia	5	2,3
Ambulatórios	5	2,3
Central de esterilização	3	1,4
Serviço de radiologia	3	1,4
TOTAL	213	100

NOTA: * unidades de internação

Com o detalhamento proporcionado pela tabela 13, observa-se que o maior índice de acidentes aconteceu com trabalhadores pertencentes ao Serviço de Nutrição e Dietética - 15,5%, em razão provavelmente de características tais como: trabalho permanente com objetos cortantes, pisos molhados e escorregadios, transporte de objetos pesados, presença constante de risco físico (calor e frio). Ou seja, condições de trabalho que levaram a maiores riscos ocupacionais. O NATIONAL INSTITUTE FOR OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH, (1998) admite que o serviço de nutrição da área hospitalar propicia várias situações de risco que possibilitam a ocorrência de acidente do trabalho. O chão é molhado e com áreas de gordura, devido ao derramamento de alimentos e líquidos no chão. O piso muitas vezes não possui material antiderrapante. Sugere que neste ambiente seja mantida uma boa organização de todos os utensílios, a fim de evitar injúrias. De acordo com ODDONE et al. (1986), calor no ambiente ocasiona diminuição da capacidade de concentração e aumento da fadiga. Estas informações corroboram as conclusões de MORRONE; OLIVEIRA (1978) quando afirmam que dentre os trabalhadores hospitalares que mais sofrem acidentes estão os do serviço de nutrição, manutenção e rouparia. Para estes autores, esses locais de trabalho e/ou a natureza das operações executadas contribuíram para a maior parte dos acidentes.

Em segundo lugar na quantidade de trabalhadores acidentados, estão os aqueles que pertencem as unidades de internação com 14,6% dos acidentes acontecidos, geralmente trabalhadores da área de enfermagem. Ao caracterizar os trabalhadores de enfermagem GOMES (1986) conclui que existem riscos comprometedores da integridade física e mental dos trabalhadores de enfermagem. Os autores OGUISSO; SCHIMDT (1984) também constataram que o trabalho da enfermagem exige, constantemente, rapidez e agilidade sendo realizado em condições particularmente penosas ou desagradáveis. Esta afirmação também pode justificar o maior número de acidentados da unidade de terapia intensiva - 11,7%, que ocupa o quarto lugar em número de acidentados, setor que é caracterizado por um trabalho difícil, ritmo acelerado, trabalho em turnos, plantões noturnos, maior parte do tempo em pé. SHIMIZU; CIAMPONE

(1999) através da análise de relatos de enfermeiras de um hospital escola, que exercem suas atividades em terapias intensivas, observaram o desgaste devido, além de outros fatores, a vivência constante com o sofrimento e a morte dos pacientes, ritmo de trabalho desordenado e atendimento aos familiares dos doentes.

A terceira maior ocorrência de acidentes acontece com trabalhadores pertencentes ao Centro Cirúrgico - 13,6%, onde há um maior contingente de trabalhadores, em relação às outras unidades, com destaque para os acidentes com material perfurocortante.

O Serviço de Higiene e Limpeza e a Lavanderia aparecem nesta tabela como o quinto e sexto lugar respectivamente em número de trabalhadores acidentados, principalmente pelos acidentes relacionados aos materiais perfurocortantes e acidentes por quedas. O setor de Higiene atua em toda a área física do hospital e o SESMT da empresa afirma que esta categoria foi vítima de acidentes com material perfurocortante. Dados da pesquisa informam que uma trabalhadora deste setor, que atuava diretamente no Pronto socorro, por duas vezes se acidentou com agulhas descartadas no lixo. O mesmo ocorreu com trabalhadores do setor de lavanderia, onde foram encontradas agulhas ou lâminas de bisturi nas roupas a serem lavadas.

No setor de Laboratório, 6,1% de acidentes ocorreram com trabalhadores pertencentes a este setor, são feitas as coletas de materiais como sangue e urina. As coletas de sangue dos pacientes externos são feitas com o paciente sentado em cadeiras com apoio de braço ao lado da qual estão os materiais de apoio, como as caixas coletoras. Mesmo assim, acidentes perfurocortantes descritos na CAT ocorreram no momento de punção, descarte e higienização da sala, devido à presença de agulhas abandonadas no chão. Estes trabalhadores trabalham também com lavagem dos frascos utilizados na coleta, centrifugação e realização dos exames. Acidentes ocorreram no setor de expurgo do laboratório, nas pias onde foram lavados estes materiais.

Com uma percentagem de 5,2% de acidentes ocorreram com trabalhadores do setor de manutenção, caracteriza-se por ser um setor no qual a segurança nas oficinas é considerada apenas superficialmente. Neste setor, a organização dos materiais é falha, os equipamentos e o estoque são guardados de forma inadequada e é possível encontrar materiais cortantes, como pregos, e outros instrumentos no chão ou em lugares impróprios.

Na área administrativa com 4,7% das ocorrências de acidentes com os trabalhadores, devido à disposição do mobiliário nas diversas áreas administrativas, causando quedas, impacto contra objeto e queda de objetos.

Grande melhora é observada pelo SESMT da empresa desde a introdução da campanha 5S. Principalmente nos aspectos referentes a descarte de material não necessário, organização, limpeza e manutenção.

Nas unidades de Pronto Socorro e Neonatologia, onde aconteceram respectivamente 2,8% e 2,3% de acidentes do trabalho com os trabalhadores pertencentes a este setor, também é observada a ocorrência de acidentes perfurocortante. Estes acidentes ocorreram durante a realização de procedimentos, estando descrito que os trabalhadores, estavam utilizando equipamento de proteção, no caso luvas de procedimento. ODA; ROCHA; TEIXEIRA (1997) afirmam que as luvas, embora não evitem a penetração de agulhas, reduzem a contaminação nas mãos.

Nos Ambulatórios, setores de atendimentos a pacientes que não estão internados, ocorreram 2,3% do total de acidentes com trabalhadores pertencentes a este setor e como nas áreas administrativas, houve impacto contra objeto e queda de objetos, provavelmente pela má organização da estrutura física.

No total dos acidentes ocorridos, 1,4% aconteceu com trabalhadores pertencentes a central de esterilização e devem estar relacionados aos acidentes do tipo perfurocortante, na preparação de bandejas de instrumental cirúrgico. Apesar de neste setor serem observados riscos físicos como calor e ruído, não houve descrição de acidentes com estes agentes. BRASIL (1995), afirma que

perturbações funcionais, no sistema nervoso e digestivo, podem ser ocasionadas pelo ruído.

O setor de radiologia no HCE, com 1,4% total de acidentes ocorridos com trabalhadores que exercem ali suas funções, está situado em área ao lado do pronto socorro, onde estão macas e cadeiras para acomodar os pacientes, com movimentação intensa de pacientes e trabalhadores. Acidentes por queda foram relatados, em função da inadequação do espaço físico.

Feita a descrição das características dos processos desenvolvidos nos respectivos setores de trabalho dos acidentados, algumas reflexões são pertinentes e devem ser efetuadas pela pesquisadora. Foi discutida inicialmente nesta pesquisa a premissa que é injusto e desumano organizar o trabalho de tal modo que resulte em algum tipo de prejuízo aos que trabalham. Sendo assim, é necessário adaptar os processos e organização do trabalho às necessidades dos trabalhadores e à sua forma de vida. Baseado no descrito anteriormente, principalmente em relação às características dos locais em que ocorreram os acidentes, aos processos de trabalho executados nestes setores e a própria caracterização profissional, conclui-se que o acidente é consequência de uma cadeia de eventos da qual o acidentado é a maior vítima. Esta cadeia de eventos, que culmina no acidente do trabalho, é parte do próprio processo e organização do trabalho.

TABELA 14 - Distribuição dos acidentes segundo o setor de atuação dos trabalhadores de enfermagem acidentados, Campinas, 1996 - 2000.

SETOR	CATEGORIA					
	ATEND.	AUX.	TÉC	ENF.	TOTAL	
	n	n	n	N	n	%
UTI *	2	15	6	1	24	29,2
Centro cirúrgico	3	18	1	1	23	28,0
Enfermaria 300 *	2	10	3	1	16	20,0
Enfermaria 400 *	1	7	3	0	11	13,6
Neonatologia *	0	2	0	1	3	3,8
Esterilização	0	2	0	0	2	2,6
Maternidade *	0	1	0	0	1	0,9
Coordenação de enfermagem	0	0	0	1	1	0,9
Ambulatório de saúde ocupacional	0	0	0	1	1	0,9
Total	8	55	13	6	82	100

* Unidades de internação
Frequency missing – 11

Na tabela 14, identifica-se que a UTI, seguida pelo Centro Cirúrgico, foram os setores da enfermagem que proporcionalmente apresentaram mais trabalhadores acidentados - 29,2% e 28% respectivamente. Como interpretação possível, em relação a UTI, pode-se alegar problemas estruturais como espaço físico inadequado, o mobiliário (camas) antigo existente na terapia intensiva e o ritmo intenso de trabalho. Isto vem ao encontro das constatações de ALEXANDRE (1993) quando afirma que as agressões à coluna dos trabalhadores da categoria de enfermagem estão associadas à inadequação de mobiliário e equipamentos em condições insatisfatórias de manutenção, camas pesadas com rodas que não funcionam, manivelas de camas de movimentação difícil, camas e macas sem possibilidade de ajustes na altura e falta de elevadores de pacientes. CHIARELLO (1995) afirma que a equipe de enfermagem que atua com pacientes que exigem cuidados críticos incorre em maiores riscos de acidente com agulhas que as de outros setores, observando que devido a isto se protegem mais. Esta afirmação parece indicar que o autor culpabiliza o acidentado pelo acidente, já que não considera os diversos fatores contribuintes para a ocorrência de acidente. SILVA (1996) utilizando-se da expressão numérica representada pelo coeficiente de risco

destaca a unidade de hemodiálise (CR=50) e as UTI médica e cirúrgica, com CR=41,8 e CR=32 respectivamente. A autora comenta que embora o paciente não esteja internado, nem por isso o ritmo de trabalho é menos acelerado ou a tensão gerada pelo cuidado no processo de assistência é menor. Esta conclusão confirma os resultados desta pesquisa, no que diz respeito ao fato de que a UTI foi o local de maior accidentalidade.

Em relação ao Centro Cirúrgico, sabe-se que o contingente de trabalhadores é maior, em relação às outras unidades; sabe-se ainda que as condições de trabalho levam a um maior risco ocupacional. HENDERSON (1995) observa que os trabalhadores do Centro Cirúrgico apresentam alto risco de exposição ao sangue, maior possibilidade de acidentes, com maior risco de contaminação. O anexo G possibilita analisar o acidente do tipo perfurante no Centro Cirúrgico, já que estes eventos aconteceram com a equipe de enfermagem. Durante o período de cinco anos aconteceram dez acidentes perfurantes neste setor, correspondendo a 19,2 % de todos os acidentes perfurantes ocorridos no HCE. O anexo G confirma que o número absoluto de acidentes não se modificou significativamente. A média de acidentes perfurantes no período de cinco anos é de dois acidentes/ano. Em 1997 não existe registro deste tipo de acidente, no entanto em 1999, seis acidentes estão descritos. O SESMT relata que depois de identificadas as circunstâncias em que estes acidentes ocorriam, foram realizadas modificações na organização do trabalho, sugeridas pelos trabalhadores deste setor. Estas modificações estão diretamente relacionadas com acidentes que ocorriam no ato cirúrgico, quando o trabalhador era vítima de acidente com materiais do tipo perfurocortante, desprezados pela equipe médica. As correções vão desde a colocação de cubas para que os médicos descartem os materiais perfurocortantes, até orientação dada à equipe médica sobre o procedimento correto de descarte.

As unidades de internação 300, 400 e maternidade foram responsáveis por 20%, 13,6% e 3,8% do total de trabalhadores de enfermagem acidentados, sendo essas unidades de internação de pacientes cirúrgicos, de pacientes crônicos, gestantes e puérperas e, em alguns casos, de pacientes com

dependência total. BULHÕES (1998) salienta que pacientes de unidades de emergência requerem atendimento tal que a enfermagem realiza o mesmo procedimento, freqüentemente em posturas penosas. Estas unidades de internação são localizadas em espaço físico com longos corredores, e muitas atividades desenvolvidas pela categoria da enfermagem - retirada de medicações na farmácia, transporte de pacientes para exames ou para transferência e encaminhamento de corpo para o necrotério – requerem longas caminhadas. Segundo ESTRYN-BEHAR (1996), as distâncias percorridas são consideradas, juntamente com o manuseio dos pacientes posições em desconfortáveis, fatores de estresse físico. ZANON; MARZIALE (2000) fazem notar que os trabalhadores de enfermagem enfrentam carga física elevada quando movimentam o paciente no leito.

Para o setor de neonatologia, de acordo com a tabela 14, há uma percentagem de 3,8% do total de acidentes do trabalho nos trabalhadores de enfermagem. Assim como na UTI, a terapia intensiva neonatal se caracteriza por espaço físico inadequado, com ritmo intenso de trabalho, esforço físico e postura inadequada, exposição a sangue, fluidos corpóreos e excretas durante a execução dos procedimentos. A central de esterilização apresentou 2,6% do total de acidentes dos trabalhadores de enfermagem neste estudo, não contrário do trabalho de SANTOS et al. (1989), em que foi o local de maior acidentalidade, juntamente com as unidades de internação de cirurgia (33% do total dos acidentes).

TABELA 15 - Distribuição dos acidentes segundo o setor de ocorrência no Hospital, Campinas, 1996 - 2000.

SETOR DE OCORRÊNCIA	N	%
Enfermaria 300 e 400*	25	18,8
Centro Cirúrgico	22	16,5
Serviço de Nutrição e Dietética	18	13,5
Lavanderia	16	12,0
UTI	15	11,3
Laboratório	12	9,0
Pronto Socorro	9	6,8
Central de esterilização	3	2,3
Serviço de radiologia	2	1,5
Outros	11	8,3
TOTAL	133	100

NOTA: * unidades de internação Frequency missing – 80

As enfermarias foram o setor de maior ocorrência de acidente do trabalho. Estas unidades se caracterizam por ritmo intenso no atendimento direto ao paciente, sendo o acidente do trabalho justificado como consequência do desgaste sofrido pelo trabalhador no processo de trabalho. MARZIALE (1995) considera que os procedimentos realizados pelos trabalhadores de enfermagem nas unidades de internação são desgastantes, principalmente atividades como banho de chuveiro, arrumação de cama com o paciente no leito, mudança de decúbito e encaixe da comadre em pacientes obesos ou dependentes.

No Centro Cirúrgico aconteceram 16,5% dos acidentes, sendo o segundo setor de maior ocorrência. No estudo de BENATTI (1997) este setor apresentou o maior índice de acidentes, representando 19% dos acidentes acontecidos nos setores da atuação da enfermagem.

O Serviço de Nutrição e Dietética foi o terceiro setor de maior ocorrência de acidente do trabalho com 13,5%. O NATIONAL INSTITUTE FOR OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH (1998) cita fatores responsáveis por acidente do trabalho neste local como: choques elétricos; utensílios inadequados que ocasionam queimaduras; luvas utilizadas inadequadamente; a presença de solução de amônia, utilizada nos detergentes, que podem acarretar sérias

queimaduras. Afirma ainda que os níveis de calor no ambiente, maior problema encontrado nesta área, causam mal estar, e os trabalhadores não são orientados sobre os sintomas e as doenças que as altas temperaturas podem ocasionar.

A Lavanderia foi o quarto setor de maior ocorrência de acidente com 12%.

A UTI foi o setor onde ocorreram 11,3% dos acidentes. BENATTI; NISHIDE (2000) descrevem uma variedade de riscos a que os trabalhadores de UTI ficam expostos, identificando-os com materiais perfurocortantes, quedas devido a pisos molhados e escorregadios, esforço físico e postura inadequada, exposição a sangue, fluidos corpóreos e excretas durante a execução dos procedimentos além de riscos provenientes da planta física do hospital escola.

MONTEIRO; CARNIO; ALEXANDRE (1987) descrevem a Unidade de Emergência, como o setor de enfermagem de maior acidentalidade, apesar de serem setores com características semelhantes à terapia intensiva. SOUZA (1999), ao estudar o índice de acidente do tipo perfurocortante de cinco hospitais, sendo dois particulares, observa que os setores de trabalho nos quais ocorreu o maior número de acidentes foram as unidades de internação (48,5%) seguido das unidades de emergência (26%) que englobam as unidades de terapia intensiva e pronto socorro.

TABELA 16 - Distribuição dos acidentes segundo o local da ocorrência, Campinas, 1996 - 2000.

LOCAL	N	%
Unidade de trabalho	149	70,0
Acidentes de trajeto	39	18,3
Corredor interno do hospital	18	8,5
Pátio externo do hospital	3	1,4
Outro	4	1,8
TOTAL	213	100

Pela tabela 16, verifica-se que 70% dos acidentes ocorreram na unidade de trabalho, ou seja, enquanto o trabalhador encontrava-se no desenvolvimento de suas atividades. De modo semelhante, para BENATTI (1997) 78% dos acidentes ocorreram na unidade de trabalho.

Como a grande maioria dos acidentes ocorreu na unidade de trabalho, é o caso de refletir sobre o ambiente hospitalar e seus respectivos riscos. Consideram-se riscos ocupacionais todas as situações e trabalhos que podem romper o equilíbrio físico, mental e social das pessoas, e não somente as situações que originem acidentes e enfermidades (FUNDEM, 1996). O hospital é um complexo que engloba vários serviços, como por exemplo: administração, lavanderia, nutrição e dietética, manutenção, caldeira, transporte, depósito e manipulação de produtos químicos, laboratórios, centro cirúrgico, unidades de internação e ambulatorial, serviços de radiologia, informática e outros. Com esta variedade dos serviços dentro do ambiente hospitalar, é esperada uma extensa relação de riscos. Os fatores de risco do trabalho, denominados riscos ocupacionais, classificam-se de acordo com o tipo de agente envolvido. Para efeito da NR-9, são considerados como riscos ambientais os agentes físicos, ergonômicos, biológicos, químicos existentes no trabalho (BRASIL, 2001).

Em setores como radiologia, nutrição e esterilização são encontrados riscos físicos que incluem os riscos elétricos, ruídos, frio, calor, radiações ionizantes e não ionizantes (BULHÕES, 1998). Os agentes físicos podem provocar condições inadequadas no ambiente de trabalho, desencadeando acidentes do trabalho.

ESTRYN-BEHAR (1996) estuda, na ergonomia hospitalar, a quantidade e a interação de fatores pessoais e circunstanciais que afetam o desempenho no trabalho. A autora define como fatores pessoais a fadiga, condicionamento físico, idade e treinamento. Como circunstanciais estão a organização do trabalho, formato do piso, mobiliário, equipamentos e apoio psicológico para a equipe de trabalho. São encontrados três fatores de riscos ergonômicos, a exemplo do que ocorre na enfermagem, que são a fadiga psíquica, a física e o trabalho noturno, citado por PITTA (1992).

Os riscos biológicos, exemplificados pelos agentes vírus, bactérias, protozoários, fungos, parasitas e bacilos (BRASIL, 2001) podem ser encontrados em vários setores como: área contaminada da lavanderia, centro cirúrgico e unidades de internação. Segundo ROGERS (1998), a exposição aos agentes biológicos ou infecciosos, como hepatites ou *Mycobacterium tuberculosis*, tem importância ocupacional e ambiental quando considerada a transmissibilidade do agente infeccioso também em locais de trabalho.

Em relação aos riscos químicos, que constituem um risco tóxico, BULHÕES (1998) afirma que trabalhadores no meio hospitalar estão em contato com medicamentos, gases anestésicos, vapores, aerossóis, esterilizantes, desinfetantes, agentes de limpeza, anti-sépticos, solventes, ácidos e borrachas. Os riscos químicos são encontrados no centro cirúrgico, na atividade do serviço de higiene, na quimioterapia.

Segundo BRASIL (2001), os riscos de acidentes estão relacionados a quedas, choque elétrico, probabilidade de incêndio e explosão, armazenamento inadequado e acidentes com máquinas e equipamentos.

Frente à exposição anterior, é consistente a afirmativa de que um profissional, qualificado ou não, leva algum tempo para tomar consciência dos riscos inerentes à organização do trabalho. Em primeiro lugar é preciso saber se conhece o mapa de riscos do local de trabalho, ou se a empresa o mantém disponível e em local visível. Este trabalhador pode conhecer bem a profissão, mas precisa se adaptar à organização do trabalho específica da empresa ou local de trabalho. Esta pesquisa não registra o tempo que o trabalhador exerce a função no HCE, mas é importante salientar que na época em que foi realizada a coleta de dados, ainda não existia na empresa o “Programa de integração para funcionários recém admitidos”. Segundo o Serviço de Educação Continuada do HCE, este programa busca orientar o funcionário recém-admitido dando informações prioritárias, abordando a segurança, dentre outros aspectos e foi iniciado em maio de 2001. Convém então considerar que, por vezes a adaptação do trabalhador à organização do trabalho específica ao local de trabalho pode aumentar a probabilidade da ocorrência dos acidentes ocupacionais.

Na distribuição de acidentes segundo a localização os acidentes de trajeto, detalhados anteriormente, representaram a expressiva percentagem de 18,3% do total dos acidentes.

Os acidentes que ocorreram nos corredores internos do hospital, com representação de 8,5% e os do pátio externo (1,4%) estão relacionados principalmente a quedas devido a corredores escorregadios e em desnível. BENATTI (1997) também relata acidentes em corredores internos (8%) e no pátio externo (3%) devido a quedas em corredores escorregadios e desníveis nos pátios. Mas descreve também quedas em mesmo nível.

A tabela 17 apresenta em mais detalhes, os acidentes segundo o local de ocorrência na unidade de trabalho.

TABELA 17 - Distribuição dos acidentes segundo a localização na unidade de trabalho, Campinas, 1996 - 2000.

UNIDADE DE TRABALHO	N	%
Leito do paciente	28	29,8
Sala de cirurgia	13	13,8
Expurgo	9	9,6
Posto de enfermagem	8	8,5
Área contaminada da lavanderia	6	6,4
Máquinas/área limpa/centrífuga da lavanderia	6	6,4
Câmara escura/câmara frigorífica/fornos	4	4,6
Outros	20	21,3
TOTAL	94	100

Frequency missing = 55

A tabela 17, em alguns casos, apresenta a localização do acidente na unidade de trabalho, especificando o local, facilitando a interpretação do acidente e reforçando a afirmação que o acidente ocorreu durante a execução das tarefas, inserido, portanto, no processo de trabalho. A tabela 17 indica que foi no leito do paciente, ao executar procedimentos com o paciente, a ocorrência do maior número de acidentes - 29,8%. Estes dados complementam as análises anteriores as quais afirmaram que os auxiliares de enfermagem foram os que mais se acidentaram, e estes são trabalhadores vinculados ao atendimento direto ao paciente - 30%, nas alas de internação. Isto está de acordo com BENATTI (1997), ao relatar que o quarto-leito foi o local de maior acidentalidade (22%) seguida do expurgo (13%) e posto de enfermagem (12%). Os acidentes que ocorreram no leito do paciente estão relacionados à exposição a sangue, fluidos corpóreos potencialmente contaminados, expondo estes trabalhadores ao risco de infecção por HBV, HCV ou HIV. Esta exposição representa um importante risco profissional para os trabalhadores da saúde. Na literatura mundial já são preconizadas recomendações pós-exposição ocupacional com material biológico contaminado

com os vírus do HIV, das hepatites C e B (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2001).

Dos acidentes que ocorreram na sala cirúrgica - 13,8% são atribuídos ao descarte inadequado do material perfurocortante pela equipe médica cirúrgica, principalmente em compressas e campos ou fora das caixas coletoras, por parte da equipe de anestesia. A pesquisa de MARZIALE; KOURROUSKIE; ROBAZZI (2000) também encontra no Centro Cirúrgico, em 12 meses, dois acidentes por materiais perfurocortantes, dois acidentes por contato com fluidos corpóreos e um acidente de trajeto. Em uma das CAT do HCE, encontramos a seguinte descrição: "Funcionária foi desprezar compressa utilizada pela anestesia no hamper, quando se perfurou, pois não percebeu que havia uma agulha no interior desta".

No expurgo - 9,6% com a lavagem e manipulação de material, ocorreram exposições a sangue, fluidos corpóreos e perfurações não só com agulhas ou laminas de bisturi, mas também com instrumental cirúrgico.

No posto de enfermagem - 8,5% dos acidentes estão igualmente relacionados com o material perfurocortante. Estas exposições são derivadas do arranjo inadequado do ambiente após os procedimentos.

O material perfurocortante no setor da lavanderia foi responsável pela ocorrência de acidentes na área contaminada - 6,4%, através de materiais perfurocortantes encontrados na roupa contaminada, assim como na área limpa, e nas máquinas ou centrifugas - 6,4% na roupa limpa, mesmo após ter sofrido processo de lavagem. Há também os acidentes ocasionados por quedas e o impacto de objetos.

A câmara frigorífica e fornos que representam neste estudo 4,6 % das unidades de trabalho, pertencentes ao serviço de nutrição e dietética, mencionadas nos estudos das CAT, são áreas com riscos de quedas, ruídos, altas ou baixas temperaturas.

TABELA 18 - Distribuição dos acidentes segundo a causa ou o objeto causador, Campinas, 1996 - 2000.

CAUSA/OBJETO CAUSADOR	1996		1997		1998		1999		2000		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
Objeto perfurante	4	6,5	10	10,0	16	33,3	16	41,0	6	35,3	52	24,4
Queda/escorregão/ torção	18	29,0	8	21,3	9	18,8	4	10,3	3	17,6	42	19,7
Objeto cortante	10	16,1	7	14,9	9	18,8	6	15,4	2	11,8	34	16,0
Trauma ou esforço físico	12	19,4	8	17,0	5	10,4	7	17,9	2	11,8	34	16,0
Impacto contra objeto	7	11,3	7	14,9	4	8,3	2	5,1	2	11,8	22	10,3
Contato subst. química	7	11,3	1	2,1	-	-	-	-	-	-	8	3,7
Acidente de trânsito	-	-	1	2,1	2	4,2	1	2,6	2	11,8	6	2,8
Contato fluido corporal	-	-	1	2,1	1	2,1	1	2,6	-	-	3	1,4
Impacto queda de objeto	1	1,6	-	-	1	2,1	-	-	-	-	2	0,9
Agressão de paciente	1	1,6	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,5
Choque elétrico	1	1,6	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,5
Corpo estranho	-	-	-	-	1	2,1	-	-	-	-	1	0,5
Outros	1	1,6	4	6,4	-	-	2	5,1	-	-	7	3,3
TOTAL	62	29,1	47	22,1	48	22,5	39	18,3	17	8,0	213	100

A análise do acidente do trabalho acontecido, no que se refere à causa no geral e em cada ano, está representada na tabela 18. Os acidentes perfurantes e os acidentes cortantes apresentam importância neste estudo, já que totalizam 40,4% do total dos acidentes acontecidos.

Os acidentes perfurantes - 24,4% estão relacionados, na maioria dos casos, aos trabalhadores de enfermagem e a seguir, aos auxiliares de serviços gerais, auxiliares de lavanderia e auxiliares de laboratório; todos apresentando perfurações relacionadas com agulhas e lâminas, na prática diária de suas tarefas. Segundo ALMEIDA (1995), os acidentes ocorridos no curso da tarefa normal sugerem que a realização da atividade habitual ocorre em condições de insegurança. Este autor explica que estas são situações com pouca tolerância à

ocorrência de variação nas etapas de um processo de trabalho, situações nas quais o trabalhador não consegue controlar as condições do sistema e a segurança está intimamente relacionada ao seu próprio desempenho na tarefa.

Pela tabela 18, conclui-se que o número absoluto dos acidentes perfurantes - 24,4% no HCE apresentou um decréscimo importante no ano de 2000. Sendo observado seis acidentes em 2000 contra 16 casos em 1999.

Nos estudos de SANTOS et al. (1988), SILVA et al. (1995) e BENATTI (1997) o acidente perfurocortante também foi a primeira causa de acidente. A predominância do objeto perfurocortante, como causa de acidente, foi comprovada também no estudo de SARQUIS (1999), quando analisa as atividades realizadas pelos trabalhadores de enfermagem, representando um percentual de 53,7% do total dos acidentes encontrados pelo autor.

SOUZA (1999), quando comparou o número de acidentes relacionados com material perfurocortante ocorridos em pessoal de enfermagem, em três hospitais da rede pública, não observou diferença significativa entre eles, assim como não encontrou diferença significativa entre dois hospitais da rede privada. Porém, ao comparar os hospitais da rede pública com os da rede privada, aponta um coeficiente de acidentes ocorridos em pessoal de enfermagem com materiais perfurocortantes, significativamente maior nos hospitais da rede privada.

O acidente por perfurocortante é um risco de contaminação pois qualquer material é potencialmente contaminado. Em estudo com trabalhadores da saúde, DE LUANE (1990) encontra 18.000 novos casos de Hepatite B no ano, a enfermagem representando 58% dos trabalhadores atingidos; e relata que os acidentes com instrumentos perfurocortantes são os principais responsáveis. MACHADO et al. (1992), investigando o risco de infecção pelo vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) em profissionais da saúde, constataram que de 36 casos de acidentes estudados, 17 foram por perfuração com agulhas contaminadas e um por ampola quebrada, totalizando 50% das ocorrências registradas. CARDOSO (1998) afirma que o risco de contaminação pelo HIV através de uma picada de agulha é pequeno, correspondendo a 0,35%. Em relação à

contaminação pelo vírus da hepatite B, AMATO; PASTERNAK (1994) informam que são 10^{13} partículas por mililitro de sangue. Comparando-se então 10^{13} partículas/ml de sangue com o vírus da hepatite B com 10^4 partículas/ml de HIV, conclui-se que o vírus da hepatite B constitui risco de 30 a 100 vezes superior ao HIV. Para REZENDE; FORTALEZA (2001), a soro prevalência de infecção para hepatite B entre trabalhadores de saúde é em média de três a cinco vezes maior que na população em geral.

Em um levantamento realizado em seis hospitais dos Estados Unidos, no período de junho de 1995 a outubro de 1997, foram observadas 153 exposições a sangue e fluidos em profissionais da saúde, sendo que 44% pertenciam à categoria de enfermagem. Dos acidentes, 53% foram em consequência de perfurações com agulhas, sendo que 21% dos pacientes eram soropositivos para HIV e 38% para hepatite C (CARDO et al., 1998).

Com base na vivência na área hospitalar, pode-se observar a necessidade de conhecimento e aplicação de medidas assertivas para acidentes com risco real de acarretar uma contaminação, já que em alguns casos torna-se impossível reverter às consequências advindas deste tipo de ocorrência. BEEKMANN; FAHEY; GERBERDING; HERDERSON (1990), sugerem medidas como redução da exposição, currículos escolares da área da saúde que enfatizem medidas de prevenção, modificação de procedimentos associadas com o aumento do risco e treinamento constante em serviço.

A seguir, destacam-se os acidentes que ocorreram em função de quedas (19,7%) relacionados principalmente aos acidentes de trajeto, escorregões nos corredores do hospital e arranjo físico inadequado, que em 1996, representaram 29% do total de acidentes daquele ano. Em 2000 é observado uma queda significativa também para essa causa de acidente, passando de 18 em 1998 para apenas três em 2000. ROGERS (1998), confirma que estes fatores presentes no ambiente de trabalho acarretam não só acidentes, mas também lesões. ESTRYN-BEYAR (1996) sugere, a fim de evitar este tipo de acidente, que os sapatos devem ser antiderrapantes. A diminuição progressiva do número

absoluto das quedas e escorregões pode estar relacionada à melhoria da estrutura física do hospital e também à padronização das normas de limpeza, principalmente na revisão dos horários apropriados para sua realização, dos produtos utilizados e da rotina de utilização de placas de segurança.

Os acidentes cortantes - 16% se relacionam principalmente à manipulação de facas pelos trabalhadores do Serviço de Nutrição e Dietética e observa-se, pela tabela 18, um decréscimo no número de acidentes no decorrer dos anos, sendo observado apenas dois acidentes causados por objetos cortantes em 2000, contra nove em 1998. A alta incidência de acidentes por este tipo de objeto pode ser explicada pelas seguintes hipóteses: a falta de orientação do uso adequado do instrumento cortante; lâminas das facas em más condições, resultando em cortes inadequados; facas guardadas com as lâminas para cima ou guardadas em local inadequado. As lâminas de bisturi também ocasionaram acidentes cortantes.

Quando se analisa o acidente relacionado a trauma e esforço físico no decorrer dos anos, é possível perceber que ocorreram melhoras significativas. Trauma e esforço físico representaram 16% do total dos acidentes, uma das principais causas de acidentes. Os trabalhadores da área hospitalar desenvolvem muitas atividades que exigem esforços e que podem causar lesões na coluna, distensões, luxações e doenças ocupacionais. Estas atividades estão relacionadas com as diferentes categorias. No setor de enfermagem elas abrangem o manuseio de equipamentos e atividades relacionadas diretamente com o paciente. ALEXANDRE (1993), ao estudar a ocorrência de cervicodorsolombalgias em profissionais de enfermagem, relaciona esta ocorrência à inadequação de mobiliário e a equipamentos utilizados nos procedimentos cotidianos. No setor de higiene as atividades estão relacionadas à higienização dos ambientes (unidades de internação, escritórios, corredores) ao levantamento de mobiliário e posições inadequadas para execução destas atividades. Segundo ALMEIDA (1995) com os avanços da ergonomia nos estudos de movimentos, condições de conforto e concepção de postos de trabalho, e com respeito ao saber dos trabalhadores é possível corrigir fatores potenciais de acidentes do trabalho.

A causa/objeto causador relacionado a impacto contra objeto representou neste estudo uma percentagem significativa de 10,3% do total de acidentes. Na análise das CAT, referentes a esta causa, observou-se esta ocorrência em diversos setores: corredores, lavanderia, centro cirúrgico, alas de internação, serviço de nutrição e áreas administrativas. Em uma das CAT é descrito que um trabalhador da área contaminada da lavanderia, foi vítima de escoriação após o impacto da mão esquerda contra uma das máquinas lavadoras.

Os acidentes do trabalho originados por exposição a substâncias químicas, que representam 3,7% deste estudo, estão relacionados a contato com material como sabão, anti-sépticos em setores como lavanderia, e fármacos manipulados no setor de farmácia.

Todos os acidentes de trânsito - 2,8% deste estudo caracterizam-se como acidentes de trajeto, e analisando a tabela 18 observa-se que no ano de 2000, representaram 11,8% do total dos acidentes.

No ano 2000, não houve acidentes com fluídos corpóreos, e isto pode ser atribuído à proteção contra o risco biológico, à utilização de equipamentos de proteção como máscara, óculos e luvas. Estas medidas são recomendadas aos trabalhadores potencialmente expostos aos riscos, os quais deverão estar informados e habilitados através de treinamentos sobre métodos de controle para prevenir acidentes (NATIONAL INSTITUTE FOR OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH, 1988). GARNER (1996) juntamente com o CDC, resumidamente, orientam procedimentos que incluem basicamente:

- Lavagem das mãos antes e após contato com o paciente;
- Uso de luvas, quando houver necessidade de manipular sangue, fluídos corporais, secreções e excreções de todos os pacientes;
- Uso de óculos protetores, para proteção das mucosas oculares, quando houver possibilidade de que o procedimento gere dispersão de gotícula;
- Cuidado na manipulação de objetos perfurocortantes.

Agressões físicas, como agente causador de acidentes do trabalho, representaram 0,5% neste estudo. GESTAL (1987) afirma que a agressão pode ser física ou verbal. A CAT, aberta em 1996, que descreve este tipo de acidente relata que a agressão física ocorreu contra uma auxiliar de enfermagem do Pronto Socorro.

Quanto aos acidentes por choque elétrico, que neste estudo representaram 0,5%, MELTZER et al (1984) afirma que os pacientes e profissionais da saúde estão expostos a acidentes elétricos, devido à corrente de fuga, que pode passar pelo monitor para o paciente.

O acidente com corpo estranho, que neste estudo representou uma percentagem de 0,5%, ocorreu no ano de 1998, com um trabalhador eletricista do setor de manutenção, acarretando uma conjuntivite.

Uma análise sistêmica da causa ou objeto causador de acidente do trabalho, leva a refletir diretamente sobre a organização e sobre o local de trabalho. É possível observar a distância existente entre a organização prescrita e a organização real do trabalho. A desorganização que se estabelece gera oportunidades para a ocorrência dos acidentes, já que inviabiliza um gerenciamento adequado do relacionamento do trabalhador com os perigos de seu trabalho.

Segundo DEJOURS; ABDOUCHELI, JAYET (1994) o local de trabalho pode ser um lugar de prazer ou de sofrimento, pois apesar do homem ser beneficiário da produção, ele é vítima e/ou causador dos riscos que o ambiente de trabalho oferece. Os autores prosseguem sua reflexão declarando que para transformar um trabalho fatigante em um trabalho equilibrante, é preciso flexibilizar a organização do trabalho de modo a deixar maior liberdade ao trabalhador para reorganizar seu modo operatório e para encontrar os gestos que são capazes de lhe fornecer prazer, através de uma exposição ou uma diminuição de sua carga psíquica de trabalho. Ressalta-se então a importância da participação efetiva do trabalhador em seu processo de trabalho, com um gerenciamento participativo

com poder de influir na maneira como este é organizado, nas práticas diárias e nas mudanças advindas das necessidades.

A tabela 19 possibilita o estudo das atividades que em execução no ato do acidente do tipo perfurocortante.

TABELA 19 - Distribuição das atividades relacionadas com o acidente com material perfurocortante, Campinas, 1996 - 2000.

ATIVIDADE/CAUSA	N	%
Agulha abandonada	11	14,3
Perfurocortante no lixo	10	13,0
Descartando agulha	8	10,4
Agulha no plug	7	9,1
Cortando alimentos	6	7,8
Lavando material	6	7,8
Arrumando material	4	5,2
Abrindo ampola	3	3,9
Descarte de bisturi	3	3,9
Retirando equipo	3	3,9
Encapando agulha	2	2,6
Lamina abandonada	2	2,6
Manipulando tubo de ensaio	2	2,6
Carregando caixa de perfurocortante	1	1,3
Outro	9	11,7
TOTAL	77	100

Frequency missing = 9

O acidente perfurocortante apresentou grande importância neste estudo, assim sendo é essencial discorrer sobre a atividade que os trabalhadores estavam executando no momento do acidente com este tipo de material. Foram encontrados os seguintes dados: o abandono de agulha - 14,3%, objetos perfurantes abandonados em lugares inadequados como balcões, bandejas e no lixo - 13%. Apenas no Centro Cirúrgico foi possível a identificação do profissional

que desprezou o material de maneira inadequada, em outros setores a identificação do paciente fonte e as condutas estabelecidas pós-acidente foram dificultadas. Outros autores, como SILVA (1996), também observaram que os acidentes mais frequentes foram os ferimentos perfurocortantes (54,4%) representados principalmente por cortes e perfurações com agulhas e outros objetos contusos. Esta mesma autora resgata o significado deste tipo de acidente, como uma forma de exposição às cargas mecânicas e psíquicas, tanto na manipulação apressada deste tipo de instrumento quanto pelo ritmo acelerado de trabalho, que dificulta a troca adequada do recipiente de descarte desses materiais.

Os objetos perfurocortantes que ocasionaram acidentes, como agulha abandonada - 14,3% e lâmina abandonada - 2,6% são importante causa de ocorrências com este tipo de material. BENATTI (1997) também relatou que as agulhas ou lâminas abandonadas em lugares inadequados foram responsáveis pela maior quantidade de acidentes com material perfurocortante (10%) constatando também o uso abusivo de lâminas em atividades em que não são necessárias.

A presença de material perfurocortante no lixo - 13%, foi responsável por cortes, lacerações e ferimentos puntiformes nos trabalhadores. Igualmente SOUZA (1999) concluiu que os acidentes com material perfurocortante ocorreram durante ou após o procedimento, e em 26,7% dos casos o objeto causador foi desprezado em local impróprio.

Após a execução de procedimento que utilizava material perfurocortante, como agulha e bisturi, o trabalhador acidentou-se descartando a agulha - 14,3% e com o descarte de bisturi - 3,9%. Segundo as descrições da CAT, estes acidentes aconteceram no ato de segurar o objeto perfurocortante para desprezá-lo na caixa coletora. BENATTI; NISHIDE (2000) falam sobre a instalação das caixas coletoras de perfurocortantes ao lado dos leitos e postos de trabalho, para facilitar o descarte imediato desses materiais após o uso no paciente e como forma de evitar o re-encape de agulhas. Refletindo sobre este

aspecto, é possível afirmar que o local recomendado para o acondicionamento das caixas coletoras de material do tipo perfurocortante seja o mais perto possível do leito do paciente. Mas na prática, isto implica risco de acidente para o paciente, acompanhante e visitante, quando considerada a possibilidade de manipulação deste material. Por isso então, os materiais perfurocortantes são transportados para longe do local onde foram utilizados, mas esta conduta propicia o re-encape por parte dos profissionais e a possibilidade de ocorrência de acidente do trabalho. Em outra CAT é descrito que o limite da caixa para descarte não foi obedecido, ultrapassando a faixa de segurança. Ainda em relação a caixas coletoras de materiais perfurocortantes, há o relato de um trabalhador sobre a perfuração da caixa coletora de perfurocortante, por uma agulha que perfurou o material que constitui a caixa, ocasionado um acidente que representa uma percentagem de 1,3%.

Acidentes do trabalho são relatados durante a execução de procedimentos por parte dos trabalhadores. O trabalhador de enfermagem foi vítima de acidente ao colocar ou retirar a agulha no plug - 9,1% do paciente fonte. Este procedimento é comum na área hospitalar, já que muitas vezes a venóclise no paciente é mantida para administração de medicação. Em algumas situações, erroneamente, a agulha de um equipo de soro foi colocada diretamente no plug. Na retirada do equipo também aconteceram os acidentes. Diferentemente dos resultados encontrados neste trabalho, RISCO BIOLÓGICO (2001) situa a retirada de sangue e/ou a punção venosa periférica como responsáveis por 30 a 35 % das exposições percutâneas, representando a maioria. Nos resultados desta pesquisas isto não foi representativo.

Os acidentes com os trabalhadores que estavam cortando os alimentos, que nesta análise representaram 7,8% do total dos acidentes perfurocortantes, ocorreram com os trabalhadores do serviço de nutrição.

Materiais que foram lavados nos expurgos, como tubos de ensaio, lâminas e cálices laboratoriais foram responsáveis por 7,8% do total de acidentes com material perfurocortante. Após serem lavados, quebraram-se no

acondicionamento para secagem e foram responsáveis por ferimentos cortantes. Neste estudo, segundo a tabela 19, a arrumação do material representou 5,2% dos acidentes.

A abertura de ampolas, utilizadas na preparação de medicações, foi responsável por 3,9% dos acidentes perfurocortantes, acarretando ferimento cortante.

Segundo a tabela 19, 2,6% dos acidentes aconteceram quando o trabalhador estava encapando a agulha. Nos registros contidos na análise dos acidentes, existem relatos dos trabalhadores de enfermagem do HCE, considerando que trabalhavam com falta de funcionários nos setores, justificando assim a “correria” na execução das atividades, favorecendo o re-encape das agulhas, a fim de “acelerar” a finalização dos procedimentos. ZUCKERMAN (1995) afirma que o re-encape da agulha é responsável pelo aumento dos ferimentos percutâneos.

A manipulação do tubo de ensaio por parte dos trabalhadores do laboratório foi responsável por 2,6% do total dos acidentes. Em uma das CAT há o relato sobre um tubo de ensaio que se quebrou, quando o trabalhador tentou abri-lo, ocasionando um ferimento cortante com contaminação de material biológico.

A “correria” na execução das atividades, mencionada na análise dos acidentes por alguns trabalhadores, é entendida por eles mesmos como fator responsável pela desorganização do trabalho. DEJOURS; ABDOUCHELI, JAYET (1994) entendem a organização do trabalho pelo contraste com as condições de trabalho, referindo-se a pressões físicas, mecânicas, químicas e biológicas no local de trabalho. Segundo o autor, estas pressões podem ocasionar desgaste, envelhecimento e doenças psicossomáticas. De qualquer forma, mudanças relativas à organização do trabalho devem ser pensadas: normatização do uso de instrumentos, revisão do dimensionamento do quadro de funcionários, treinamento para os trabalhadores e um sistema de gerenciamento que permita a participação dos membros da equipe nos processos que compõem o seu trabalho.

A pesquisadora observa em seu dia-a-dia de trabalho a reação de medo dos trabalhadores, após a ocorrência de acidente do trabalho com material perfurocortante. Apesar da confirmação que as orientações pós-ocorrência dos acidentes do trabalho preconizadas eram repassadas, o medo se caracteriza principalmente pela preocupação com a contaminação ocupacional pelo HIV, estendendo-se para os familiares destes trabalhadores. Os trabalhadores que se acidentam com material contaminado de origem desconhecida, não têm a possibilidade de identificar o paciente-fonte para confirmação de doenças infectocontagiosas. Esta exposição representa um sério perigo ocupacional para os trabalhadores em hospitais, principalmente nas lesões contendo sangue. Estudos como o de ZUCKERMAN (1995), confirmam a possibilidade de contaminação através da injúrias com objetos perfurocortantes contaminados com sangue e fluidos corpóreos ou respingos em mucosas e/ou pele lesada. O medo diante de uma possível contaminação acarretou sentimentos como raiva, excesso de preocupação, desespero e insegurança.

TABELA 20 - Distribuição do acidentes segundo a principal região corporal atingida por lesão, Campinas, 1996 - 2000.

ATIVIDADE/CAUSA	n	%
Mão direita	54	25,4
Mão esquerda	51	23,9
Membro Inferior Esquerdo	20	9,4
Membro Superior Direito	20	9,4
Membro Inferior Direito	12	5,6
Olhos	10	4,7
Pé esquerdo	10	4,7
Pé direito	8	3,8
Tronco	8	3,8
Crânio	6	2,8
Membro Superior Esquerdo	5	2,3
Sistemas e aparelhos	4	1,9
Pescoço	3	1,4
Face	2	0,9
TOTAL	213	100

Após o estudo da causa, foi analisada a região anatômica mais atingida por cada acidente na tabela 20. Os membros superiores foram a região mais freqüentemente atingida - 61,8%, em especial as mãos e os dedos. Isto pode ser explicado em função dos acidentes perfurocortantes. Estes resultados estão de acordo com vários trabalhos os quais revelam que a maior proporção de lesões acomete este segmento corporal, como os estudos de MONTEIRO; CARNIO; ALEXANDRE (1987) SANTOS et al. (1989) e BENATTI (1997) destacando-se principalmente as mãos. As CAT que descrevem os acidentes perfurocortantes ocorridos durante a execução de procedimentos que envolvem agulhas, como manipulação no plug, mencionam que os trabalhadores estavam fazendo uso de equipamento de proteção, que no caso eram as luvas. A NR-6 preconiza que Equipamentos de Proteção individual (EPI) são todos os dispositivos de uso individual destinados a proteger a saúde e a integridade física do trabalhador, incluindo luvas, aventais, protetores oculares, faciais e auriculares, protetores respiratórios e proteção para membros inferiores. É responsabilidade do empregador fornecer o EPI adequado ao risco e garantir o treinamento dos trabalhadores quanto à forma correta de utilização e conservação (BRASIL, 2001). Apenas o EPI não foi suficiente para prevenir o acidente, sendo necessário, além de outros aspectos, o estudo das etapas do processo. Mas, segundo estudos laboratoriais realizados com exposição percutânea por agulhas, as luvas reduziram significativamente a exposição aos riscos biológicos, à medida que são capazes de reduzir de 50 a 80% a quantidade de sangue, dependendo do tipo de agulha (RISCO BIOLÓGICO, 2001).

Os membros inferiores totalizaram 15% da região corporal atingida, sendo 9,4% referentes ao membro inferior esquerdo e 5,6 % ao membro inferior direito. Através das descrições das CAT, é possível observar que estas lesões estão relacionadas a quedas, escorregões, torções, impacto contra objeto e queda de objeto. Nos trabalhadores de área administrativa as lesões estão diretamente relacionadas com as quedas e escorregões, e as partes lesadas foram os membros inferiores, incluindo os pés (8,5%). Observa-se também que existe uma diferença na gravidade das regiões e lesões atingidas entre trabalhadores da área

administrativa com os da área de enfermagem e de apoio, já que os acidentes destas categorias foram principalmente nas mãos.

Os membros superiores totalizaram 11,7% da região corporal atingida, sendo 9,4% referentes ao membro superior direito e 2,3% ao membro superior esquerdo. Das sete doenças ocupacionais analisadas neste estudo, seis localizaram-se nos membros superiores.

Os acidentes onde a parte atingida foram os olhos ocorreram em consequência do contato com substância química, contato com fluido corporal e corpo estranho. A utilização de máscara facial protege contra contaminação e lesões provocadas por partículas e respingos (BRASIL, 2001). Um dos acidentes ocorreu com a enfermeira no expurgo do Centro cirúrgico, quando a trabalhadora foi abrir uma máquina de lavar instrumental cirúrgico que estava em funcionamento, e as substâncias químicas, fluidos corporais e sangue espirraram nos olhos, ocasionando conjuntivite e possibilidade de contaminação. Na análise do acidente foi apurado que a máquina em questão era automática e por defeito de fabricação não interrompeu suas atividades quando a porta foi aberta, ao contrário do que era esperado pela profissional que a manipulava.

O único caso de relato no qual o acidentado foi atendido fora do HCE, caracteriza-se por acidente de trajeto dentro do ônibus circular, no qual a região corporal atingida foi o crânio, e este trabalhador foi diretamente removido pela empresa de ônibus para atendimento no serviço público. Na incidência da região corporal atingida, o crânio, pela tabela 20, aparece com 2,8%.

Não se observou nas descrições das CAT, nenhum acidente que exigisse assistência médica de grande complexidade, apenas em um caso houve a necessidade de cirurgia, descrita anteriormente nos acidentes de trajeto. Não houve descrição de perda de segmentos corporais, de amputação, ou de lesão que implicasse risco de morte para o trabalhador.

Foram encontradas CAT com data de abertura posterior a data do acidente. Nestes casos havia uma carta explicativa, justificando o atraso de abertura. As justificativas estão relacionadas à recusa dos trabalhadores em se

submeter ao fluxo burocrático de entrega deste documento nos postos de saúde. Além da dificuldade concernente ao fluxo de entrega do instrumento oficial para descrição do acidente, a CAT dificulta a realização da investigação. PARADA; ALEXANDRE; BENATTI (2002) relatam a dificuldades em trabalhar com a CAT, devido a preenchimento incompleto e de forma não padronizada.

Caso a CAT contivesse maior detalhamento da descrição do acidente, facilitaria a análise da causa do acidente, assim como a adoção de medidas corretivas e preventivas.

TABELA 21 - Distribuição dos acidentes segundo a natureza da lesão, Campinas, 1996 – 2000.

NATUREZA DA LESÃO	n	%
Ferimento perfurante	52	24,4
Contusão	52	24,4
Ferimento cortante	36	16,9
Escoriação, abrasão	19	8,9
Entorse, distensão	18	8,5
LER/DORT	7	3,3
Conjuntivite	7	3,3
Fratura	5	2,3
Queimadura	4	1,9
Corpo estranho	3	1,4
Cervicodorsolombalgia	2	0,9
Distensão muscular	2	0,9
Luxação sem fratura	2	0,9
Outra	4	1,9
TOTAL	213	100

Na análise do acidente do trabalho, segundo o diagnóstico da lesão e de acordo com a tabela 21, os ferimentos perfurantes - 24,4% e as contusões - 24,4%, apareceram com maior frequência. Os ferimentos perfurantes que em outro ramo de serviço poderiam ser categorizados como lesão leve, pois

aparentemente não ocasionam nenhuma seqüela estética, na área hospitalar não podem ser assim considerados, por estarem intimamente relacionados com a possibilidade de contaminação com material biológico. A relação entre a parte do corpo atingida e a função que o trabalhador exerce é evidente. Isto pode ser concluído, vinculando-se os resultados sobre a categoria que mais se acidentou, a da enfermagem, com os objetos do tipo perfurocortante na execução das atividades relacionadas à função.

As contusões com 24,4%, as escoriações e abrasões com 8,9%, as entorses e distensões com 8,5% destacaram-se neste estudo devido à ocorrência de quedas nos acidentes de trajeto - 18,3%, nos corredores internos - 8,5% e no pátio externo do hospital - 1,4%.

Os ferimentos cortantes - 16,9% foram decorrentes da manipulação de objetos cortantes - 16%, como já citado anteriormente, principalmente no setor de nutrição e dietética - 15,5%.

Apesar das Lesões por esforços repetitivos/Doença osteomuscular relacionada ao trabalho representarem apenas 3,3% do total das lesões, as mesmas foram as que apresentaram os maiores índices de afastamento. ESTRYN-BEHAR et al. (1990) analisando as relações entre as condições de trabalho e vários aspectos da saúde de trabalhadoras da área hospitalar em um grande hospital de Paris, detectou que a principal causa de licenças no trabalho foram problemas músculo-esqueléticos, que afetaram 16% das mulheres. Dores nas costas foram descritas por 47% das mulheres, e 28% delas passaram por tratamento de distúrbios músculo-esqueléticos. Foram consideradas como medidas de avaliação condições de trabalho como: estar em pé por mais de seis horas por dia, inclinar-se por mais que dez vezes a cada hora e manter postura sem conforto, levantar pesos acima de 15 quilos, levantar pacientes mais que dez vezes ao dia, arrumação de camas - normalmente ou freqüentemente - e deslocar camas ou móveis por mais que dez minutos a cada dia. Também foram considerados fatores como idade, obesidade, número de filhos, atividade física, nível de ocupação, número de horas trabalhadas na ocupação e saúde mental.

Estes resultados, segundo a autora, demonstram a necessidade de reavaliar a carga de trabalho nos hospitais. SILVA (1996) também relata que os problemas ósteomúsculoarticulares representaram as maiores frequências de afastamento, cerca de 54%. Na descrição de uma das CAT do HCE, este tipo de lesão provocou alterações comportamentais na vítima, uma trabalhadora do setor de lavanderia, que foi afastada por problemas musculares e não retornou ao trabalho. Vários autores têm destacado as lesões referentes ao sistema osteoarticular, principalmente as que comprometem a coluna vertebral (SANTOS et al., 1989; SILVA et al, 1996). Estas lesões podem ser atribuídas a uma jornada excessiva ou sobrecarga de trabalho. Alguns autores, como ALEXANDRE (1993) e BENATTI (1997) relatam que o trabalhador de enfermagem é suscetível a lesões nas costas pela característica de seu trabalho: transporte de pacientes, movimentação de equipamentos, queda e postura inadequada. Em relação a esta mesma categoria PARADA; ALEXANDRE; BENATTI, (2002) em estudo retrospectivo do 1990 a 1997, verificam que entre as diferentes categorias da enfermagem, as lesões ocupacionais que afetam diretamente a coluna vertebral ocorreram com os atendentes de enfermagem, principalmente durante a manipulação de equipamentos e pacientes e seu agente causador foram os pisos escorregadios, que acarretaram quedas, além da manipulação de pacientes obesos e dependentes. MARZIALE (1995) em estudo das condições ergonômicas em unidades de internação hospitalar, com base no relato dos trabalhadores da categoria de enfermagem, em relação às atividades que executam, detectou que a movimentação de pacientes acamados foi considerada como o mais desgastante dos procedimentos realizados. As autoras atribuem este desgaste a fatores como inadequação de mobiliário e postura dos trabalhadores (ALEXANDRE; SILVA; ROGANTE, 2001).

O acidente do trabalho, que lesiona o trabalhador, é decorrente de um conjunto de circunstâncias que podem estar relacionadas com os componentes da tarefa ou com a tarefa em si. Dada a grande variedade de tarefas existentes, ALMEIDA (1995) afirma que os modos operatórios muitas vezes são inexistentes, sendo as tarefas caracterizadas como anárquicas e sem provisão de recursos a

serem utilizados. Cabe salientar que a descrição das etapas que compõem o processo de trabalho deveria contemplar a possibilidade de perturbações no curso da atividade habitual. Os incidentes que podem ocorrer durante a realização das tarefas poderiam estar previstos e identificados nas normas dos procedimentos da atividade de modo que pudessem ser revertidos para condições de maior segurança.

Vale ressaltar que a interpretação subjetiva dos dados encontrados na tabela 21 “fala” - muitas vezes - de um trabalhador lesado, com seus deveres “em dia”, mas com seus direitos usurpados que se vê obrigado a percorrer uma trajetória marcada por vários contratempos e pela burocracia, desrespeitado pela previdência.

TABELA 22 - Distribuição do número de acidentes por trabalhador, Campinas, 1996-2000.

Nº ACIDENTES/TRAB.	n	%
1	142	81,2
2	29	16,6
3	3	1,7
4	1	0,6
TOTAL	175	100

Pela tabela 22, observa-se que 18,9% dos trabalhadores foram vítimas de dois ou mais acidentes, e que um trabalhador acidentou-se quatro vezes no período de cinco anos.

A seguir serão discutidos resultados da distribuição dos acidentes dos trabalhadores de pelo menos dois deles.

O anexo G propicia observar que os setores nos quais houve maior número desses acidentes vítimas de dois ou mais acidentes foram a UTI e o

Centro Cirúrgico, com 19,7% e 18,3 % respectivamente; destacando-se como causa ou objeto causador, o trauma - 22,5%, o objeto perfurante - 16,9 %, e as quedas - 16,9 %. Os acidentes típicos representaram 71,8%, enquanto os de trajeto 25,3%. O anexo G, aponta que a causa ou objeto causador dos acidentes em trabalhadores vítimas de dois acidentes, foi trauma ou esforço físico em 25,9% dos casos, seguido por perfuração em 20,7% dos casos. Dos nove acidentes que acometeram os três trabalhadores, 55,6% foram por queda ou escorregão ou torção (anexo G). Dos quatro acidentes que aconteceram com um único trabalhador no período de cinco anos observa-se que dois deles foram em decorrência de acidente de trânsito, sendo um em função de uma queda, e um por trauma ou esforço físico (anexo G). Não foi identificado relação entre os acidentes.

Distinguindo-se dos resultados desta pesquisa, SUBERO; FERNANDEZ; CASTIEL (1987) concluem que o fato de que 40% dos acidentados já terem sofrido acidentes, determina a responsabilidade direta do fator humano dentro da cadeia de causalidade dos acidentes.

Foi realizado um estudo retrospectivo, descritivo das ocorrências de acidentes do trabalho em um hospital da rede privada de Campinas. O período investigado foi de 1º de janeiro de 1996 a 30 de dezembro de 2000. Foram constatados 213 acidentes.

As informações retrospectivas foram obtidas através de um formulário construído com informações provenientes das CATS, de trabalhadores vítimas de acidentes do trabalho pertencentes ao HCE. Estes acidentes foram descritos quanto aos aspectos epidemiológicos, com uma análise de fatores inerentes.

Este estudo possibilitou a discussão de resultados analisando dados dos acidentados, dados dos acidentados na instituição campo de estudo e dados relativos aos acidentes ocorridos, com os seguintes resultados:

Em relação a dados dos acidentados

- Os acidentes ocorreram predominantemente com trabalhadores na faixa etária idade de 19 – 29 anos.
- Observa-se um risco discretamente maior para a ocorrência de acidentes em trabalhadores do sexo feminino - 77%. No HCE, 73% do quadro de trabalhadores pertence ao sexo feminino.
- A percentagem de acidentados casados foi de 58,7%.

- A grande maioria dos acidentes ocorreu com trabalhadores residentes na cidade de Campinas.

Dados dos acidentados na instituição campo de estudo

- Constatou-se que dos acidentes estudados, a percentagem de acidentados que ganhavam até 10 salários foi de 86,9%.
- Dos acidentes analisados a categoria profissional proporcionalmente mais atingida foi a do auxiliar de enfermagem - 30%, seguindo-se a do auxiliar de serviços gerais - 20,2%.
- Em relação aos trabalhadores de enfermagem, a categoria proporcionalmente que mais se acidentou foram os auxiliares de enfermagem – 68,9%.

Dados referentes aos acidentes

- Observa-se uma queda no número de acidentes com o passar dos anos, sendo observado uma redução de 77% no número de acidentes por funcionário, passando de 0,121 acidentes por funcionário no ano de 1996, para cerca de 0,028 em 2000. Em comparação com outros hospitais o acidente de trajeto tem valor significativo - 18,3% tendo sido observado que 38,2% destes episódios estão relacionados com o transporte coletivo.
- O maior número de acidentes de trajeto ocorreu com trabalhadores residentes na cidade de Sumaré.
- O número de acidentes em relação aos dias do mês foi distribuído na seguinte ordem: do dia 01 ao dia 10 - 29,1%; de 11 a 20 - 37,6% e de 21 a 31 - 33,3%.
- Os maiores índices de acidentes foram nos meses de outubro - 12,2% e julho - 11,7%.
- O horário de maior acidentalidade foi das 11: 00 às 12:00 horas.

- Quanto ao tempo decorrido desde o início da jornada do trabalhador, o pico de acidentes foi entre 0 e 3 horas depois de iniciado o trabalho.
- Como a maior percentagem foi de acidentes típicos -77,9%, os acidentes em geral não tiveram afastamento - 57,3%.
- Quanto aos setores de trabalho, o maior número de ocorrências de acidentes foi com funcionários pertencentes ao Serviço de Nutrição e Dietética - 15,5%, e das unidades de internação - 14,6%.
- Dos acidentes estudados o setor de atuação da enfermagem com maior accidentalidade foi a UTI, com 29,2%.
- Os dados analisados indicam que 70% dos acidentes aconteceram nas unidades de trabalho, 18,3% foram acidentes de trajeto, 8,5% nos corredores internos do hospital, 1,4% no pátio externo do hospital e 1,8% em outros locais.
- O quarto do paciente, em especial o leito, foi o local de maior accidentalidade, com 29,2% dos casos. Seguem-se a sala cirúrgica, com 13,8%, e o expurgo, com 9,6%.
- A causa ou o objeto causador do maior índice de acidentes foi o material perfurocortante, principalmente as agulhas - 40,4%. O abandono de agulhas no ambiente de trabalho foi responsável por 14,3% desses acidentes.
- A região corporal de maior ocorrência de acidentes foram os membros superiores (mão e dedos) com 49,3% dos casos. O diagnóstico provável mais encontrado foi ferimento perfurante e ferimento cortante - 41,3% e abrasão, contusão, escoriação com 33,3%.
- Foram 33 trabalhadores vítimas de dois ou mais acidentes, a maioria na UTI.

As idéias discutidas e os comentários efetuados até esta parte do texto permitem algumas conclusões sobre procedimentos capazes de facilitar o surgimento de condições capazes de prevenir e evitar os acidentes do trabalho.

Tais idéias e considerações foram apresentadas em função dos conceitos baseados em três categorias fundamentais - objetivos, meios e colocação em prática desses meios, sempre tendo presente que é imprescindível a manutenção da coerência entre eles. Essa ligação recíproca é, então, vista como condição sem a qual não será possível a consecução do que se pretende.

Os objetivos deste trabalho devem ser considerados nos níveis geral e específico. Do ponto de vista prático, as pretensões individuais devem significar a diminuição do acidente do trabalho tendo presente, em todo tempo, o princípio maior de beneficiar o trabalhador.

Em um primeiro momento, a simples observação dos números indica que os procedimentos adotados permitiram uma expressiva redução dos acidentes, conforme demonstrado nos resultados.

Entretanto, essa observação refere-se apenas a visão inicial, já que, através dela, não se pode contemplar a explicação do princípio maior. É imprescindível avançar com esse propósito, pensar nos meios e na sua aplicação. E aqui se distingue os referenciais: conscientização, formas organizacionais e recursos materiais. Acredita-se que estes referenciais possam ter sido responsáveis pela diminuição dos acidentes do trabalho da instituição estudada.

Na opinião da autora do presente trabalho deve haver uma continuidade no estudo da ocorrência de acidentes do trabalho na área hospitalar, e dos fatores envolvidos, no sentido de priorizar o ser humano. Com isso concentrar esforços e uma maior atenção à participação dos trabalhadores da área da saúde quanto ao reconhecimento e minimização dos riscos no ambiente de trabalho, da geração de alternativas de solução para uma constante prática dos dispositivos de segurança, da melhora do ambiente e da organização do trabalho, por parte de todos os segmentos envolvidos.

Employment-description of the accident in private hospital: study of the occurrence in five years

The accidents of work have been study object for professionals who work in the of Workers' Health area. Fully experiencing such problem is to know the consequences that they bring about to the health of the worker and to the productive process of an enterprise. Nowadays, when the conquest of the citizenship has been increasing, it is impossible, in the daily dynamics of work, to ignore that accidents and the series of damages they cause are part of reality. This work - done by a professional in the area - analyzes the epidemiological aspects of accidents of work at a private hospital institution in Campinas, São Paulo, from January 1st, 1996 through December 31st, 2000. Its purpose is to compare its results with the available literature - whose referentials are the public institutions - and to present suggestions for reduction of accidents of work. The accidents were approached from the humanist point of view which has the human being as its highest priority. Emphases were given to the epidemiological aspects connected to the affected population, temporal distribution, missed days of work and the place where the accidents happened. The instrument used for the collection of data was the ACCIDENT OF WORK REPORT (AWR). From the studied variables it is possible to state that the risk of accidents of work is discreetly bigger for female workers; thus being, it was necessary to ponder the woman's role in the society.

The nurse aid showed they are more accident-prone, which led to an analysis of the work features of this category. Other two relevant points to be mentioned here are: the high level of passage accidents and the fact that the place with the highest number of accident occurrences was the Nutrition and Dietary Service area. Due to the hospital management model, it is clear the significant and increasing fall in the absolute number of accidents during the elapsed time approached by this study. In order to evaluate such important trend, the referentials and the forms of action which delineate the adopted management model were extracted. They are: awareness, organizational forms and material resources. We believe that this study will aggregate value for future changes in the present situation.

KEYWORDS: Hospital, Workers' Health, Accidents Of Work.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

8

ALEXANDRE, N.M.C. Avaliação de determinados aspectos ergonômicos no transporte de pacientes. Ribeirão Preto, 1987. 114p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

ALEXANDRE, N.M.C. Contribuição ao estudo das cervicodorsolombalgias em profissionais de enfermagem. Ribeirão Preto, 1993. 185 p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

ALEXANDRE, N.M.C; ANGEMARI, E.L.C.; MOREIRA FILHO, D.C. dores nas costas e enfermagem. Rev. Esc. Enf. USP, v. 30, n.2, p. 267-285, 1996.

ALEXANDRE, N.M.C; SILVA, F.B. da; ROGANTE, M.M. Aparatos utilizados em la movilización de pacientes: um enfoque ergonômico. Rev. ROL Enfermeria, v.9, n. 43, p. 19-23, 2001.

ALMEIDA, I. M. Desvendando a Zona de Sombras dos Acidentes do Trabalho. São Paulo, 1995. 132p. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.

AMATO, N.; PASTERNAK, J. AIDS – Amores, transtornos e desgraças. São Paulo, Livraria Pioneira, 1994.

BEEKMANN, S.E.; FAHEY, B.J.; GERBERDING, J.L.; HENDERSON, D.K. Risk business: using necessary imprecise casualty counts to estimative occupational risks for HIV –1 infection. Infect. control. hosp. epidemiol., 11(7): 371-9, 1990.

BENATTI, M.C.C. Acidente do trabalho em um hospital universitário: Um estudo sobre a ocorrência e os fatores de risco entre os trabalhadores de enfermagem. São Paulo, 1997. 239p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

BENATTI, M.C.C.; NISHIDE, V. M. Elaboração e implantação do mapa de riscos ambientais para prevenção de acidentes do trabalho em uma unidade de terapia intensiva de um hospital universitário. Rev. Lat. Am. Enf., v.8, n. 5, p. 13-20, 2000.

BERGAMO, M.; MARCELINO, K.; GARRIDO, L. da S. Procedimentos técnicos básicos na prevenção da “AIDS” num centro cirúrgico de grande porte. Rev. Bras. Enf., v.41, n.2, p. 155-60, 1988.

BÍBLIA, N.T. Apocalipse. Português. Bíblia sagrada. Reed. Versão de João Ferreira de Almeida de Figueiredo, São Paulo, Ed. Das Américas, 1969, v. 12-14, p. 295.

BRANDI, S; BENATTI, M.C.C.; ALEXANDRE, N.M.C. Ocorrência de acidente do trabalho por material perfurocortante entre trabalhadores de enfermagem de um Hospital Universitário da cidade de Campinas, estado de São Paulo. Rev. Esc. Enf. USP. v.32, n.2, p. 124 –33, ago., 1998.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e Normas regulamentadoras em pesquisas em seres humanos. Resolução Nº 196 de 10 de outubro de 1996. O mundo da saúde. Jan./fev. 1997 . v.21, n.21.

BRASIL. Normas Regulamentadoras. In: Segurança e medicina do trabalho. 48 ed. Atlas: São Paulo, 2001.

BULHÕES, I. Riscos do trabalho de enfermagem. 2º ed. Rio de Janeiro: Folha Carioca, 1998.

BUSCHINELLI, J.T.P., ROCHA, L.E.; RIGOTTO, R.M. Isto é trabalho de gente?: vida, doença e trabalho no Brasil. Petrópolis, Vozes, 1994.

CAMPANHOLE, A; et al. Consolidação das Leis do Trabalho. São Paulo, Atlas, 93ª edição, 1995.

CARDO, D.M. et al and the NaSH Surveillance Group CDC, Atlanta, GA, Exposures to blood and bloodborne pathogens among health care workers. In: INTERNATIONAL CONFERENCE ON EMERGING INFECTIOUS DISEASES, Atlanta, 1998. Abstracts. Atlanta, 1998. p.146.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Updated U. S. Public Health Service Guidelines for the Management of Occupational Exposure to HBV, HCV, and HIV and Recommendations for Postexposure Prophylaxis. MMWR morb Mortal wkly rep, v. 50, n. RR –11, p. 1- 42, 2001.

CHIARELLO, L.A. Selection of needlestick injuries prevention devices: a conceptual framework for approaching product evaluation. Am. j. infect. Control., 23 (6): 386-95, 1995.

CNBB. O mundo do trabalho: desafios e perspectivas. São Paulo, Paulinas, p.21, 1992.

CONCÍLIO VATICANO II Gaudium et Spes. Constituição Pastoral do Concílio Vaticano II sobre a Igreja no mundo hoje. São Paulo, Paulinas, 1991.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM – SP. Informações sobre profissionais de enfermagem por categoria. <dpd1@corensp.org.br> [mensagem pessoal]. Mensagem pessoal recebida por <patriciahvc@mpc.com.br> em 12 de dezembro de 2001.

COHN, A. et al. Acidentes do trabalho: uma forma de violência. São Paulo, Brasiliense, 1985.

DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola Ddjouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo, Editora Atlas S. A. 1994.

DE LUANE, S. Risk reduction through testing secreening and infection control on Teraphy Intensive – with emphasis on needdlestick injuries. Infect. Control Hosp. Epidemiol., v. 11, n. 10, p. 563-5, 1990.

DWYER, T. Life and death at work: industrial accidents as a case of socially produced error. New York, Plenum, 1991.

ESTRYN-BEHAR, M. et al. J. Strenuous working conditions and muscle-skeletal disorders among female hospital workers. Occup. Environ. Health, v.62, n.1, p. 47-57, 1990.

ESTRYN-BEHAR, M. Ergonomia hospitalar. Rev. Enf. UERJ, v. 4, n. 2, p. 247-256, 1996.

FÁVERO, M; LUCCA, S.R.; LEME, A.M.A.T. Aspectos Epidemiológicos dos Acidentes de trabalho em um hospital. Rev. Bras. Saúde Ocup., São Paulo, v.84, p.29-39, 1994.

FONSECA, R.M. et al. Riscos Ocupacionais e morbidade m um hospital geral. In: CONGRESSO DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES DO TRABALHO. Anais. São Paulo, Fundacentro, 1982.

FRANCO, A.R. Estudo preliminar das repercussões do processo de trabalho sobre a saúde dos trabalhadores de um hospital geral. Ribeirão Preto, 1981. 202p. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

FUNDEN. Manual de Salud Laboral: série enfermagem. El riesgo profesional. Madrid, cap. 4, p. 93-98, 1996.

GARCIA, E. et al. Aproximación al conocimiento de los accidentes de trabajo en el hospital: ano 1980. Medicina y seguridad del Trabajo. v. 29, n. 116, p.142-154, 1980.

GARNER, J.S. Guideline for Isolation Precautions in Hospitals. Infect. control. hosp. epidemiol., 17 (1): 53-73, 1996.

GESTAL, J.J. Occupational hazards in hospitals: accidents, radiation, exposure to noxious chemicals, drug addiction and psychic problems, and assault. Br J ind Med, v. 44, p. 510 - 520, 1987.

GATTO, M.A.F. Incêndio em centro cirúrgico. São Paulo, 1989. 182p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de São Paulo, Universidade de São Paulo.

GOMES, J.R. Saúde Ocupacional no hospital. Rev. Paul. Hosp., v. 22, n.6, p. 274-6, 1974.

GOMES, D.L.S. Estudo dos riscos à saúde das pessoas que trabalham na enfermagem hospitalar. Rev. Paul. Hosp., v. 34, p. 85-93, abr/jun., 1986.

HALE, A.R.; HALE, M.A review of the industrial accident research literature. London, Her Majestys Stationery Office, 1972 (Committee on Safety and Health at work Research Papper).

HENDERSON, D.K. Postexposure prophylaxis for occupational exposures to hepatitis B, hepatitis C, and Human Immunodeficiency Virus. Surg. clin. North América, 75 (6): 1175-87, 1995.

HEGEL, G.W.F. Introdução a História da Filosofia. São Paulo, Hemus, p.11, 1976.

HOYOS. C.G. & ZIMOLONG, B. Occupational safety and accident prevention: behavioral strategies and methods. Amsterdam, Elsevier, 1988.

- KILBON, A.; MESSING, K.; THORBJORNSSON, C.B. Women's health at work. National institute for Working Life, Sweden, 1998.
- KJELLÉN, U. Prevention of accidents through experience feedback urban. Taylor & Francis, New York, 2000.
- LAURELL, A.C. A saúde-doença como processo social. In: NUNES, E.D. Medicina Social: aspectos históricos e teóricos. São Paulo, Global, cap.4, p.133-58, 1983.
- MACHADO, A.A. et al. Riscos de infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) em profissionais da saúde. Rev. Saúde Públ., v. 26, n.1, p.54-6, 1992.
- MARZIALE, M.H.P. Condições ergonômicas da situação de trabalho, do pessoal de enfermagem, em uma unidade de internação hospitalar. 1995. 163f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- MARZIALE, M.H.P.; KOURROUSKI, M.F.C.; ROBAZZI, M L. do C.C. Riscos de acidentes no trabalho de enfermagem em centro cirúrgico. Rev. Enf. UERJ, v. 8, n. 2, p. 114 – 120, 2000.
- MARX, K. O capital. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, Livro I, volumes I e II, p.81, 1968.
- MCGIBBON, G. How to make a questionnaire work. Nurs Times, v. 93, n. 23, p.46-48, 1997.
- MELTZER, I. E. et al. Enfermagem na Unidade Coronariana. São Paulo: Atheneu, 1984, p. 149.
- MONTEIRO, M.S; CARNIO, A. M.; ALEXANDRE, N.M.C. Acidentes de trabalho entre o pessoal de enfermagem de um hospital universitário. Rev. Bras. Enf., v.40, n.3, p. 89-92, 1987.

MORRONE, L.C.; OLIVEIRA, M.G. Acidentes de trabalho em um hospital. In: CONGRESSO NACIONAL DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES DO TRABALHO, 17, São Paulo, 1978. Anais. São Paulo, Fundacentro, 1978. P.345-51.

MOURA, M. L. P. et al. A força de trabalho em enfermagem no Estado de São Paulo. São Paulo, COREN/ABEn, 1996.

MULHERES que chefiam famílias já são 11 milhões. Correio Popular. Campinas, 20 de dez. 2001. p.B5.

NATIONAL INSTITUTE FOR OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH. Guidelines for protecting the safety and health care workers. United States, 1988. Disponível em: < [http:// www.cdc.gov/niosh/hcwold1.html](http://www.cdc.gov/niosh/hcwold1.html)>. Acesso em: 10 set. 2001

NATIONAL INSTITUTE FOR OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH. Guidelines for protecting the safety and health care workers. United States, 1998. Disponível em: < [http:// www.cdc.gov/niosh/hcwold1.html](http://www.cdc.gov/niosh/hcwold1.html)>. Acesso em: 15 jan. 2002.

NATIONAL SAFETY COUNCIL. Manual de prevención de accidentes para Operaciones industriales. Madrid, Editorial Mapfre, 1979.

NICHOLS, T. The sociology of accidents and the social production of industrial injury. In ESLAND, G. et al (eds) People and Work. Edinburgh and Milton Keynes, Holmes McDougal and Open University Press, (pages 217-29),1975.

NICOLETE, M.G.P. Acidentes de trabalho: Um estudo do conhecimento e ocorrência acidentária entre trabalhadores de enfermagem de um hospital geral do Rio Grande do Norte. Ribeirão Preto, 2001. 166. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

NISHIDE, V. M. Riscos Ocupacionais e acidentes do trabalho: uma realidade em unidade de terapia intensiva. Campinas, 2002. 116. Dissertação (Mestrado) – Departamento de enfermagem, Universidade de Campinas.

NISHIDE, V.M.; MALTA, M.A.; AQUINO, K.S. de Aspectos organizacionais em UTI. In: CINTRA, E.A.; NISHIDE, V.M.; NUNES, W.A. Assistência de enfermagem ao paciente crítico. São Paulo: Atheneu, 2000, cap. 2, p. 13-27.

NOGUEIRA, D.P. Trabalho de mulheres. Rev. Bras. Saúde Ocupac., São Paulo, 38 (10); 12-6, 1982.

NOGUEIRA, D.P.; AZEVEDO, C.A.B. Absenteísmo-doença em mulheres. Rev. Bras. Saúde Ocupac., São Paulo, 38 (10): 48-51, 1982.

ODA, L.M.; ROCHA, S.S. da; TEIXEIRA, P. AIDS ocupacional: mitos e verdades. Rev. Bras. Saúde Ocup., v. 23, n. 87/88, p. 57-68, 1997.

ODDONE, I. et al. Ambiente de trabalho: a luta dos trabalhadores pela saúde. São Paulo: Hucitec, 1986.

OGGUISO, T.; SCHIMDT, M.J. A enfermagem e a insalubridade. Rev. Paul. Enf., v. 4, (2) : 43-48, 1984.

OLIVEIRA, J. Consolidação das Leis do Trabalho. São Paulo, Saraiva, 1998.

PARACCHINI, S.A.; ROBAZZI, M.L.C.C. Serviço de enfermagem: Um estudo sobre absenteísmo. In: ENCONTRO NACIONAL DE ENFERMAGEM DO TRABALHO, 2º ed., São Paulo, 1986.

PARADA, E.O.; ALEXANDRE, N.M.C.; BENATTI, M.C.C. Lesões ocupacionais afetando a coluna vertebral em trabalhadores de enfermagem. Rev. Lat. Am. Enf., v.8, n.10, p. 64-69, 2002.

PELLOSO, N. Controle médico dos trabalhadores do sexo feminino. In: CENSO DE MEDICINA DO TRABALHO. São Paulo. FUNDACENTRO, 1979.

PESSOA, E. A Humanidade e o futuro. São Paulo, Alínea, 2000.

PESSOA, X.C. Sociologia da Educação. São Paulo, Alínea, 2001.

- PITTA, A.M.F. Hospital: dor e morte como ofício. São Paulo, Hucitec, 1990.
- PITTA, A.M.F. Saúde mental e trabalho: a saúde de quem trabalha em saúde. J. BRAS. Psiqu., v.41, n.1, p.43-50, 1992.
- POLIT, D.F.; HUNGLER, B.P. Qualidade dos dados. Fundamentos de pesquisa em enfermagem. Porto Alegre, Artes Médicas, 1995.
- POSSAS, C.A. Saúde e trabalho: a crise da previdência social. Rio de Janeiro, Graal, 1981.
- QUEIROZ, V.M. Acidentes de trabalho nos hospitais. Rev. Paul. Enf., São Paulo, 23-5, 1981.
- REZENDE, M.R.; FORTALEZA, C.M.C.B. Risco ocupacional entre profissionais da área de saúde e medidas de proteção. In: COLOMBRINI, M.R.C.; FIGUEIREDO, R.M. de ; PAIVA, M. C. de. Leito-dia em Aids: Uma experiência multiprofissional. São Paulo, Atheneu, 2001, cap. 13, p. 139-157.
- RIBEIRO, H. O Programa 5S. PDCA Consultoria em qualidade, São Paulo, 1999.
- RIBEIRO, H. P.; LACAZ, F. A. C. (org.). De que adoecem e morrem os trabalhadores. São Paulo, Diesat, 1984.
- RISCO BIOLÓGICO. Riscobiológico.org – Equipamento de Proteção Individual. Disponível em:< <http://www.riscobiológico.org/epi.html>>. Acesso em 25 jul. 2001.
- RISCO BIOLÓGICO. Riscobiológico.org – Procedimentos clínicos. Disponível em:< <http://www.riscobiológico.org/epi.html>>. Acesso em 25 jul. 2001.
- ROGERS, COX, A.R. Expanding horizons. Integrating environmental health in Occupational health nursing. AAOHNJ, v. 46, n.1, p. 9-13, 1998.
- SANTOS, W.D.F. dos et al. Acidentes típicos de trabalho em pessoal de Enfermagem: fatores associados. Rev. Bras. Saúde Ocup., v. 17. n. 68, p. 38-42, 1989.

SARQUIS, L.M.M. Acidentes do trabalho com instrumentos perfurocortantes: ocorrência entre os trabalhadores de enfermagem. São Paulo, 1999, 138p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

SEGURANÇA e medicina do trabalho. 43 ed., São Paulo, Atlas, 1999.

SHIMIZU, H.E.; CIAMPONE, M.H.T. Sofrimento e prazer no trabalho vivenciado pelas enfermeiras que trabalham em unidades de terapia intensiva em um hospital escola. Rev. Enf. Usp., v. 33, n.1, p. 95 – 106, 1999.

SILVA, A. et al. Estudo sobre os acidentes de trabalho ocorridos com a equipe de enfermagem em unidade de centro cirúrgico de um hospital geral. São Paulo. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM EM CENTRO CIRÚRGICO, 2, São Paulo, 1995. Anais. São Paulo, Sociedade Brasileira de Enfermagem de Centro Cirúrgico, 1995, p. 94-102.

SILVA, V.E.F. Estudo sobre acidentes de trabalho ocorridos com trabalhadores de enfermagem de um hospital de ensino. São Paulo, 1988, 176p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de São Paulo, Universidade de São Paulo.

SILVA, V.E.F. O desgaste do trabalhador de enfermagem. Estudo da relação trabalho de enfermagem e saúde do trabalhador. São Paulo, 1996, Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de São Paulo, Universidade de São Paulo.

SOUZA, M. Acidentes ocupacionais e situações de risco para a equipe de enfermagem: um estudo em cinco hospitais do município de São Paulo. São Paulo, 1999, 163 p. Tese (Doutorado) – Departamento de Enfermagem, Escola Paulista de Medicina.

SUBERO, R.C.; FERNANDEZ, F.C.; CASTIEL, J.F. A acidentalidade laboral em um hospital geral. Saúde Trabalho, São Paulo, vol. 1, n.3, p. 176-81, 1987.

STACCIARINI, J.M.R.; TRÓCOLLI, B.T. O estresse na atividade ocupacional do enfermeiro. Rev. Lat. Am. Enf., v. 9, n. 2, p. 17 – 25, 2001.

SURRY, J. Industrial accident research. A Human Engineering Apraisal. Toronto, Ontario, Labour Safety Council. Ontario Departament of Labour, 1971.

VALTORTA, A. Acidentes do trabalho no triênio 1983/1985, num hospital geral. Fundacentro. Atualidades em Prevenção de Acidentes. São Paulo, 19 (222): 12-6, 1988.

VARGAS, G.O.P. Análise das Atividades de Segurança e Higiene do Trabalho nos Hospitais de Porto Alegre. Rev. Paul. Hosp., v.29, p.267-280, 1981.

VOROBOW, G. Prevenção de acidentes no hospital. Rev. Paul. Hosp., v.23, n.5, p. 198-203, 1975.

ZANON, E.; MARZIALE, M.H.P. Avaliação da postura corporal dos trabalhadores de enfermagem na movimentação de pacientes acamados. Rev. Esc. Enf. USP, v. 34, n. 1, p. 26 – 36, mar. 2000.

ZUCKERMAN, A.J. Occupational exposure to hepatitis B virus and human immunodeficiency virus: a comparative risk analysis. Am J Infect control, v. 23, n.5, p. 286 – 289, 1995.

ANEXOS

9



PREVIDÊNCIA SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DO TRABALHO — CAT
(Ler atentamente as orientações, no verso, antes do preenchimento)

I - EMITENTE	Empregador	3. Razão Social/Nome		1. Existente ☐ 2. Sindical 3. Médico 1. Empregador 2. Sindical 3. Médico 4. Segurado ou dependente 5. Autoridade pública		2. Tipo de CAT ☐ 1. Início 2. Reabertura 3. Comunicação de Óbito em ____/____/____		
		6. Endereço Rua/Av./Nº/Comp. Bairro		4. Tipo ☐ 1. CNPJ 2. CEI 3. CPF 4. NIT 5. CNAE		7. Município 8. UF 9. Telefone ()		
	Acidentado	10. Nome		11. Nome da mãe		15. CTPS Série Data de Emissão 16. UF		20. Remuneração mensal
		12. Data de nasc. 13. Sexo ☐ 14. Estado Civil ☐ 1. Masc. 3. Fem. 1. Solteiro 2. Casado 3. Viúvo 4. Sep. Judic. 5. Outro 6. IGN		17. Carteira de identidade Data Orgão Exp. 18. UF 19. PIS/PASEP		21. Endereço Rua/Av./Nº/Comp. Bairro CEP 22. Município 23. UF 24. Telefone ()		
		25. Nome da ocupação 26. CBO		27. Filiação à Previdência Social ☐ 1. Empregado 2. Trab. Avulso 7. Seg. especial 8. Médico resid. 1. Sim 2. Não 1. Urbana 2. Rural		28. Aposentado? ☐ 29. Área ☐		
		30. Data do acidente 31. Hora do acidente 32. Após quantas horas de trabalho?		33. Houve afastamento? ☐ 1. Sim 2. Não		34. Último dia trabalhado		
	Acidente ou Doença	35. Local do acidente 36. CNPJ		37. Município do local do acidente		38. UF 39. Especif. do local do acidente		41. Agente causador
		40. Parte (s) do corpo atingida(s)		42. Descrição da situação geradora do acidente ou doença		43. Houve registro policial? ☐ 1. Sim 2. Não		
		44. Houve morte? ☐ 1. Sim 2. Não		45. Nome		46. Endereço Rua/Av./Nº/Comp. Bairro CEP 47. Município 48. UF 49. Telefone ()		
		49. Nome		50. Endereço Rua/Av./Nº/Comp. Bairro CEP 51. Município 52. UF 53. Telefone ()		54. Data 55. Hora		
II - ATESTADO MÉDICO	Atendimento	56. Houve internação? ☐ 1. Sim 2. Não		57. Duração provável do Tratamento das		58. Deverá o acidentado afastar-se do trabalho durante o tratamento? ☐ 1. Sim 2. Não		
		59. Descrição e natureza da lesão		60. Diagnóstico provável		61. CID — 10		
	Diagnóstico	62. Observações		63. Recebida Em ____/____/____		64. Código da Unidade		
		65. Número do acidente		66. É reconhecido o direito do segurado à habilitação de benefício acidentário? ☐ 1. Sim 2. Não		67. Tipo ☐ 1. Típico 2. Doença 3. Trajeto		
III - INSS	68. Matricula do servidor		Assinatura do servidor		Notas: 1 - A inexistência das declarações desta comunicação implicará as sanções previstas nos arts. 171 e 299 do Código Penal. 2 - A comunicação de acidente do trabalho deverá ser feita até o 1º dia útil após o acidente, sob pena de multa. 3 - A comunicação do acidente do trabalho rege-se pelo art. 134 do Decreto nº 2.172/97. 4 - Os conceitos de acidente do trabalho e doença ocupacional estão definidos nos arts. 131 a 133 do Decreto nº 1.172/97. 5 - A caracterização do acidente rege-se pelo art. 135 do Decreto nº 2.172/97.			
	Matricula		Assinatura do servidor					

A COMUNICAÇÃO DO ACIDENTE É OBRIGATORIA, MESMO NO CASO EM QUE NÃO HAJA AFASTAMENTO DO TRABALHO.

Código 10.270 - GRÁFICA MUTO LTDA, CAMPINAS - SP - CNPJ 45.988.581/0004-00

INDÚSTRIA BRASILEIRA

Análise de acidentes do trabalho

FICHA DE ANÁLISE DE ACIDENTE

HOSPITAL VERA CRUZ S/A

Data do Acidente: ____/____/____

Hora Acidente: _____ Hora Entrada ou Saída: _____ Horário Trabalho: _____

Nome do Acidentado: _____

Idade: _____ Ocupação: _____ Departamento: _____

Tempo na Empresa: _____ Tempo na Função: _____

ACIDENTE: () COM AFASTAMENTO () SEM AFASTAMENTO

Descrição resumida do Acidente/parto do corpo atingida: _____

O acidente foi comunicado a alguém, logo que ocorrido? () SIM () NÃO

Identifique: _____

Informações do Encarregado: _____

Testemunhas: _____

Testemunhas: _____

CONCLUSÕES:

Atos perigosos que contribuíram para a ocorrência: _____

Condições perigosas que favoreceram a ocorrência: _____

Causa imediata do Acidente: _____

Falhas na Supervisão: _____

Medidas de Segurança a serem adotadas: _____

Outras Observações: _____

DECLARO QUE AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NESTE DOCUMENTO SÃO VERDADEIRAS.

DATA: ____/____/____

ASSINATURA DO ACIDENTADO

AMBULATÓRIO MÉDICO

SEGURANÇA DO TRABALHO

CIPA

Validação do instrumento de coleta
Prevalência de Acidente do Trabalho em um Hospital Particular de Campinas.

Pesquisadora: *Patrícia Carneiro Pessoa Pousa*

Fonte da coleta de dados: Comunicação de acidente do trabalho - C.A.T. , Ficha de análise de acidente do trabalho referentes ao período do 1º semestre de 1996 ao 2º semestre de 2000 e dados do Departamento de Pessoal.

Instrumento de coleta

Nome do funcionário: _____

Número do questionário: _____

1. **Data de nascimento:** __/__/__

2. **Sexo:**

- ☐ Feminino
☐ Masculino

3. **Estado Civil:**

- | | | |
|--------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| ☐ Solteiro | ☐ Casado | ☐ Viúvo |
| ☐ Sep. Judic. | ☐ Outro | ☐ IGN |

4. **Profissão/Nome da Ocupação:** _____

5. **Data do acidente:** __/__/__

6. **Hora do acidente:** _____ horas.

7. **Após _____ horas de trabalho.**

8. **Houve afastamento do trabalho:**

- ☐ Sim
☐ Não

9. **Tempo de afastamento:** _____ dias

10. **Tipo de acidente:**

- ☐ Típico
☐ Trajeto Local: _____
☐ Doença Ocupacional

11. Local do acidente dentro da empresa:

- ☐ unidade de trabalho setor: _____ especificidade do local: _____
☐ corredor interno do hospital
☐ pátio externo do hospital
☐ outro: _____

12. Causa ou objeto causador:

- ☐ objeto perfurante (agulha ou outro: _____)
☐ queda
☐ corpo estranho
☐ objeto cortante (lâmina de bisturi, faca ou outro: _____)
☐ trauma/esforço físico/carregamento de peso
☐ transporte de materiais
☐ impacto contra objeto
☐ contato com fluido corporal
☐ contato com substância química
☐ outro: _____

13. Região corporal da lesão:

- | | | | | |
|--|------------------------------------|---|----------------------------------|-----------------------------------|
| ☐ Olhos | ☐ Face | ☐ Crânio | | |
| ☐ Pescoço | ☐ Tronco | ☐ Sistemas e aparelhos | | |
| ☐ Braço | ☐ Antebraço | ☐ Mão | ☐ direito | ☐ esquerdo |
| ☐ Coxa | ☐ Perna | ☐ Pé | ☐ direito | ☐ esquerdo |
| ☐ Membro superior direito | | ☐ Membro superior esquerdo | | |

Casos dedos 1º (polegar) ☐ 2º ☐ 3º ☐ 4º ☐ 5º ☐

14. Natureza da lesão:

- ☐ Escoriações, contusão, abrasão
☐ Contusão
☐ Entorse, distensão
☐ Luxação com fratura
☐ Luxação sem fratura
☐ Distensão muscular
☐ Ferimento perfurante
☐ Ferimento cortante
☐ Queimadura
☐ Corpo estranho
☐ Conjuntivite
☐ Lesão por esforço repetitivo/DORT
☐ Outra: _____

Campinas, 16 de fevereiro de 2001.

Para:

De: Patrícia Carneiro Pessoa Pousa – Enfermeira do trabalho

Como aluna do curso de Mestrado na Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas, atualmente desenvolvo uma dissertação na área de Saúde do Trabalhador, com o título: **"PREVALÊNCIA DE ACIDENTE DO TRABALHO EM UM HOSPITAL PARTICULAR DE CAMPINAS: ESTUDO DOS FATORES CONTRIBUINTES"**, sob a orientação da Prof. Dra. Maria Cecília Cardoso Benatti.

O objetivo geral desta dissertação é investigar a ocorrência de acidentes do trabalho em uma instituição de saúde de Campinas, interpretando os fatores contribuintes dessas ocorrências.

A autora, que vivência essa realidade, analisará aspectos epidemiológicos dos acidentes do trabalho em uma instituição hospitalar privada de Campinas – São Paulo, no período de 1º de janeiro de 1996 a 31 de dezembro de 2000, objetivando compará-los com resultados constantes da literatura.

Tornou-se então necessário, a elaboração de um instrumento de coleta de dados (em anexo), baseado em informações provenientes de formulários de Comunicação de Acidente do Trabalho - C.A.T., assim com de fichas de análise de acidente do trabalho referentes ao período do 1º semestre de 1996 ao 2º semestre de 2000, além de dados do Departamento de Pessoal da instituição.

Realizou-se o pré teste com este instrumento, propiciando assim algumas modificações no modelo inicial, até que estivesse neste formato atual.

Com a finalidade de validar o instrumento de coleta, em anexo, solicito sua avaliação e possíveis sugestões de alterações. Caso necessite de alguma informação adicional, solicito gentilmente que entre em contato nos seguintes telefones:

Patrícia – 19 37343101 (comercial).
19 37343180 (fax).
19 32387587 (residencial).
EMAIL: patriciahvc@mpc.com.br

Atenciosamente,

Instrumento de coleta

Nome do funcionário: _____

Número do questionário: _____

1. Data de nascimento: __/__/__

2. Sexo:

- ☐ Feminino
☐ Masculino

3. Estado Marital:

- ☐ Solteiro ☐ Casado ☐ Viúvo
☐ Sep. Judic. ☐ Outro ☐ IGN

4. Local de residência:

- ☐ Campinas
☐ Sumaré
☐ Hortolândia
☐ outra cidade: _____

5. Remuneração:

Quantidade de salários mínimos: _____

6. Profissão/Nome da Ocupação: _____

7. Tipo de acidente:

- ☐ Típico
☐ Trajeto Cidade: ☐ Campinas ☐ Sumaré ☐ Hortolândia ☐ Outro
☐ Doença Ocupacional

8. Local do acidente de trajeto:

- ☐ Calçada
☐ Ônibus
☐ Carro
☐ Rua

9. Data do acidente: __/__/__

10. Hora do acidente: _____ horas.

11. Após _____ horas de trabalho.

12. Houve afastamento do trabalho:

- ☐ Sim
☐ Não

13. Tempo de afastamento: _____ dias

14. Setor do acidente do trabalho: _____

15. Especificação do local do acidente na empresa:

- ☐ unidade de trabalho setor: _____ especificidade do local: _____
☐ corredor interno do hospital
☐ pátio externo do hospital
☐ outro: _____

16. Agente causador:

- ☐ objeto perfurante(agulha ou outro: _____)
☐ queda
☐ corpo estranho
☐ objeto cortante (lâmina de bisturi, faca ou outro: _____)
☐ trauma/esforço físico/carregamento de peso
☐ transporte de materiais
☐ impacto contra objeto
☐ contato com fluido corporal
☐ contato com substância química
☐ outro: _____

17. Tipo de objeto perfurante e tipo de objeto cortante

18. Atividades relacionadas com o acidente com material perfurocortante

- ☐ Agulha abandonada
☐ Perfurocortante no lixo
☐ Descartando agulha
☐ Agulha no plug
☐ Cortando alimentos
☐ Lavando material
☐ Arrumando material
☐ Abrindo ampola
☐ Descarte de bisturi
☐ Retirando equipo
☐ Encapando agulha
☐ Lamina abandonada
☐ Manipulando tubo de ensaio
☐ Carregando caixa de perfurocortante
☐ Outro _____

19. Região corporal da lesão:

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ Olhos | ☐ Face | ☐ Crânio |
| ☐ Pescoço | ☐ Tronco | ☐ Sistemas e aparelhos |
| ☐ Braço | ☐ Antebraço | ☐ Mão ☐ direito ☐ esquerdo |
| ☐ Coxa | ☐ Perna | ☐ Pé ☐ direito ☐ esquerdo |
| ☐ Membro superior direito | ☐ Membro superior esquerdo | |

Casos dedos 1º (polegar) ☐ 2º ☐ 3º ☐ 4º ☐ 5º ☐

20. Natureza da lesão:

- ☐ Escoriações, contusão, abrasão
- ☐ Entorse, distensão
- ☐ Luxação com fratura
- ☐ Luxação sem fratura
- ☐ Distensão muscular
- ☐ Ferimento perfurante
- ☐ Ferimento cortante
- ☐ Queimadura
- ☐ Corpo estranho
- ☐ Conjuntivite
- ☐ Lesão por esforço repetitivo/DORT
- ☐ Outra: _____

Patrícia Carneiro Pessoa Pousa.

CARTA DA COMISSÃO DE ÉTICA



CEP, 09/01/01
(Grupo II)

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

☒ Caixa Postal 6111
13083-970 Campinas-S.P.
☎ 0 19 7888936
fax 0 19 7888925
✉ cep@head.fcm.unicamp.br

PARECER PROJETO: Nº 331/2.000

IDENTIFICAÇÃO:

PROJETO: "INCIDÊNCIA DE ACIDENTE DO TRABALHO EM UM HOSPITAL PARTICULAR DE CAMPINAS: ESTUDO DOS FATORES CONTRIBUINTE."

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Patrícia Carneiro Pessoa Pousa

INSTITUIÇÃO: Depto. de Enfermagem/FCM/UNICAMP e Hospital Vera Cruz

APRESENTAÇÃO AO CEP: 31/10/2000

II - OBJETIVOS

Investigar a ocorrência de acidente do trabalho em uma instituição de saúde de Campinas-SP, interpretando os fatores contribuintes das mesmas, assim como quantificá-los, caracterizá-los, discutir sua tipologia, relacioná-los a possíveis fatores intrínsecos ao trabalho e/ou instituição de saúde e contribuir com subsídios para a implantação de programas de prevenção de acidentes de trabalho.

III - SUMÁRIO

Estudo retrospectivo que trabalhará com dados obtidos em fontes documentais do próprio hospital. Serão estudadas Comunicações de Acidentes de Trabalho do Departamento Pessoal e fichas de análise de acidentes de trabalho ocorridos no período de primeiro de janeiro de 1996 a 31 de dezembro de 2000. A análise estatística será realizada com o programa SAS, com o suporte de um especialista na área de estatística.

IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES

O projeto de tese para obtenção do título de mestre da pesquisadora e os resultados visam identificar os fatores que mais contribuíram para a incidência dos acidentes, servindo de subsídio para a manutenção de programas de prevenção de acidentes.

A metodologia é adequada e bem elaborada, assim como as condições de realização do estudo.

O projeto apresenta boa estrutura de protocolo e tem justificativa adequada.

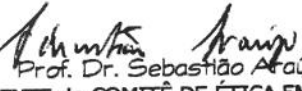
O estudo não apresenta o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, pois utiliza dados já coletados e não envolve qualquer risco para a população estudada.

V - PARECER DO CEP

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e atendendo todos os dispositivos das Resoluções 196/96 e 251/97, bem como todos os anexos incluídos na Pesquisa, resolve aprovar sem restrições o Protocolo de Pesquisa supracitado.

VI - DATA DA REUNIÃO

Homologado na I Reunião Ordinária do CEP, em 09 de janeiro de 2001


Prof. Dr. Sebastião Araújo
PRESIDENTE do COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FCM / UNICAMP

Sexo com estado marital

(somente no momento do primeiro acidente)

SEXO(SEXO)		ESTCIV(ESTCIV)					
Frequency	Percent						
Row Pct	Col Pct	CASADO	OUTRO	SEP.JUDI C.	SOLTEIRO	VIUVO	Total
F		77	1	12	38	6	134
		44.00	0.57	6.86	21.71	3.43	76.57
		57.46	0.75	8.96	28.36	4.48	
		71.30	100.00	100.00	79.17	100.00	
M		31	0	0	10	0	41
		17.71	0.00	0.00	5.71	0.00	23.43
		75.61	0.00	0.00	24.39	0.00	
		28.70	0.00	0.00	20.83	0.00	
Total		108	1	12	48	6	175
		61.71	0.57	6.86	27.43	3.43	100.00

Faixa salarial com categoria profissional

(somente no momento do primeiro acidente)

Table of OCUPACAO by FAIXA

OCUPACAO(OCUPACAO)		FAIXA			Total
Frequency	Percent	1-10	10-20	20-30	
Row Pct	Col Pct				
ASSISTENTE CONTA BIL		0	0	1	1
		0.00	0.00	0.57	0.57
		0.00	0.00	100.00	
		0.00	0.00	25.00	
ATENDENTE DE ENF ERMAGEM		5	3	0	8
		2.86	1.71	0.00	4.57
		62.50	37.50	0.00	
		3.33	14.29	0.00	
AUXILIAR ADMINIS TRATIVO		1	0	0	1
		0.57	0.00	0.00	0.57
		100.00	0.00	0.00	
		0.67	0.00	0.00	

AUXILIAR DE COZINHA	1	0	0	1
	0.57	0.00	0.00	0.57
	100.00	0.00	0.00	
	0.67	0.00	0.00	
AUXILIAR DE ENFERMAGEM	42	10	0	52
	24.00	5.71	0.00	29.71
	80.77	19.23	0.00	
	28.00	47.62	0.00	
AUXILIAR DE ESTOQUE	1	0	0	1
	0.57	0.00	0.00	0.57
	100.00	0.00	0.00	
	0.67	0.00	0.00	
AUXILIAR DE FARMACIA	1	0	0	1
	0.57	0.00	0.00	0.57
	100.00	0.00	0.00	
	0.67	0.00	0.00	
AUXILIAR DE LABORATORIO	2	0	0	2
	1.14	0.00	0.00	1.14
	100.00	0.00	0.00	
	1.33	0.00	0.00	
AUXILIAR DE LAVANDERIA	10	0	0	10
	5.71	0.00	0.00	5.71
	100.00	0.00	0.00	
	6.67	0.00	0.00	
AUXILIAR DE MANUTENCAO	2	0	0	2
	1.14	0.00	0.00	1.14
	100.00	0.00	0.00	
	1.33	0.00	0.00	
AUXILIAR DE RECEPCAO	1	0	0	1
	0.57	0.00	0.00	0.57
	100.00	0.00	0.00	
	0.67	0.00	0.00	
AUXILIAR DE SERVICOS GERAIS	37	0	0	37
	21.14	0.00	0.00	21.14
	100.00	0.00	0.00	
	24.67	0.00	0.00	
AUXILIAR DE TESOURARIA	1	0	0	1
	0.57	0.00	0.00	0.57
	100.00	0.00	0.00	
	0.67	0.00	0.00	
BIOLOGO JUNIOR	1	1	0	2
	0.57	0.57	0.00	1.14
	50.00	50.00	0.00	
	0.67	4.76	0.00	
COPEIRA	10	0	0	10
	5.71	0.00	0.00	5.71
	100.00	0.00	0.00	
	6.67	0.00	0.00	
COSTUREIRA	2	0	0	2
	1.14	0.00	0.00	1.14
	100.00	0.00	0.00	
	1.33	0.00	0.00	
COZINHEIRO	8	0	0	8
	4.57	0.00	0.00	4.57
	100.00	0.00	0.00	
	5.33	0.00	0.00	

ELETRICISTA	2	0	0	2
	1.14	0.00	0.00	1.14
	100.00	0.00	0.00	
	1.33	0.00	0.00	
ENFERMEIRA	0	3	2	5
	0.00	1.71	1.14	2.86
	0.00	60.00	40.00	
	0.00	14.29	50.00	
ESCRITURARIA	1	0	0	1
	0.57	0.00	0.00	0.57
	100.00	0.00	0.00	
	0.67	0.00	0.00	
MARCENEIRO	1	0	0	1
	0.57	0.00	0.00	0.57
	100.00	0.00	0.00	
	0.67	0.00	0.00	
OPERADOR DE MAQUINAS	1	0	0	1
	0.57	0.00	0.00	0.57
	100.00	0.00	0.00	
	0.67	0.00	0.00	
OPERADOR DE MAQUINAS DA LAVANDERIA	1	0	0	1
	0.57	0.00	0.00	0.57
	100.00	0.00	0.00	
	0.67	0.00	0.00	
PEDREIRO	0	1	0	1
	0.00	0.57	0.00	0.57
	0.00	100.00	0.00	
	0.00	4.76	0.00	
PORTEIRO	1	0	0	1
	0.57	0.00	0.00	0.57
	100.00	0.00	0.00	
	0.67	0.00	0.00	
RESPONSAVEL POR DIETAS ESPECIAIS	1	0	0	1
	0.57	0.00	0.00	0.57
	100.00	0.00	0.00	
	0.67	0.00	0.00	
ROUPEIRO	2	0	0	2
	1.14	0.00	0.00	1.14
	100.00	0.00	0.00	
	1.33	0.00	0.00	
SERVENTE DE PEDREIRO	1	0	0	1
	0.57	0.00	0.00	0.57
	100.00	0.00	0.00	
	0.67	0.00	0.00	
TECNICA EM NUTRICAO	1	0	0	1
	0.57	0.00	0.00	0.57
	100.00	0.00	0.00	
	0.67	0.00	0.00	
TECNICO DE ENFERMAGEM	7	3	1	11
	4.00	1.71	0.57	6.29
	63.64	27.27	9.09	
	4.67	14.29	25.00	
TECNICO DE LABORATORIO	3	0	0	3
	1.71	0.00	0.00	1.71
	100.00	0.00	0.00	
	2.00	0.00	0.00	

TECNICO DE RADIO	3	0	0	3
LOGIA	1.71	0.00	0.00	1.71
	100.00	0.00	0.00	
	2.00	0.00	0.00	
-----+-----+-----+-----+-----				
Total	150	21	4	175
	85.71	12.00	2.29	100.00

Distribuição dos acidentes de trajeto segundo o trajeto e o local no trajeto:

ACID	Frequency	Percent	Cumulative Frequency
RESIDENCIA AO TRABALHO	23	67.6	23
TRABALHO PARA RESIDENCIA	11	32.4	34
Frequency Missing = 5			
LOCTRAJ	Frequency	Percent	Cumulative Frequency
CALCADA	15	44.1	15
CARRO	3	8.8	18
ONIBUS	13	38.2	31
RUA	3	8.8	34
Frequency Missing = 5			

A quantidade de acidentes do tipo perfurocortante no Centro Cirúrgico

ANO (ANO)	AGENTE (AGENTE)		
Frequency			
Percent			
Row Pct			
Col Pct	OBJETO C	OBJETO P	Total
	ORTANTE	ERFURANT	
		E	
1996	0	1	1
	0.00	9.09	9.09
	0.00	100.00	
	0.00	10.00	
1998	0	2	2
	0.00	18.18	18.18
	0.00	100.00	
	0.00	20.00	
1999	1	5	6
	9.09	45.45	54.55
	16.67	83.33	
	100.00	50.00	
2000	0	2	2
	0.00	18.18	18.18
	0.00	100.00	
	0.00	20.00	
Total	1	10	11
	9.09	90.91	100.00

Distribuição dos acidentes as pessoas que foram vítimas de dois ou mais acidentes:

SETORDET	Frequency	Percent	Cumulative Frequency
CENTRO CIRURGICO	13	18.31	13
COORDENACAO DE ENFERMAGEM	1	1.41	14
ENFERMARIA 300	4	5.63	18
ENFERMARIA 400	3	4.23	21
HIGIENE	6	8.45	27
LABORATORIO	2	2.82	29
LAVANDERIA	7	9.86	36
MANUTENCAO	6	8.45	42
PRONTO SOCORRO	2	2.82	44
RECEPCAO	3	4.23	47
SERVICO DE NUTRICAO E DIETETICA	10	14.08	57
UTI	14	19.72	71

TIPO	Frequency	Percent	Cumulative Frequency
DOENCA OCUPACIONAL	2	2.82	2
TIPICO	51	71.83	53
TRAJETO	18	25.35	71

OCUPACAO	Frequency	Percent	Cumulative Frequency
ATENDENTE DE ENFERMAGEM	3	4.23	3
AUXILIAR DE COZINHA	1	1.41	4
AUXILIAR DE ENFERMAGEM	23	32.39	27
AUXILIAR DE LAVANDERIA	6	8.45	33
AUXILIAR DE MANUTENCAO	2	2.82	35
AUXILIAR DE RECEPCAO	1	1.41	36
AUXILIAR DE SERVICOS GERAIS	12	16.90	48
COORDENADORA DE ENFERMAGEM	1	1.41	49
COPEIRA	2	2.82	51
COZINHEIRA	3	4.23	54
ELETRICISTA	2	2.82	56
ENFERMEIRA	1	1.41	57
ESCRITURARIA	3	4.23	60
OPERADOR DE MAQUINAS DA LAVANDERIA	1	1.41	61
PORTEIRO	2	2.82	63
RESPONSAVEL POR DIETAS ESPECIAIS	2	2.82	65
SERVENTE DE PEDREIRO	2	2.82	67
TECNICO DE ENFERMAGEM	4	5.63	71

Distribuição dos agentes de cada acidente para pessoas com 2 ou mais acidentes:

AGENTE	Frequency	Percent	Cumulative Frequency
ACIDENTE DE TRANSITO	5	7.0	5
CHOQUE ELETRICO	1	1.4	6
CONTATO FLUIDO CORP	1	1.4	7
CONTATO SUBS QUIM	2	2.8	9
CORPO ESTRANHO	1	1.4	10
IMPACTO CONTRA OBJ	10	14.1	20
IMPACTO POR QUEDA DE OBJETO	1	1.4	21
OBJETO CORTANTE	10	14.1	31
OBJETO PERFURANTE	12	16.9	43
QUEDA OU ESCORREGAO OU TORCAO	12	16.9	55
TRAUMA OU ESF FISICO	16	22.5	71

Distribuição dos agentes de cada acidente para **peessoas com 2 acidentes:**

AGENTE	Frequency	Percent	Cumulative Frequency
ACIDENTE DE TRANSITO	3	5.2	3
CHOQUE ELETRICO	1	1.7	4
CONTATO FLUIDO CORP	1	1.7	5
CONTATO SUBS QUIM	2	3.4	7
CORPO ESTRANHO	1	1.7	8
IMPACTO CONTRA OBJ	8	13.8	16
IMPACTO POR QUEDA DE OBJETO	1	1.7	17
OBJETO CORTANTE	8	13.8	25
OBJETO PERFURANTE	12	20.7	37
QUEDA OU ESCORREGAO OU TORCAO	6	10.3	43
TRAUMA OU ESF FISICO	15	25.9	58

Distribuição dos agentes de cada acidente para **peessoas com 3 acidentes:**

AGENTE	Frequency	Percent	Cumulative Frequency
IMPACTO CONTRA OBJ	2	22.2	2
OBJETO CORTANTE	2	22.2	4
QUEDA OU ESCORREGAO OU TORCAO	5	55.6	9

Distribuição dos agentes de cada acidente para **peessoas com 4 acidentes:**

AGENTE	Frequency	Percent	Cumulative Frequency
ACIDENTE DE TRANSITO	2	50.0	2
QUEDA OU ESCORREGAO OU TORCAO	1	25.0	3
TRAUMA OU ESF FISICO	1	25.0	4

Tabelas

1. Distribuição dos acidentes segundo a idade:

N	MEDIA	DP	MAX	MEDIANA	MIN
213	36.43	10.26	63	35	19

2. Distribuição dos acidentes segundo o sexo:

SEXO	Frequency	Percent	Cumulative Frequency
F	164	77.0	164
M	49	23.0	213

3. Distribuição dos acidentes segundo a faixa salarial:

N	MEDIA	DP	MAX	MEDIANA	MIN	FAIXA	Frequency	Percent
213	6.4	3.85	28.32	5.43	1.25	1-10	185	86.9
						10-20	23	10.8
						20-30	5	2.3

4. Distribuição dos acidentes segundo o estado civil:

ESTCIV	Frequency	Percent	Cumulative Frequency
CASADO	125	58.7	125
SEP. JUDIC.	18	8.5	143
SOLTEIRO	64	30.0	207
VIUVO	6	2.8	213

5.Distribuição dos acidentes por local de residência:

RESIDENC	Frequency	Percent	Cumulative Frequency
CAMPINAS	144	67.6	144
HORTOLANDIA	25	11.7	169
OUTRO	12	5.6	181
SUMARE	32	15.0	213

6.Distribuição dos acidentes segundo o local da residência em relação ao acidente de trajeto:

RESIDENC	Frequency	Percent	Cumulative Frequency
CAMPINAS	27	69.2	27
HORTOLANDIA	3	7.7	30
OUTRO	2	5.1	32
SUMARE	7	17.9	39

7.Distribuição do número de acidentes por pessoa:

NUMERO	Frequency	Percent	Cumulative Frequency		
1	142	81.14	142		
2	29	16.57	171		
3	3	1.71	174		
4	1	0.57	175		
<u>Media do número de acidentes</u>					
N	MEDIA	DP	MAX	MEDIANA	MIN
175	1.2	0.5	4.0	1.0	1.0

8.Distribuição dos acidentes nos respectivos anos:

ANO	Frequency	Percent	Cumulative Frequency
1996	62	29.1	62
1997	47	22.1	109
1998	48	22.5	157
1999	39	18.3	196
2000	17	8.0	213

9. Distribuição dos acidentes segundo o tipo no geral e em cada ano:

TIPO	Frequency	Percent	Cumulative Frequency
DOENCA OCUPACIONAL	8	3.8	8
TÍPICO	166	77.9	174
TRAJETO	39	18.3	213

<u>ANO 1996</u>			
TIPO	Frequency	Percent	Cumulative Frequency
DOENCA OCUPACIONAL	1	1.6	1
TÍPICO	51	82.3	52
TRAJETO	10	16.1	62

<u>ANO 1997</u>			
TIPO	Frequency	Percent	Cumulative Frequency
DOENCA OCUPACIONAL	1	2.1	1
TÍPICO	38	80.9	39
TRAJETO	8	17.0	47

<u>ANO 1998</u>			
TIPO	Frequency	Percent	Cumulative Frequency
DOENCA OCUPACIONAL	1	2.1	1
TÍPICO	35	72.9	36
TRAJETO	12	25.0	48

<u>ANO 1999</u>			
TIPO	Frequency	Percent	Cumulative Frequency
DOENCA OCUPACIONAL	3	7.7	3
TÍPICO	30	76.9	33
TRAJETO	6	15.4	39

<u>ANO 2000</u>			
TIPO	Frequency	Percent	Cumulative Frequency
DOENCA OCUPACIONAL	2	11.8	2
TÍPICO	12	70.6	14
TRAJETO	3	17.6	17

10. Distribuição dos acidentes segundo a categoria profissional:

OCUPACAO	Frequency	Percent	Cumulative Frequency
ASSISTENTE CONTABIL	1	0.47	1
ATENDENTE DE ENFERMAGEM	9	4.23	10
AUXILIAR ADMINISTRATIVO	1	0.47	11
AUXILIAR DE COZINHA	2	0.94	13
AUXILIAR DE ENFERMAGEM	64	30.05	77
AUXILIAR DE ESTOQUE	1	0.47	78
AUXILIAR DE FARMACIA	1	0.47	79
AUXILIAR DE LABORATORIO	2	0.94	81
AUXILIAR DE LAVANDERIA	12	5.63	93
AUXILIAR DE MANUTENCAO	3	1.41	96
AUXILIAR DE RECEPCAO	2	0.94	98
AUXILIAR DE SERVICOS GERAIS	43	20.19	141
AUXILIAR DE TESOUREARIA	1	0.47	142
BIOLOGO JUNIOR	2	0.94	144
COORDENADORA DE ENFERMAGEM	1	0.47	145
COPEIRA	11	5.16	156
COSTUREIRA	2	0.94	158
COZINHEIRA	10	4.69	168
ELETRICISTA	3	1.41	171
ENFERMEIRA	5	2.35	176
ESCRITURARIA	3	1.41	179
MARCENEIRO	1	0.47	180
OPERADOR DE MAQUINAS	1	0.47	181
OPERADOR DE MAQUINAS DA LAVANDERIA	2	0.94	183
PEDREIRO	1	0.47	184
PORTEIRO	2	0.94	186
RESPONSAVEL POR DIETAS ESPECIAIS	2	0.94	188
ROUPEIRO	2	0.94	190
SERVENTE DE PEDREIRO	2	0.94	192
TECNICA EM NUTRICAO	1	0.47	193
TECNICO DE ENFERMAGEM	14	6.57	207
TECNICO DE LABORATORIO	3	1.41	210
TECNICO DE RADIOLOGIA	3	1.41	213

11. Distribuição em relação aos profissionais da enfermagem:

OCUPACAO	Frequency	Percent	Cumulative Frequency
AUXILIAR DE ENFERMAGEM	64	77.1	64
ENFERMEIRA	5	6.0	69
TECNICO DE ENFERMAGEM	14	16.9	83

12. Distribuição dos acidentes segundo os setores de trabalho:

SETORDET	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
AMBULATORIO DE SAUDE OCUPACIONAL	1	0.5	1	0.5
CENTRO CIRURGICO	29	13.6	30	14.1
CLINICA MEDICA	1	0.5	31	14.6
CONTABILIDADE	1	0.5	32	15.0
COORDENACAO DE ENFERMAGEM	1	0.5	33	15.5
COSTURA	2	0.9	35	16.4
ENFERMARIA 300	18	8.5	53	24.9
ENFERMARIA 400	13	6.1	66	31.0
ESTERILIZACAO	3	1.4	69	32.4
FARMACIA	1	0.5	70	32.9
HIGIENE	23	10.8	93	43.7
LABORATORIO	13	6.1	106	49.8
LAVANDERIA	16	7.5	122	57.3
LITROTRIPSIA	1	0.5	123	57.7
MANUTENCAO	11	5.2	134	62.9
MATERNIDADE	1	0.5	135	63.4
NEONATOLOGIA	5	2.3	140	65.7
PRONTO SOCORRO	6	2.8	146	68.5
RADIOLOGIA	3	1.4	149	70.0
RECEPCAO	4	1.9	153	71.8
SERVICO DE NUTRICAO E DIETETICA	33	15.5	186	87.3
SUPRIMENTOS	1	0.5	187	87.8
TESOURARIA	1	0.5	188	88.3
UTI	25	11.7	213	100.0

13. Distribuição dos acidentes segundo os setores de trabalho da enfermagem:

SETORDET	Frequency	Percent	Cumulative Frequency
AMBULATORIO DE SAUDE OCUPACIONAL	1	1.1	1
CENTRO CIRURGICO	29	30.5	30
ENFERMARIA 300	18	18.9	48
ENFERMARIA 400	13	13.7	61
ESTERILIZACAO	3	3.2	64
MATERNIDADE	1	1.1	65
NEONATOLOGIA	5	5.3	70
UTI	25	26.3	95

14. Distribuição segundo os setores de trabalho da enfermagem e categoria profissional da enfermagem:

SETORDET (SETORDET)	OCUPACAO (OCUPACAO)					Total
Frequency						
Percent						
Row Pct						
Col Pct	ATENDENT E DE ENF ERMAGEM	AUXILIAR DE ENFE RMAGEM	COORDENA DORA DE ENFERMAG EM	ENFERMEI RA	TECNICO DE ENFER MAGEM	
AMBULATORIO DE S AUDE OCUPACIONAL	0 0.00 0.00 0.00	0 0.00 0.00 0.00	0 0.00 0.00 0.00	1 1.22 100.00 20.00	0 0.00 0.00 0.00	1 1.22
CENTRO CIRURGICO	3 3.66 13.04 37.50	18 21.95 78.26 32.73	0 0.00 0.00 0.00	1 1.22 4.35 20.00	1 1.22 4.35 7.69	23 28.05
COORDENACAO DE E NFERMAGEM	0 0.00 0.00 0.00	0 0.00 0.00 0.00	1 1.22 100.00 100.00	0 0.00 0.00 0.00	0 0.00 0.00 0.00	1 1.22
ENFERMARIA 300	2 2.44 12.50 25.00	10 12.20 62.50 18.18	0 0.00 0.00 0.00	1 1.22 6.25 20.00	3 3.66 18.75 23.08	16 19.51
ENFERMARIA 400	1 1.22 9.09 12.50	7 8.54 63.64 12.73	0 0.00 0.00 0.00	0 0.00 0.00 0.00	3 3.66 27.27 23.08	11 13.41
ESTERILIZACAO	0 0.00 0.00 0.00	2 2.44 100.00 3.64	0 0.00 0.00 0.00	0 0.00 0.00 0.00	0 0.00 0.00 0.00	2 2.44
MATERNIDADE	0 0.00 0.00 0.00	1 1.22 100.00 1.82	0 0.00 0.00 0.00	0 0.00 0.00 0.00	0 0.00 0.00 0.00	1 1.22
NEONATOLOGIA	0 0.00 0.00 0.00	2 2.44 66.67 3.64	0 0.00 0.00 0.00	1 1.22 33.33 20.00	0 0.00 0.00 0.00	3 3.66
UTI	2 2.44 8.33 25.00	15 18.29 62.50 27.27	0 0.00 0.00 0.00	1 1.22 4.17 20.00	6 7.32 25.00 46.15	24 29.27
Total	8 9.76	55 67.07	1 1.22	5 6.10	13 15.85	82 100.00

15. Distribuição segundo o dia do mês da ocorrência:

DIA_A	Frequency	Percent
1-10	62	29.1
11-20	80	37.6
21-31	71	33.3

16. Distribuição segundo o mês de ocorrência:

MES	Frequency	Percent
1	9	4.2
2	17	8.0
3	23	10.8
4	14	6.6
5	16	7.5
6	20	9.4
7	25	11.7
8	18	8.5
9	11	5.2
10	26	12.2
11	18	8.5
12	16	7.5

17. Distribuição segundo o horário de ocorrência (agrupado em horas):

HORA_A	Frequency	Percent	Cumulative Frequency
0-1	1	0.5	1
1-2	2	1.0	3
3-4	1	0.5	4
5-6	6	2.9	10
6-7	20	9.5	30
7-8	17	8.1	47
8-9	15	7.1	62
9-10	14	6.7	76
10-11	24	11.4	100
11-12	14	6.7	114
12-13	11	5.2	125
13-14	11	5.2	136
14-15	13	6.2	149
15-16	14	6.7	163
16-17	14	6.7	177
17-18	11	5.2	188
18-19	7	3.3	195
19-20	4	1.9	199
20-21	5	2.4	204
21-22	2	1.0	206
22-23	3	1.4	209
23-24	1	0.5	210
Frequency Missing = 3			

18. Distribuição dos acidentes em relação ao tempo em horas transcorrido após a entrada do trabalhador em serviço:

APOSH	Frequency	Percent	Cumulative Frequency		
0-3	74	41.6	74		
3-6	58	32.6	132		
6-9	28	15.7	160		
9-12	14	7.9	174		
12-15	4	2.2	178		
Frequency Missing = 35					
N	MEDIA	DP	MAX	MEDIANA	MIN
178	4.42	3.12	14	3.75	0.1

19. Distribuição dos acidentes segundo o local da ocorrência:

LOCAL	Frequency	Percent	Cumulative Frequency
CORREDOR INTERNO DO HOSPITAL	18	10.3	18
OUTRO	4	2.3	22
PATIO EXTERNO DO HOSPITAL	3	1.7	25
UNIDADE DE TRABALHO	149	85.6	174

20. Distribuição dos acidentes segundo a localização na unidade de trabalho:

SETOR	Frequency	Percent	Cumulative Frequency
ABRIGO DE LIXO	2	1.5	2
CENTRO CIRURGICO	22	16.2	24
CLINICA MEDICA	1	0.7	25
COPA	4	2.9	29
COSTURA	2	1.5	31
COZINHA	16	11.8	47
ENFERMARIA 300	13	9.6	60
ENFERMARIA 400	12	8.8	72
ESTERILIZACAO	3	2.2	75
FARMACIA	1	0.7	76
LABORATORIO	12	8.8	88
LAVANDERIA	14	10.3	102
MANUTENCAO	1	0.7	103
NEONATOLOGIA	1	0.7	104
PRONTO SOCORRO	9	6.6	113
QUARTO DO PACIENTE	2	1.5	115
RADIOLOGIA	2	1.5	117
SND	1	0.7	118
TESOURARIA	1	0.7	119
UTI	15	11.0	134
VESTIARIO	1	0.7	135
VESTIARIO FEMININO	1	0.7	136
Frequency Missing = 13			

21 e 22. Distribuição dos trabalhadores acidentados do trabalho com material perfurante e cortante:

AGENTE	Frequency	Percent	Cumulative Frequency
OBJETO CORTANTE	34	39.5	34
OBJETO PERFURANTE	52	60.5	86

23. Distribuição dos acidentes de trabalho segundo a causa no geral e em cada ano:

AGENTE	Frequency	Percent	Cumulative Frequency
ACIDENTE DE TRANSITO	6	2.82	6
AGRESSAO DE PACIENTE	1	0.47	7
CHOQUE ELETRICO	1	0.47	8
CONTATO FLUIDO CORP	3	1.41	11
CONTATO SUBS QUIM	8	3.76	19
CORPO ESTRANHO	1	0.47	20
IMPACTO CONTRA OBJ	22	10.33	42
IMPACTO POR QUEDA DE OBJETO	2	0.94	44
OBJETO CORTANTE	34	15.96	78
OBJETO PERFURANTE	52	24.41	130
OUTRO	6	2.82	136
QUEDA OU ESCORREGAO OU TORCAO	42	19.72	178
TRANSP DE MATERIAL	1	0.47	179
TRAUMA OU ESF FISICO	34	15.96	213

1996

AGENTE	Frequency	Percent	Cumulative Percent
AGRESSAO DE PACIENTE	1	1.6	1
CHOQUE ELETRICO	1	1.6	2
CONTATO SUBS QUIM	7	11.3	9
IMPACTO CONTRA OBJ	7	11.3	16
IMPACTO POR QUEDA DE OBJETO	1	1.6	17
OBJETO CORTANTE	10	16.1	27
OBJETO PERFURANTE	4	6.5	31
OUTRO	1	1.6	32
QUEDA OU ESCORREGAO OU TORCAO	18	29.0	50
TRAUMA OU ESF FISICO	12	19.4	62

1997

AGENTE	Frequency	Percent	Cumulative Percent
ACIDENTE DE TRANSITO	1	2.1	1
CONTATO FLUIDO CORP	1	2.1	2
CONTATO SUBS QUIM	1	2.1	3
IMPACTO CONTRA OBJ	7	14.9	10
OBJETO CORTANTE	7	14.9	17
OBJETO PERFURANTE	10	21.3	27
OUTRO	3	6.4	30
QUEDA OU ESCORREGAO OU TORCAO	8	17.0	38
TRANSP DE MATERIAL	1	2.1	39
TRAUMA OU ESF FISICO	8	17.0	47

<u>1998</u>			
AGENTE	Frequency	Percent	Cumulative Percent
ACIDENTE DE TRANSITO	2	4.2	2
CONTATO FLUIDO CORP	1	2.1	3
CORPO ESTRANHO	1	2.1	4
IMPACTO CONTRA OBJ	4	8.3	8
IMPACTO POR QUEDA DE OBJETO	1	2.1	9
OBJETO CORTANTE	9	18.8	18
OBJETO PERFURANTE	16	33.3	34
QUEDA OU ESCORREGAO OU TORCAO	9	18.8	43
TRAUMA OU ESF FISICO	5	10.4	48

<u>1999</u>			
AGENTE	Frequency	Percent	Cumulative Percent
ACIDENTE DE TRANSITO	1	2.6	1
CONTATO FLUIDO CORP	1	2.6	2
IMPACTO CONTRA OBJ	2	5.1	4
OBJETO CORTANTE	6	15.4	10
OBJETO PERFURANTE	16	41.0	26
OUTRO	2	5.1	28
QUEDA OU ESCORREGAO OU TORCAO	4	10.3	32
TRAUMA OU ESF FISICO	7	17.9	39

<u>2000</u>			
AGENTE	Frequency	Percent	Cumulative Percent
ACIDENTE DE TRANSITO	2	11.8	2
IMPACTO CONTRA OBJ	2	11.8	4
OBJETO CORTANTE	2	11.8	6
OBJETO PERFURANTE	6	35.3	12
QUEDA OU ESCORREGAO OU TORCAO	3	17.6	15
TRAUMA OU ESF FISICO	2	11.8	17

24. Distribuição dos acidentes de trabalho, segundo a região corporal de lesão:

PARTE	Frequency	Percent
CRANIO	6	2.8
FACE	2	0.9
MAO DIREITA	54	25.4
MAO ESQUERDA	51	23.9
MID	12	5.6
MIE	20	9.4
MSD	20	9.4
MSE	5	2.3
OLHOS	10	4.7
PE DIREITO	8	3.8
PE ESQUERDO	10	4.7
PESCOCO	3	1.4
SISTEMAS E APARELHOS	4	1.9
TRONCO	8	3.8

25. Distribuição dos acidentados do trabalho segundo o diagnóstico da lesão:

NATUREZA	Frequency	Percent
CERVIDORSOLOMBALGIA	2	0.9
CONJUNTIVITE	7	3.3
CONTUSAO	52	24.4
CORPO ESTRANHO	3	1.4
DISTENSAO MUSCULAR	2	0.9
DORT	7	3.3
ENTORSE, DISTENSAO	18	8.5
ESCORIACOES, ABRASAO	19	8.9
FERIMENTO CORTANTE	36	16.9
FERIMENTO PERFURANTE	52	24.4
FRATURA	5	2.3
LUXACAO SEM FRATURA	2	0.9
OUTRA	4	1.9
QUEIMADURA	4	1.9

26. Distribuição dos acidentados do trabalho segundo as atividades relacionadas com o acidente perfurocortante:

ATIVPERF	Frequency	Percent	Cumulative Frequency
ABRINDO AMPOLA	3	3.9	3
AGULHA ABANDONADA	11	14.3	14
AGULHA NO PLUG	7	9.1	21
ARRUMANDO MATERIAL	4	5.2	25
CARREGANDO CAIXA PF	1	1.3	26
CORTANDO ALIMENTOS	6	7.8	32
DESCARTANDO AGULHA	8	10.4	40
DESCARTE DE BISTURI	3	3.9	43
ENCAPANDO AGULHA	2	2.6	45
LAMINA ABANDONADA	2	2.6	47
LAVANDO MATERIAL	6	7.8	53
MANIPULANDO TUBO DE ENSAIO	2	2.6	55
OUTRO	9	11.7	64
PF NO LIXO	10	13.0	74
RETIRANDO EQUIPO	3	3.9	77
Frequency Missing = 9			

27. Afastamento em dias:

TEMPOAFA	Frequency	Percent	Cumulative Frequency
1	3	3.3	3
2	4	4.4	7
3	18	19.8	25
4	2	2.2	27
5	12	13.2	39
6	1	1.1	40
7	23	25.3	63
8	2	2.2	65
9	1	1.1	66
10	4	4.4	70
11	2	2.2	72
12	2	2.2	74
13	1	1.1	75
15	6	6.6	81
20	2	2.2	83
26	1	1.1	84
30	6	6.6	90
60	1	1.1	91

N	MEDIA	DP	MAX	MEDIANA	MIN
91	9.01	9.08	60	7	1

28. Afastamento e tipo de acidente:

AFAST(AFAST)					TIPO(TIPO)					
Frequency	Percent	Row Pct	Col Pct		DOENÇA O	TIPICO	TRAJETO	Total	MÉDIA DO TEMPO DE AFASTAMENTO POR TIPO	
					CUPACION					
					AL					
N					0	108	14	122		
					0.00	50.70	6.57	57.28		
					0.00	88.52	11.48			
					0.00	65.06	35.90			
S					8	58	25	91		
					3.76	27.23	11.74	42.72		
					8.79	63.74	27.47			
					100.00	34.94	64.10			
Total					8	166	39	213		
					3.76	77.93	18.31	100.00		

MÉDIA DO TEMPO DE AFASTAMENTO POR TIPO					
N	MEDIA	DP	TÍPICO MAX	MEDIANA	MIN
58	6.62	4.51	30	6.5	1

MÉDIA DO TEMPO DE AFASTAMENTO POR TIPO					
N	MEDIA	DP	TRAJETO MAX	MEDIANA	MIN
25	9.4	12.24	60	7	1

MÉDIA DO TEMPO DE AFASTAMENTO POR TIPO					
N	MEDIA	DP	DOENÇA OCUPACIONAL MAX	MEDIANA	MIN
8	25.13	5.99	30	28	15

29. Local no setor na unidade de trabalho:

LOCALSET	Frequency	Percent	Cumulative Frequency
AREA CONTAMINADA	6	6.4	6
AREA LIMPA	2	2.1	8
CAMARA ESCURA	1	1.1	9
CAMARA FRIGORIFICA	2	2.1	11
CENTRIFUGA	3	3.2	14
CORREDOR	3	3.2	17
EXPURGO	9	9.6	26
FORNOS	1	1.1	27
LEITO DO PACIENTE	28	29.8	55
LIXO	1	1.1	56
MANIPULACAO	1	1.1	57
MAQUINAS	1	1.1	58
MARCENARIA	1	1.1	59
PIA	3	3.2	62
POSTO DE ENFERMAGEM	8	8.5	70
SALA DE ATENDIMENTO	1	1.1	71
SALA DE CIRURGIA	13	13.8	84
SALA DE COLETA	3	3.2	87
SALA DE EMERGENCIA	1	1.1	88
SALA DE OBSERVACAO	3	3.2	91
SALA DE RX	1	1.1	92
SANITARIO	2	2.1	94
Frequency Missing = 55			

30. Especificação do dedo atingido:

ESPECDED	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
1	20	24.4	20	24.4
2	28	34.1	48	58.5
3	16	19.5	64	78.0
4	8	9.8	72	87.8
5	10	12.2	82	100.0
Frequency Missing = 23				
DEDO ATINGIDO x TIPO DE ACIDENTE				
ESPECDED(ESPECDED)				
Frequency				
Percent TIPO(TIPO)				
Row Pct				
Col Pct TIPICO TRAJETO Total				
----- ----- ----- -----				
1	20	0	20	
	24.39	0.00	24.39	
	100.00	0.00		
	25.32	0.00		
----- ----- ----- -----				
2	28	0	28	
	34.15	0.00	34.15	
	100.00	0.00		
	35.44	0.00		
----- ----- ----- -----				
3	14	2	16	
	17.07	2.44	19.51	
	87.50	12.50		
	17.72	66.67		
----- ----- ----- -----				
4	7	1	8	
	8.54	1.22	9.76	
	87.50	12.50		
	8.86	33.33		
----- ----- ----- -----				

5	10	0	10
12.20	0.00	12.20	
100.00	0.00		
12.66	0.00		

Total	79	3	82
	96.34	3.66	100.00
Frequency Missing = 23			

31. Distribuição dos acidentes de trajeto segundo o trajeto e o local no trajeto:

ACID	Frequency	Percent	Cumulative Frequency
RESIDENCIA AO TRABALHO	23	67.6	23
TRABALHO PARA RESIDENCIA	11	32.4	34
Frequency Missing = 5			
LOCTRAJ	Frequency	Percent	Cumulative Frequency
CALCADA	15	44.1	15
CARRO	3	8.8	18
ONIBUS	13	38.2	31
RUA	3	8.8	34
Frequency Missing = 5			

32. Média de acidentes por categoria:

Setor	Média do número de funcionários	Número de acidentes	% Acidentes
Amb. de saúde ocupacional	2.2	1	(45%)
Centro Cirúrgico +Obstétrico	37.4	29	(77%)
	46		63%
Clínica Médica	4.6	1	(22%)
Contabilidade	2.2	1	(45%)
Coordenação de Enfermagem	8.2	1	(12%)
Costura	3.6	2	(56%)
Enfermaria 300	41.8	18	(43%)
Enfermaria 400	35.4	13	(37%)
Esterilização	7.4	3	(41%)
Farmácia	18.2	1	(6%)
Higiene	50.4	23	(46%)
Laboratório	20.6	13	(63%)
Lavanderia	30.8	16	(52%)
Litotripsia	2	1	(50%)
Manutenção	16	10	(63%)
Maternidade	5.2	1	(19%)
Neonatologia	27.8	5	(18%)
Pronto Socorro	10.2	6	(59%)
Radiologia	10.4	3	(29%)
Recepção	29.4	4	(14%)
Suprimentos	8.4	1	(12%)
Tesouraria	5.2	1	(19%)
UTI	34.4	25	(73%)

33. Distribuição do número de acidentes por pessoa:

NUMERO	Frequency	Percent	Cumulative Frequency		
1	142	81.14	142		
2	29	16.57	171		
3	3	1.71	174		
4	1	0.57	175		
<u>Media do número de acidentes</u>					
N	MEDIA	DP	MAX	MEDIANA	MIN
175	1.2	0.5	4.0	1.0	1.0

34. Distribuição dos acidentes as pessoas que foram vítimas de dois ou mais acidentes:

SETORDET	Frequency	Percent	Cumulative Frequency
CENTRO CIRURGICO	13	18.31	13
COORDENACAO DE ENFERMAGEM	1	1.41	14
ENFERMARIA 300	4	5.63	18
ENFERMARIA 400	3	4.23	21
HIGIENE	6	8.45	27
LABORATORIO	2	2.82	29
LAVANDERIA	7	9.86	36
MANUTENCAO	6	8.45	42
PRONTO SOCORRO	2	2.82	44
RECEPCAO	3	4.23	47
SERVICO DE NUTRICAO E DIETETICA	10	14.08	57
UTI	14	19.72	71
TIPO	Frequency	Percent	Cumulative Frequency
DOENCA OCUPACIONAL	2	2.82	2
TIPICO	51	71.83	53
TRAJETO	18	25.35	71
OCUPACAO	Frequency	Percent	Cumulative Frequency
ATENDENTE DE ENFERMAGEM	3	4.23	3
AUXILIAR DE COZINHA	1	1.41	4
AUXILIAR DE ENFERMAGEM	23	32.39	27

AUXILIAR DE LAVANDERIA	6	8.45	33
AUXILIAR DE MANUTENCAO	2	2.82	35
AUXILIAR DE RECEPCAO	1	1.41	36
AUXILIAR DE SERVICOS GERAIS	12	16.90	48
COORDENADORA DE ENFERMAGEM	1	1.41	49
COPEIRA	2	2.82	51
COZINHEIRA	3	4.23	54
ELETRICISTA	2	2.82	56
ENFERMEIRA	1	1.41	57
ESCRITURARIA	3	4.23	60
OPERADOR DE MAQUINAS DA LAVANDERIA	1	1.41	61
PORTEIRO	2	2.82	63
RESPONSAVEL POR DIETAS ESPECIAIS	2	2.82	65
SERVENTE DE PEDREIRO	2	2.82	67
TECNICO DE ENFERMAGEM	4	5.63	71

35. Distribuição dos agentes de cada acidente para pessoas com 2 ou mais acidentes:

AGENTE	Frequency	Percent	Cumulative Frequency
ACIDENTE DE TRANSITO	5	7.0	5
CHOQUE ELETRICO	1	1.4	6
CONTATO FLUIDO CORP	1	1.4	7
CONTATO SUBS QUIM	2	2.8	9
CORPO ESTRANHO	1	1.4	10
IMPACTO CONTRA OBJ	10	14.1	20
IMPACTO POR QUEDA DE OBJETO	1	1.4	21
OBJETO CORTANTE	10	14.1	31
OBJETO PERFURANTE	12	16.9	43
QUEDA OU ESCORREGAO OU TORCAO	12	16.9	55
TRAUMA OU ESF FISICO	16	22.5	71

36. Distribuição dos agentes de cada acidente para **pessoas com 2 acidentes:**

AGENTE	Frequency	Percent	Cumulative Frequency
ACIDENTE DE TRANSITO	3	5.2	3
CHOQUE ELETRICO	1	1.7	4
CONTATO FLUIDO CORP	1	1.7	5
CONTATO SUBS QUIM	2	3.4	7
CORPO ESTRANHO	1	1.7	8
IMPACTO CONTRA OBJ	8	13.8	16
IMPACTO POR QUEDA DE OBJETO	1	1.7	17
OBJETO CORTANTE	8	13.8	25
OBJETO PERFURANTE	12	20.7	37
QUEDA OU ESCORREGAO OU TORCAO	6	10.3	43
TRAUMA OU ESF FISICO	15	25.9	58

37. Distribuição dos agentes de cada acidente para **pessoas com 3 acidentes:**

AGENTE	Frequency	Percent	Cumulative Frequency
IMPACTO CONTRA OBJ	2	22.2	2
OBJETO CORTANTE	2	22.2	4
QUEDA OU ESCORREGAO OU TORCAO	5	55.6	9

38. Distribuição dos agentes de cada acidente para **pessoas com 4 acidentes:**

AGENTE	Frequency	Percent	Cumulative Frequency
ACIDENTE DE TRANSITO	2	50.0	2
QUEDA OU ESCORREGAO OU TORCAO	1	25.0	3
TRAUMA OU ESF FISICO	1	25.0	4

39. Distribuição dos acidentes em relação aos profissionais da enfermagem:

OCUPACAO	Frequency	Percent	Cumulative Frequency
ATENDENTE DE ENFERMAGEM	9	9.8	9
AUXILIAR DE ENFERMAGEM	64	69.6	73
ENFERMEIRA	5	5.4	78
TECNICO DE ENFERMAGEM	14	15.2	92

40. Distribuição dos acidentes segundo os setores de trabalho da enfermagem e categoria profissional da enfermagem:

OCUPACAO (OCUPACAO)	SETORDET (SETORDET)								Total
Frequency Percent Row Pct Col Pct	AMBULATO RIO DE S AUDE OCU PACIONAL	CENTRO C IRURGICO	ENFERMAR IA 300	ENFERMAR IA 400	ESTERILI ZACAO	MATERNID ADE	NEONATOL OGIA	UTI	
ATENDENTE DE ENF ERMAGEM	0 0.00 0.00 0.00	3 3.66 33.33 13.04	2 2.44 22.22 12.50	2 2.44 22.22 16.67	0 0.00 0.00 0.00	0 0.00 0.00 0.00	0 0.00 0.00 0.00	2 2.44 22.22 8.33	9 10.98
AUXILIAR DE ENFE RMAGEM	0 0.00 0.00 0.00	18 21.95 32.73 78.26	10 12.20 18.18 62.50	7 8.54 12.73 58.33	2 2.44 3.64 100.00	1 1.22 1.82 100.00	2 2.44 3.64 66.67	15 18.29 27.27 62.50	55 67.07
ENFERMEIRA	1 1.22 20.00 100.00	1 1.22 20.00 4.35	1 1.22 20.00 6.25	0 0.00 0.00 0.00	0 0.00 0.00 0.00	0 0.00 0.00 0.00	1 1.22 20.00 33.33	1 1.22 20.00 4.17	5 6.10
TECNICO DE ENFER MAGEM	0 0.00 0.00 0.00	1 1.22 7.69 4.35	3 3.66 23.08 18.75	3 3.66 23.08 25.00	0 0.00 0.00 0.00	0 0.00 0.00 0.00	0 0.00 0.00 0.00	6 7.32 46.15 25.00	13 15.85
Total	1 1.22	23 28.05	16 19.51	12 14.63	2 2.44	1 1.22	3 3.66	24 29.27	82 100.00