

CLÁUDIA MARIA MONTEIRO

**ACIDENTE DO TRABALHO E QUALIDADE DE VIDA: UM
ESTUDO EM TRÊS HOSPITAIS**

**CAMPINAS - SP
2007**

CLÁUDIA MARIA MONTEIRO

**ACIDENTE DO TRABALHO E QUALIDADE DE VIDA: UM
ESTUDO EM TRÊS HOSPITAIS**

Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Área de Concentração: Enfermagem e Trabalho.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Cecília Cardoso Benatti

**CAMPINAS – SP
2007**

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

Bibliotecário: Sandra Lúcia Pereira – CRB-8ª / 6044

M764a Monteiro, Cláudia Maria
Acidente do trabalho e qualidade de vida: um estudo em hospitais / Cláudia Maria Monteiro. Campinas, SP : [s.n.], 2008.

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

1. Acidentes de Trabalho. 2. Qualidade de vida. 3. Hospitais - Pessoal. 4. Saúde do Trabalhador. I. Benatti, Maria Cecília Cardoso. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Título em inglês : WORKERS ACCIDENTS AND QUALITY OF LIFE: A STUDY IN HOSPITALS

Keywords: • Work accidents
• Quality of life
• Manpower hospitals
• Occupational Health

Titulação: Mestre em Enfermagem

Área de concentração: Enfermagem e Trabalho

Banca examinadora:

Profa. Dra. Maria Cecília Cardoso Benatti

Profa. Dra. Roberta da Cunha Rodrigues Colombo

Profa. Dra. Maria Helena Palucci Marziale

Data da defesa: 13/02/2008

Aos meus pais, "Tau" e "Mariana" por todo incentivo, desde a minha infância, quando deixaram nossa cidade natal de Ibitiura de Minas com seis filhos em busca de uma cidade com melhores condições de vida para continuação de nossos estudos.

Meus pais sempre me ensinaram a perseguir os meus sonhos e ser lutadora. Não teria conseguido trilhar os primeiros passos de minha carreira sem o apoio de vocês, nem me tornar a mulher e enfermeira que sou hoje. Que Deus lhes dê muita saúde e paz nessa vida. Amo vocês e espero curti-los por muitos e muitos anos.

Ao Marcelo, meu companheiro e amigo, pessoa muito especial, pelo apoio, carinho, paciência e principalmente pelo amor, respeito e admiração que você tem por mim.

À Fernanda e ao Marcos meus amigos que acreditaram em mim.

É para todos vocês que dedico esta pesquisa, pois ela não teria sido realizada sem vocês.

Obrigada a todos!

AGRADECIMENTOS

Para Deus e toda sua luz que está junto de mim me ensinando a trilhar pela vida com toda força do meu coração, ousadia, perseverança e garra!

À minha orientadora, Professora Doutora Maria Cecília Cardoso Benatti pela confiança em mim, por ter aceitado a minha orientação e principalmente pelos ensinamentos, pelo carinho, pela paciência, pelo respeito, pelo sorriso meigo e maroto e pela serenidade durante as minhas orientações. Você é muito especial;

Aos Diretores do Hospital São Francisco Antonio Abrão Nora Neto, Antonio Aiello Netto e José Henrique Rodrigues pelo apoio, respeito e confiança que vocês depositam em mim. Vocês são responsáveis pelo meu desenvolvimento profissional;

Aos médicos Francisco Carlos Dias e Joaquim Fernando Rua que me incentivaram a iniciar o mestrado;

Ao Carlos Eduardo de Carvalho e ao Administrador José Carlos de Carvalho pelo apoio na autorização da coleta de dados;

Aos trabalhadores da saúde de Mogi Guaçu, vocês foram o foco principal desta dissertação;

Aos trabalhadores do Hospital São Francisco, Santa Casa de Misericórdia e Hospital Tabajara Ramos que participaram direta ou indiretamente para a realização desta pesquisa;

À Professora Doutora Roberta Cunha Matheus Rodrigues pelas valiosas sugestões, incentivo, apoio, disponibilidade, carinho e ajuda nos momentos em que precisei. Sua colaboração foi muito importante e enriqueceu este trabalho;

À Professora Doutora Maria Helena Palucci Marziale da EEUSP, Ribeirão Preto, pela disponibilidade e sugestões, que foram fundamentais na finalização desta Dissertação;

Aos professores da Pós-Graduação em Enfermagem da Unicamp, pelo conhecimento a mim transmitido;

À Jane e ao Carlos, da secretaria da Pós-Graduação em Enfermagem da Unicamp, pelo apoio, dedicação e ajuda sempre que precisei de vocês;

À Andréa do Apoio Estatístico da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP e ao Professor Estéfano, da IESF, Mogi Guaçu, pelo apoio, paciência e orientações estatísticas;

À Maria Raquel e Mariane, que me ajudaram com a digitação;

Aos técnicos de segurança Alessandro, Leila e Claudemir, pelo apoio na coleta de dados;

À companheira de mestrado Rafaela Cunha Matheus Rodrigues Toledo que ao longo da caminhada cultivou em mim a amizade. Foi ímpar a oportunidade de conviver com você, desfrutar da parceria, da cumplicidade, da acolhida e do seu carinho;

À Karina, Mariana e Cherbéu pelo carinho e apoio durante este percurso;

À minha amiga Ana Amélia e Marcos pelo carinho e apoio.

*Obrigada e que
Deus os ilumine !*

Abreviaturas e Siglas.....	xv
Tabelas	xix
RESUMO	xxiii
ABSTRACT	xxv
1. INTRODUÇÃO	27
1.1 Do trabalho à saúde do trabalhador	32
1.2 Acidente do trabalho: proteção jurídica do trabalhador e registro de acidente.....	36
1.3 Bem estar e trabalho em saúde.....	39
1.4 Qualidade de vida e trabalho.	40
2. OBJETIVOS	43
2.1 Objetivo geral.....	45
2.2 Objetivos específicos.....	45
3. MATERIAL E MÉTODOS	47
3.1 Desenho do estudo.....	49
3.2 Cenário do estudo.....	49
3.3 Sujeitos do estudo	51
3.4 Coleta de dados.....	51
3.5 Processamento e análise dos dados.....	52
3.6 Aspectos éticos.....	53
4. RESULTADOS	55
4.1 Caracterização dos acidentes do trabalho	57
4.2 Qualidade de vida	66
5. DISCUSSÃO	71
5.1 Sobre a caracterização dos acidentes do trabalho	73
5.2 Sobre a qualidade de vida no trabalho.....	90
6. CONCLUSÕES	93
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	99
ANEXOS	111
APÊNDICE	121

ABREVIATURAS E SIGLAS

AC	- Antes de Cristo
AIDS	- Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ANOVA	- Análise de Variância
ANVISA	- Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AT	- Acidente do Trabalho
ATs	- Acidentes do Trabalho
CAT	- Comunicação de Acidente de Trabalho
CCIH	- Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CENEN	- Comissão Nacional de Energia Nuclear
CEP	- Comitê de Ética em Pesquisa
CGT	- Central Geral dos Trabalhadores
CIPA	- Comissão Interna de Prevenção de Acidentes
CLT	- Consolidação das Leis Trabalhistas
CNAE	- Código Nacional de Atividade Econômica
CNS	- Conselho Nacional de Saúde
COREN	- Conselho Regional de Enfermagem
CRM	- Conselho Regional de Medicina
CUT	- Central Única dos Trabalhadores
DC	- Depois de Cristo
DST	- Doenças Sexualmente Transmissíveis
FCM	- Faculdade de Ciências Médicas
HBV	- Vírus da Hepatite B
HCV	- Vírus da Hepatite C
HIV	- Vírus da Imunodeficiência humana
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	- Índice de Desenvolvimento Humano
IPEA	- Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
INSS	- Instituto Nacional de Seguridade Social
MPP	- Medida de Prevenção Padrão
NR	- Norma Regulamentadora
NTE	- Nexo Técnico Epidemiológico

- OIT** - Organização Internacional do Trabalho
- OMS** - Organização Mundial da Saúde
- PCMSO** - Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional
- PPRA** - Programa de Prevenção de Riscos Ambientais
- QV** - Qualidade de Vida
- QVT** - Qualidade de Vida no Trabalho
- RH** - Recursos Humanos
- RMC** - Região Metropolitana de Campinas
- SEESP** - Sindicato dos Enfermeiros do Estado de São Paulo

Tabela 1: Distribuição dos acidentes do trabalho notificados segundo a incidência acumulada por hospital, 2000-2005.....	57
Tabela 2: Distribuição dos acidentes do trabalho segundo a idade dos acidentados, 2000-2005.....	58
Tabela 3: Distribuição dos acidentes do trabalho segundo o sexo dos acidentados, 2000-2005.....	58
Tabela 4: Distribuição dos acidentes do trabalho segundo a remuneração mensal dos acidentados, 2000-2005.....	59
Tabela 5: Distribuição dos acidentes do trabalho segundo a categoria ocupacional dos acidentados, 2000-2005.....	59
Tabela 6: Distribuição dos acidentes do trabalho segundo o ano de ocorrência do acidente, 2000-2005.....	60
Tabela 7: Distribuição dos acidentes do trabalho segundo o mês de ocorrência do acidente, 2000 - 2005.....	60
Tabela 8: Distribuição dos acidentes do trabalho segundo o dia da semana do acidente, 2000- 2005.....	61
Tabela 9: Distribuição dos acidentes do trabalho segundo a hora de ocorrência do acidente, 2000-2005.....	61
Tabela 10: Distribuição do número de acidentes do trabalho segundo horas já trabalhadas pelos acidentados, 2000-2005.....	62
Tabela 11: Distribuição dos acidentes do trabalho segundo o local do acidente 2000-2005.....	62
Tabela 12: Distribuição dos acidentes do trabalho segundo o tipo de acidente, 2000 - 2005.....	63
Tabela 13: Distribuição dos acidentes do trabalho segundo a parte do corpo atingida pelo acidente, 2000 – 2005.....	63
Tabela 14: Distribuição dos acidentes do trabalho segundo a situação geradora do acidente, 2000-20005.....	64

Tabela 15: Distribuição dos acidentes do trabalho segundo o agente causador do acidente, 2000-2005.....	64
Tabela 16: Distribuição dos acidentes do trabalho segundo a atividade desenvolvida pelo acidentado no momento do acidente, 2000-2005.	65
Tabela 17: Distribuição dos acidentes do trabalho segundo o diagnóstico provável da lesão sofrida pelo trabalhador, 2000-2005.....	66
Tabela 18: Caracterização sociodemográfica e ocupacional dos trabalhadores acidentados do ano de 2005 (n= 61).....	67
Tabela 19: Análise descritiva dos domínios do SF-36 e Alfa de Cronbach, em trabalhadores acidentados do ano de 2005 (n=61).....	68

Trata-se de um estudo exploratório de caráter retrospectivo da ocorrência de acidente do trabalho e prospectivo da qualidade de vida, realizado em três hospitais do município de Mogi Guaçu, estado de São Paulo. A primeira amostra da população estudada incluiu o universo (n=286) dos trabalhadores da equipe médica, enfermagem e de apoio, trabalhadores vítimas de acidentes do trabalho com registro do acidente por meio da Comunicação de Acidentes de Trabalho. A segunda amostra da população foi constituída por 69 trabalhadores acidentados nos três hospitais no decorrer do ano de 2005. O objetivo geral foi o de analisar a ocorrência de acidentes em três hospitais no período compreendido entre 2000 e 2005 avaliando sua relação com a qualidade de vida dos trabalhadores vítimas de acidentes do trabalho ocorridos em 2005. O estudo mostrou uma incidência de 25,6% de trabalhadores acidentados nos três hospitais. A idade média dos trabalhadores acidentados foi 33 anos. Em relação ao gênero, observou-se a maior ocorrência dos acidentes do trabalho em trabalhadores do sexo feminino (83,6%). Em relação à remuneração dos acidentados, a maior média salarial foi de R\$ 677,80. A categoria ocupacional mais atingida foi o auxiliar de enfermagem com 56%. Notou-se uma evolução gradativa dos acidentes nos anos de 2000 a 2005. O ano de 2005 apresentou o maior número de acidentes do trabalho (25,2 %) ocorridos no mês de agosto (12,5%), e em sua maioria durante os dias úteis da semana (74,4%). A maioria dos acidentes do trabalho ocorreu no turno de trabalho das 7h00 às 19h00 (70,6%) entre zero a quatro horas trabalhadas (40,2%). O quarto/leito do paciente foi o local de maior accidentalidade (17,5%). Em relação ao tipo de acidentes do trabalho, constatou-se que a maior parte dos acidentes notificados foi o de acidente típico (91,6%). Os membros superiores foram os mais atingidos (72,5%), com destaque para os dedos (51,1%) e mão (14,7%). A agulha foi o objeto causador responsável por 57,8 % dos acidentes. Os acidentes do trabalho com perfurocortantes representaram 67,1% do total de acidentes, principalmente durante o procedimento de descarte de material (6,3%). Quanto ao diagnóstico provável da lesão, observa-se que o acidente do trabalho com material perfurocortante foi o de maior impacto. Para avaliar a qualidade de vida dos acidentados do trabalho do ano de 2005, foi utilizado o instrumento validado SF-36. Constatou-se que os fatores que mais comprometeram a qualidade de vida dos trabalhadores foram, particularmente, as dimensões de Vitalidade 69,2 e Dor 67,8 de uma pontuação de zero (pior) a 100 (melhor). Conclui-se que o comprometimento da qualidade de vida pode estar interferindo no trabalho e conseqüentemente na ocorrência dos acidentes do trabalho.

Palavras-Chave: Acidente do trabalho, trabalhador hospitalar, qualidade de vida.

This is an exploratory and retrospective study of work-related accidents, and prospective in quality of life, conducted in three hospitals in the city of Mogi Guaçu, state of São Paulo, Brazil. In the first stage the population that was studied included the universe (n=286) of healthcare workers, of clinical, nursing and support staffs, victims of work accidents with register in Communications of Work Accidents. In the second stage, the population studied consists in 69 injured workers in the three hospitals during the year of 2005. The general objective was to analyse the occurrence of work accidents of different hospitals in the period between 2000 and 2005, considering its relation with the quality of life of the victims of work accidents in 2005. The study showed an amount of 25,6% of workers injured in the three hospitals. Workers injured mean age was 33 years old. Injuries among female workers were seen in 83.6% of cases. The average income was R\$ 677.80. The professional class with most incidence was nursing assistants (56%). A gradual evolution of accidents was observed in the three hospitals from 2000 to 2005. Most accidents were reported in 2005 (25,2%), in the month of August (12,5%), and most frequently on weekdays (74,4%). Most accidents reported occurred between the 7am to 7pm shift (70,6%). The highest frequency was seen between 0 to 4 hours worked (40,2%). The patient's bedroom was the place where most of accidents occurred (17,5%). In relation of accidents type, most accidents notified was typical accidents (91,6%). The upper members were most affected (72,5%), including fingers (51,1%), and hands (14,7%). Needle injury was the most frequent cause of work related accidents (57,8 %). Accidents associated with needlestick and sharp instruments were seen in 67,1% of the total number of injuries, where disposal of used needles were the most relevant activity related to accidents (6,3%). The most frequent diagnosis was needlestick and sharp instruments injury. In order to evaluate the quality of life of injured workers in 2005 the SF-36 Health Survey was used. The highest score observed that quality of life factors most affected was Vitality (69,2) and Pain (67,8), in values between zero (worst situation) and 100 (best situation) . The conclusion is that the commitment of quality of life can be affecting in work condition and also in work accidents occurrence.

Key words: Work Accident, health care worker, quality of life.

INTRODUÇÃO

A história da humanidade possui alguns momentos interessantes que, embora jamais tenham sido tratados como fatos históricos, mudaram o sentido da trajetória humana. Um deles, com certeza, diz respeito ao impreciso momento em que alguns homens entenderam que a eles caberia o uso das mãos e chamaram isso de trabalho (...) Na verdade, o que se vê, é o trabalho como prática da escravidão, e o mais grave, que o trabalho mata, mutila e faz adoecer (O' Neill e Moraes Jr, 2004).

O trabalho exerce um papel fundamental nas condições de vida e saúde dos indivíduos, em seus grupos familiares e na população em geral. A organização do trabalho e as condições em que o mesmo se realiza podem provocar desgastes, doenças e acidentes do trabalho (Benatti, 1997).

Drucker (2002) considera que o trabalho e o trabalhar diferem fundamentalmente entre si. O que é necessário para fazer o trabalho difere bastante do que é necessário para fazer o trabalhador realizar-se, e que a satisfação pessoal do trabalhador sem trabalho produtivo é malogro; para o autor malogro é também o trabalho produtivo que destrói a realização do trabalhador. Nenhum dos dois poderá sustentar-se sozinho por muito tempo.

De acordo com Albuquerque (2002), estamos vivenciando a ocorrência de uma crescente desregulamentação dos mecanismos de proteção ao trabalhador, e que pode ser observado pelo aumento da exclusão social, precariedade das condições do trabalho, redução da jornada laboral com redução proporcional dos salários, planos de demissões voluntárias, redução da abrangência do seguro desemprego, contratação de pessoal não qualificado para as ações de saúde com baixos salários. Esses fatores são agravados, ainda, por uma população cada vez mais pobre e mais doente, e instituições públicas com menos recursos para atender a demanda.

A esse respeito, Pires e Reis (1999) mencionam que a globalização da economia produz o terror pela ameaça do desemprego para os ainda empregados e, cada vez mais, a exclusão econômica social. Desemprego, desigualdade e exploração compõem o cenário sócio - político. Um modelo do Estado forte, mas desobrigado socialmente é o que se pode chamar de síntese do neoliberalismo

(Anderson, 1995). E a globalização da economia sob o neoliberalismo produz o terror pelo desemprego e pela ameaça de desemprego (Touriane, 1995).

Estudiosos como Portela, Monticelli e Nazário, em obra organizada por Cianciarullo (2002), postulam que, com a globalização, surgiu o progresso científico e a era da informática com o propósito de reformular o mundo. Porém, com o mundo reformulado à custa da globalização surgiu o desemprego, a fome, a falta de moradia, as doenças, a miséria, entre outros transtornos, bem como as diferenças sociais, que levaram um número crescente de indivíduos à miséria absoluta, afastando o homem do direito à vida, à liberdade e à igualdade. Para fazer frente a estes desencontros, aparecem as promessas, frustrações, a confusão de valores e o fim das certezas, provocando mal estar geral, euforia e a depressão. As pessoas parecem descontextualizadas e desvalorizadas.

A área da saúde, da educação e os setores produtivos estão sofrendo com o “enxugamento” dos gastos públicos. Com isso, o que estamos vivenciando é a redução nos investimentos, principalmente os relacionados à área social (educação, saúde, habitação) e à flexibilidade das formas de trabalho.

Pensar em saúde e em enfermagem, sob a ótica da globalização, necessita de reflexão, criatividade, trabalho, cooperativismo e certa dose de “otimismo”. Acredita-se que assim os trabalhadores da saúde e da enfermagem enfrentaram as dificuldades impostas pelas transformações no mundo do trabalho. Condições insalubres de trabalho predispõem qualidade de vida diminuída, o que pode interferir na ocorrência de acidentes do trabalho.

Deste modo, torna-se necessário que administradores, gerentes e enfermeiros reflitam sobre o seu papel, e principalmente, preocupem-se em investigar os riscos a que estão expostos os trabalhadores hospitalares. É preciso ter em mente que a responsabilidade pela qualidade de vida no trabalho em saúde não é individual, mas de todos ou de cada um na coletividade.

Esta reflexão acerca das condições de trabalho e promoção da saúde do trabalhador hospitalar surgiu da vivência laboral da pesquisadora, que desde sua formação em enfermagem e, principalmente, do cotidiano como enfermeira assistencial, responsável técnica e gerente operacional de hospitais de Mogi Guaçu, pôde vivenciar questões relacionadas às condições de trabalho dos

trabalhadores da área hospitalar. Isso permitiu desenvolver a elucubração acerca destas questões que envolvem, em especial, os trabalhadores de enfermagem.

Assim, com a finalidade de contribuir para a melhoria das condições de trabalho, redução do número de acidentes e otimização da qualidade de vida dos trabalhadores hospitalares, este estudo caracterizou a ocorrência dos acidentes do trabalho na categoria da enfermagem, da equipe médica e do serviço de apoio em três hospitais da cidade de Mogi Guaçu no período de 2000 a 2005.

Portanto, diante das reflexões emergentes de um cenário globalizado, este estudo poderá contribuir com subsídios para as instituições de saúde e em especial para as instituições hospitalares, no desenvolvimento de melhores condições de trabalho, de bem-estar, de respeito, de dignidade e ética para os trabalhadores expostos diariamente aos riscos ambientais e acidentes do trabalho e conseqüentemente gerar uma melhor qualidade de vida aos trabalhadores da grande área da saúde.

Considerando que os trabalhadores da saúde representam um grande contingente, estando estes, muitas vezes, expostos a condições de trabalhos insalubres, entende-se que devam ser sujeitos de vários estudos que demonstrem as relações existentes entre os acidentes do trabalho e qualidade de vida. Não há como negar que um indivíduo que trabalhe num local que não ofereça condições adequadas de trabalho estará com maiores dificuldades em estabelecer uma qualidade de vida satisfatória. Se o mesmo trabalha insatisfeito, desempenhará suas funções de forma descompromissada podendo desencadear acidentes do trabalho colocando em risco sua saúde e a do cliente atendido.

Diante de todas as considerações teóricas aqui realizadas, torna-se evidente que, ao analisar a ocorrência dos acidentes do trabalho e qualidade de vida dos trabalhadores, no exercício do seu trabalho, a pesquisadora estará contribuindo para reflexões acerca dos fatores de ocorrência do acidentes hospitalares. Pretendeu-se também, no final deste estudo, fornecer subsídios para a rejeição da responsabilização somente dos trabalhadores pelo acidente do trabalho acontecido.

Destaca-se que não se encontrou pesquisa nacional que aborde o acidente do trabalho, com trabalhadores hospitalares em associação com a

qualidade de vida do trabalhador acidentado, comprovando a necessidade da realização do presente estudo a fim de auxiliar os programas de prevenção e implantação de medidas de controle em hospitais.

Espera-se que com a realização deste estudo surjam, no bojo das categorias profissionais, discussões que possam agregar conhecimentos diversos a partir da elaboração de conceitos e que permitam atuações que busquem melhoria na qualidade de vida dos trabalhadores, gerando impactos sobre suas condições, quer, *in loco*, nos hospitais, quer na sua convivência com seus pares e com a sociedade.

1.1 Do trabalho à saúde do trabalhador

A preocupação dos estudiosos da saúde do trabalhador é assegurar ao homem que trabalha a proteção contra os efeitos perniciosos decorrentes de sua ocupação.

Historicamente o trabalho surge com o primeiro ser humano: A Adão foi dito “A terra é maldita, com sofrimento comerás dela todos os dias de tua vida” (...) “Comerás teu pão com o suor do teu rosto” Gênesis 3:19 (Bíblia Sagrada, 2000). Assim, há tempos o homem se ocupa com o trabalho e adocece. Entretanto, esta associação da doença ao trabalho começou a ser descrita recentemente, tendo sido ignorada por longo período de tempo.

Referenciais teóricos bibliográficos tratam, desde Antes de Cristo (AC), dos fatores nocivos do trabalho, como por exemplo, a prática dos chineses na fundição do alumínio, obra conhecida de Hipócrates (355 AC), "Ar, Água e Lugares", na qual discorre sobre o saturnismo. Hipócrates também descreveu a verminose nos mineiros e as cólicas intestinais nos trabalhadores com chumbo e as propriedades tóxicas desse metal (Mendes, 1995).

Em 1556, é publicado o livro “De Re Metallica”, de Georg Bauer, cujo conteúdo tratou dos diversos problemas relacionados à extração de minerais argentíferos e auríferos, e a fundição de prata e de ouro. Também discutiu, em um dos capítulos, os acidentes do trabalho e as doenças mais comuns entre os mineiros, provocadas por poeiras, mencionando a chamada "asma dos mineiros“.

Pela descrição dos sintomas e pela rápida evolução da doença, sugerem, a luz dos novos conhecimentos atuais, casos de silicose acontecidos já no século XV (Mendes, 1995).

Na literatura, observâncias surgiram, evidenciando a possibilidade de o trabalho estar relacionado ao adoecimento e, a partir daí, as repercussões do trabalho na saúde do homem começaram a ser avaliadas e estudadas. Em relação ao uso de equipamentos para proteção da saúde do trabalhador, Mendes (1995) relata que Plínio - velho naturalista romano, 23 Depois de Cristo (DC) - falou do aspecto dos trabalhadores de minas de mercúrio e chumbo, referenciando o uso do primeiro equipamento de proteção individual, que foram as máscaras feitas de bexigas transparentes.

Ao final do séc. XVI, já por volta de 1700, Ramazzini publica o livro intitulado: "As Doenças dos Trabalhadores" (De Morbis Artificum Diatriba), que lhe valeu o título de "Pai da medicina do trabalho". O autor descreveu uma série de doenças relacionadas aproximadamente a 50 profissões diversas, e acrescentou na anamnese Hipocrática uma pergunta, cujo notável valor pode ser bem avaliado até os dias atuais: "Qual é a sua ocupação?" (Mendes, 1995).

Deste modo pôde ser observado que a saúde do trabalhador foi sublimada, pois muitos destes estudos permaneceram praticamente ignorados por muitos séculos, e apenas recentemente começou a ser construído um corpo de conhecimento para sustentar a associação entre Trabalho, Saúde e Doença (Mendes, 1995).

Isto foi possível, em grande parte, pela Revolução Industrial, a qual propiciou preocupações e discussões acerca da saúde do trabalhador, enfocando o ambiente fabril. Isto porque este setor, altamente produtivo na época, era gerador de um elevado contingente de doentes, mutilados e mortos. Assim, nascia a medicina do trabalho para atender às expectativas do capital pela mudança no perfil de mão de obra, do trabalho e principalmente pelos custos gerados pelos acidentes no ambiente do trabalho (Mendes, 1995).

No início, a medicina do trabalho era centrada na figura do médico e não era questionada a organização do trabalho, sendo definida como área de conhecimento apenas no início do século XX. Porém, com a evolução acelerada

dos processos industriais e desenvolvimento tecnológico da época, o ambiente de trabalho tornou-se objeto de intervenção, originando o surgimento da saúde ocupacional, com a preocupação de assegurar ao homem que trabalha proteção contra os efeitos perniciosos decorrentes de sua ocupação (Mendes, 1995).

Mendes (1995) fala também das doenças relacionadas com o trabalho e do sonho de trabalhar sem necessariamente adoecer ou morrer em decorrência do mesmo. Cita o trabalho sem sofrimento, sem dor, doença ou morte, num mundo em rápida transformação, como uma das expressões deste processo de mudança.

Segundo Mendes (1995) a emergência da saúde do trabalhador em nosso país, deu-se a partir da década de 80. Cita também que esse processo social desdobrou-se em uma série de iniciativas e expressou-se nas discussões da VIII Conferência Nacional de Saúde: I Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores, e foi decisivo para a mudança de enfoque estabelecido na nova Constituição Federal de 1988.

Benatti (1997) menciona que no trabalho hospitalar é preocupante a saúde e as condições de trabalho dos trabalhadores e identifica em casuística os aspectos dos riscos do trabalho hospitalar, aprofundando seus estudos nesses ambientes, destacando aspectos e fatores predisponentes do risco desse trabalho

As Revistas publicadas pelo Conselho Regional de Enfermagem - Coren SP (2000-2007), ao descrever as condições de trabalho dos profissionais da saúde, têm apontado que, além da estrutura física precária no cenário do sistema de saúde, existe ainda o contato constante com pessoas sob tensão, baixos salários, dificuldades na conciliação da vida familiar e profissional, jornada dupla ou tripla, o que leva os trabalhadores a uma sobrecarga de atividades e cansaço, como também a um ambiente do trabalho desfavorável.

Para valorizar o trabalhador da saúde, proporcionando capacitação, treinamento e com a finalidade de estabelecer as diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores em serviços de saúde, bem como de prevenção dos riscos aos quais estes trabalhadores estão expostos, foi implantada e está em vigor a Norma Regulamentadora (NR-32) de Segurança e Saúde no Trabalho em

Estabelecimento de Saúde, publicada pelo Ministério do Trabalho e Emprego, através da Portaria 485/2005 (NR-32, 2005).

Ambientes livres de riscos, programa de imunização contra doenças transmissíveis, equipamentos de proteção individual e coletivo e capacitação continuada sobre como proceder em caso de acidentes, tornam-se algumas das obrigações dos empregadores da saúde (NR-32, 2005). Portanto torna-se necessário a integração de serviços tais como da Educação Continuada, Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA), Comissão e Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) e Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA), na identificação e conscientização dos riscos (biológicos, químicos, radiações, ergonômicos e outras exposições) e na implementação de medidas de controle.

Para fins de aplicação da NR-32 entende-se por serviços de saúde, qualquer edificação destinada à prestação de assistência à saúde da população, bem como todas as ações de promoção, recuperação, assistência, pesquisa e docência em saúde em qualquer nível de complexidade (NR-32, 2005).

Passam a ser algumas das obrigações do empregador fornecer aos trabalhadores ambientes livres de riscos e programas de imunização gratuita contra doenças transmissíveis. A NR-32 (2005) determina ainda que nenhum profissional exerça suas atividades sem o uso dos equipamentos de proteção individual e coletiva. Garante a capacitação continuada. Determina também medidas de proteção contra os riscos, tais como reformas para construção de refeitórios, vestiários e condições dignas de trabalho para os trabalhadores da saúde. A NR-32 (2005) é extensa e, em algumas questões, minuciosa, para prevenir grande parte dos problemas a que estão expostos os trabalhadores da área. Proíbe, por exemplo, o ato de fumar, o uso de adornos (brincos, colares) e de calçados abertos nos postos de trabalho.

A NR-32 (2005) abrange também os diferentes tipos de fatores de riscos a que estes trabalhadores estão expostos: biológicos, químicos, destacando-se os gases medicinais, medicamentos e drogas quimioterápicas, antineoplásicas, radiações ionizantes e outras situações típicas dos postos de trabalho hospitalares.

1.2 Acidente do Trabalho: proteção jurídica do trabalhador e registro de acidente

Na Antigüidade e na Idade Média, não havia proteção aos seres humanos no trabalho. Os processos econômicos de produção eram incipientes e o homem estava menos exposto aos riscos do trabalho (Nascimento, 2001).

Com a Revolução Industrial do Século XVIII, a máquina promoveu benefícios enormes para a humanidade e também fez as suas vítimas, aumentando consideravelmente o número de acidentes do trabalho. O trabalho reduziu o homem a um meio ou instrumento do sistema de produção utilizado em larga escala sem maiores cuidados quanto ao seu verdadeiro sentido e valor (Nascimento, 2001).

Assim, as transformações industriais que ocorriam na Europa, tornaram urgente uma elaboração legislativa de proteção ao trabalhador em muitos países. O Brasil ao ingressar na Organização Internacional do Trabalho (OIT), assumiu o compromisso de proteção à saúde do trabalhador através da assinatura do Tratado de Versalhes em 1919 (Nascimento, 2001).

A primeira Lei Brasileira de Acidente do Trabalho (AT) surgiu em 1919 e baseava-se no conceito de "risco profissional", considerando esse risco como sendo natural à atividade profissional. Essa legislação não estabelecia um seguro obrigatório, mas previa pagamento de indenização ao trabalhador ou à sua família, calculada de acordo com a gravidade das seqüelas do acidente, sendo que a prestação do socorro médico-hospitalar e farmacêutico era obrigação do empregador (Mendes, 1995; Benatti, 1997).

Desde então, a legislação brasileira de Acidentes do Trabalho, da Previdência Social, foi alvo de importantes modificações: em 1934, 1944, Lei 5316 de 1967, Lei 6367 de 1976 e em 1984. A legislação atualmente em vigor é a Lei Nº 8.213, de 24 de julho de 1991, (posteriormente regulamentada pelo Decreto Nº 611, de 21 de julho de 1992) (Campos e Campos, 1991).

De acordo com a legislação, além de ser responsável pela adoção e uso de medidas coletivas e individuais de proteção e segurança da saúde do trabalhador, a empresa deve contribuir com o financiamento da complementação

das prestações por acidente do trabalho proporcionalmente ao grau de risco de acidentes correspondente à sua atividade econômica (Campos e Campos,1991; Segurança, 2006).

Carvalho (2001) cita que, no Brasil, somente a partir de 1940, é que começaram as preocupações com problemas ocupacionais. Ainda segundo o autor, foi a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), de 1943, que influenciou no surgimento de normas disciplinadoras do direito e dos acidentes do trabalho no Brasil.

De acordo com a Lei Nº. 8.213 de 24 de julho de 1991, da Previdência Social, Acidente do Trabalho é o que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa, com o segurado empregado, trabalhador avulso, bem como com o segurado especial, no exercício de suas atividades, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que causa a morte, a perda ou redução, temporária ou permanente, da capacidade para o trabalho (Campos e Campos, 2001).

Também é considerado acidente do trabalho a doença profissional produzida ou desencadeada pelo exercício do trabalho peculiar a determinada atividade; a doença do trabalho é entendida como a adquirida ou desencadeada em função de condições especiais em que o trabalho é realizado, e que com ele se relacione diretamente. No percurso de casa para o trabalho, ou vice versa, o acidente é considerado como sendo de trajeto (Campos e Campos, 2001).

No início, a Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) tinha que ser feita à autoridade policial do lugar, pelo empregador, pelo próprio trabalhador acidentado, ou ainda, por terceiros. Atualmente, na falta de comunicação por parte da empresa, poderão emitir a CAT o próprio acidentado, seus dependentes, a entidade sindical competente, o médico que o assistiu ou qualquer autoridade pública. O acidentado ou seus dependentes, bem como o sindicato a que corresponda a sua categoria, deverão receber cópia fiel da CAT (Campos e Campos, 1991).

A empresa deverá comunicar o acidente do trabalho ocorrido com o empregado, havendo ou não afastamento do trabalho, até o primeiro dia útil seguinte ao da ocorrência e, em caso de morte, de imediato à autoridade competente, sob pena de multa variável entre o limite mínimo e o teto máximo do

salário de contribuição, sucessivamente aumentada nas reincidências, aplicada e cobrada na forma do artigo 286 do Regulamento da Previdência Social - RPS, aprovado pelo Decreto nº. 3.048, de 06/05/1999 (Campos e Campos, 1991).

A contabilização dos registros da CAT é feita considerando-se a data da ocorrência do evento acidente do trabalho. A contabilização dos acidentes do trabalho/mês é equivalente ao número de CATS registradas/data do acidente (Campos e Campos, 1991).

A Portaria nº 5.051, de 26/02/1999, considerando as necessidades de modernização do formulário Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT), de captação e disseminação de informações relativas aos acidentes do trabalho e doenças ocupacionais, aprovou um novo modelo de formulário, cuja implantação ocorreu em setembro de 1999 (Nascimento, 2001).

O texto explicativo, no Anuário de Acidente de Trabalho de Previdência Social Brasileira (2002), coloca que os acidentes do trabalho registrados, são aqueles cujas comunicações são protocolizadas e caracterizadas administrativa e tecnicamente, o que representa o reconhecimento oficial de tal evento. Estas informações são obtidas a partir da tabulação das Comunicações do Acidente do Trabalho - CAT, cadastradas nas unidades de atendimento da Previdência Social, e mediante Internet, segundo o tipo de acidente.

De acordo com estudo de investigação feito por Kirchof e Capellari (2004), os acidentes do trabalho são os agravos à saúde do trabalhador mais documentados em todo mundo mesmo levando em conta o sub-registro. As autoras citam que, no Brasil, os acidentes do trabalho tradicionalmente são comunicados ao Instituto Nacional da Seguridade Social (INSS). Este procedimento é realizado por meio do preenchimento e encaminhamento da Comunicação de Acidentes do Trabalho (CAT), feita mediante todo e qualquer acidente ocorrido no ambiente de trabalho. O mesmo é comunicado a fim de que o acidentado possa ser beneficiado em caso de afastamento do trabalho ou invalidez, além de servir como fonte de dados para análise epidemiológica.

A Comunicação de Acidentes de Trabalho é também considerada, por Kirchof e Capellari (2004), como a principal fonte para a obtenção de informações relativas aos acidentes do trabalho no país e, perante a lei, tal

notificação é considerada como compulsória, tendo em vista a comunicação de todo evento que venha a ser considerado acidente do trabalho.

Dados recentes do Ministério da Previdência Social, Coren (2006) apontam que o setor de saúde é o quinto no ranking de acidentes, superando áreas consideradas de alto risco como a da construção civil, a de eletricidade e as de indústrias extrativas. A saúde só está abaixo no ranking para as indústrias de transformação, agricultura e transportes.

A ocorrência dos acidentes do trabalho, acaba por incidir diretamente na vida dos acidentados interferindo em sua qualidade de vida pessoal e qualidade de vida no trabalho.

1.3 Bem estar e trabalho em saúde

O bem-estar é um desejo essencial do ser humano, propósito perseguido ao longo da história de nossa espécie, o homem buscando sempre melhorar sua forma de vida. Segundo a Organização das Nações Unidas (ONU), bem-estar, para o homem, é a educação, a cultura, a moradia, a alimentação, o emprego e a capacidade para o trabalho (Vasconcelos, 2002).

Nishide (2002) considera que o trabalho é fonte de bem estar, seja ele remunerado ou voluntário, proporcionando sensação de valor, de bem estar na vida. O trabalho é a maneira de as pessoas sentirem-se úteis e ativas na sociedade.

Pessoas treinadas e capacitadas crêem na qualidade de seu trabalho com o objetivo de cumprimento da missão da instituição. A educação proporciona essa consciência, pois educar as pessoas é criar nelas o orgulho pelo que fazem e dar-lhes entusiasmo pela excelência. É comprometê-las com o melhor. Educar as pessoas é criar novo ambiente de trabalho que as motive a se superarem continuamente. Pessoas motivadas adicionam valor aos processos e garantem resultados para a instituição (Mezomo, 2001).

Nascimento (2001), ao discorrer sobre das condições de trabalho subordinado, destaca as exigências de excessivas jornadas de trabalho e a exploração das mulheres com predominância do gênero feminino nas instituições

hospitalares. Ruprecht (1995), ao abordar sobre o princípio da dignidade humana, enfoca que, em primeiro lugar, os homens devem ser respeitados com todos os seus direitos como pessoa. Além disso, a remuneração deve permitir a ele e a sua família, pelo menos, uma vida honrada. Deve também fazer com que seu trabalho se desenvolva em condições de segurança, higiene e educação.

1.4 Qualidade de vida e trabalho

A Organização Mundial da Saúde (OMS) entende que Qualidade de Vida (QV) é a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Nessa definição são incluídos seis domínios principais: saúde física, estado psicológico, níveis de dependência, relacionamento social, características ambientais e padrão espiritual (Cianciarullo e Corneta, 2002).

O Conceito de QV foi utilizado pela primeira vez em 1964, pelo ex-presidente Lyndon Johnson dos Estados Unidos da América (EUA), ao relatar que por meio da qualidade de vida das pessoas é possível medir o alcance dos objetivos traçados pelo Estado. Este conceito tem sido partilhado por cientistas sociais, filósofos, políticos e profissionais da área da saúde e visa valorizar parâmetros mais amplos do que o controle de sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida (Whoqol Group, 1994).

Silva e Massarolo (1998) abordam qualidade como uma palavra de sobrevivência na atualidade, que leva as instituições de saúde a repensarem suas estruturas, seus processos e também suas relações de trabalho. Pensar em qualidade, na área da saúde, é pensar na atitude enquanto profissionais de saúde e questionar qual é a função da instituição de saúde na estrutura social, tendo em vista que esta instituição tem responsabilidade de preservar a vida das pessoas.

Para Fayers e Machin (2000), qualidade de vida (QV) é uma noção eminentemente humana e abrange muitos significados que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades e, portanto, um tema para pesquisas na área da saúde. Na definição proposta por Ferrans e

Powers (1985) QV é a sensação de bem estar de uma pessoa, que deriva da satisfação com as áreas da vida que são importantes para ela.

Para Oliveira (2004), o conceito de QV não possui um significado único; é um fenômeno complexo de difícil definição. Trata-se de estado subjetivo, podendo variar de pessoa para pessoa, de circunstância para circunstância, e ao longo do tempo para a mesma pessoa.

Portanto, trata-se de um termo polissêmico, com tendência a valorizar a apreciação pessoal que as pessoas fazem de sua vida e de seu bem estar. É influenciado pela história familiar e expectativas pessoais e também pela mídia (Saupe, 2002).

Além das considerações sobre QV, faz-se necessário um entendimento sobre o que seja qualidade de vida no trabalho.

Para Ciborra e Lanzara (1985), são várias as definições da expressão Qualidade de Vida no Trabalho (QVT), ora associando-a as características intrínsecas das tecnologias introduzidas e ao seu impacto; ora relacionando-a aos elementos econômicos, como salário, incentivos, abonos, ou ainda a fatores ligados à saúde física, mental e à segurança e, em geral, ao bem-estar daqueles que trabalham. Segundo estes autores, QVT é determinada por fatores psicológicos, como grau de criatividade, de autonomia, de flexibilidade de que os trabalhadores podem desfrutar, além dos fatores organizativos e políticos, como a quantidade de controle pessoal sobre o posto de trabalho ou a quantidade de poder que os trabalhadores podem exercitar sobre o ambiente circundante a partir de seu posto de trabalho.

Assim, a QVT é uma terminologia que tem sido largamente difundida nos últimos anos, inclusive no Brasil. Como incorpora uma imprecisão conceitual, vem dando margem a uma série de práticas nela contida que ora aproxima-se da qualidade de processo e de produto, ora com estas se confundem. O conceito vem impregnando propostas de práticas empresariais por meio dos programas de qualidade total (Rodrigues, 1991).

Recentemente, a preocupação com a QVT despertou o interesse na área da saúde em relação aos usuários do sistema de saúde e trabalhadores desta área (Gurgueira et al, 2003; Gobbi, 2003; Oliveira, 2004).

Embora muitos estudos tenham explorado diferentes facetas do acidente do trabalho como causa, conseqüências sociais, econômicas, não encontramos estudos que tenham investigado a QV de indivíduos acidentados no trabalho na área da saúde.

A literatura expõe que dentre as causas dos acidentes do trabalho destacam-se em primeiro lugar o perfurocortante, seguido de queda e acidente de percurso (Benatti, 1997). Assim é possível supor que a QV de indivíduos que sofreram acidente do trabalho seja comprometida.

Perante o exposto, este estudo visou analisar a ocorrência de acidente do trabalho no período de 2000 a 2005 com trabalhadores de três instituições hospitalares e a QV no trabalho das vítimas destes mesmos acidentes acontecidos no ano de 2005.

Destaca-se que são escassos os estudos que abordam a questão dos acidentes e QV no trabalho com trabalhadores hospitalares, comprovando a pertinência da realização deste estudo.

OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar a ocorrência de acidente do trabalho no período de 2000 a 2005 com trabalhadores de três instituições hospitalares e a qualidade de vida no trabalho das vítimas destes mesmos acidentes acontecidos no ano de 2005.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar os acidentes do trabalho ocorridos no período entre 2000 e 2005 em trabalhadores hospitalares de três diferentes instituições;
- Analisar a prevalência dos acidentes do trabalho ocorridos neste período entre estes trabalhadores;
- Avaliar a qualidade de vida dos trabalhadores acidentados nestas instituições, no decorrer do ano de 2005.

MATERIAL E MÉTODOS

3.1 Desenho do estudo

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, que envolveu duas etapas de coleta de dados, sendo a primeira de caráter retrospectivo para identificação dos acidentados no trabalho em três hospitais do interior do Estado de São Paulo, no período de 2000 a 2005, e a segunda para avaliação da QV de amostra de acidentados em 2005.

3.2 Cenário do estudo

Mogi Guaçu pertence à região nordeste do Estado de São Paulo e faz parte da região da Baixada Mogiana. Entre as cidades da micro região é a maior em número de habitantes. Está localizada na região de Pirassununga - 19ª região. Embora não faça parte da Região Metropolitana de Campinas (RMC), pode-se dizer que o município faz parte da macro-região de Campinas. O município é cortado pelo rio que originou seu nome, cujo significado, na língua dos primeiros habitantes (índios da tribo tupi-guarani), é "Rio Grande das Cobras" (Legaspe, 2003). O município de Mogi Guaçu ocupa a 97ª posição entre as cidades paulistas (645 municípios). em nível de alta condição de desenvolvimento humano e está no 336º no ranking nacional (5.510 municípios).

O estudo foi realizado em três hospitais:

- Hospital São Francisco (A)

O Hospital São Francisco de Mogi Guaçu teve sua pedra fundamental lançada em 1986 e nesse mesmo ano iniciou suas atividades ambulatoriais em prédio provisório. Em primeiro de Setembro 1988, passou a funcionar em seu prédio definitivo. É um Hospital geral e maternidade, que mantém atendimentos particulares e convênios, 105 leitos, com Unidades de Internação, Unidade de Tratamento Intensivo (UTI), Ambulatório e Centro Cirúrgico com cinco salas cirúrgicas. Conta com 360 funcionários, contratados pelo regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), e possui como serviço terceirizado, a fisioterapia com

três fisioterapeutas. É dirigido por um Conselho Administrativo (consultivo e fiscal).

- Santa Casa de Misericórdia (B)

A Santa Casa de Mogi Guaçu foi fundada em 22 de Novembro de 1913, limitando-se a abrigar doentes desprovidos de recursos, oferecendo-lhes cama e comida. Somente a partir de 1957, foi lançada a pedra fundamental. É um hospital geral e maternidade, presta atendimentos ao Sistema Único de Saúde (SUS), particular e convênios diversos.

A instituição atualmente com 181 leitos, é dividida em Unidade de Internação, Unidade de Tratamento Intensivo (UTI), Unidade Coronariana(UCO), Pronto Socorro e um Centro Cirúrgico com 10 salas cirúrgicas. Conta com um quadro de 457 funcionários, contratados sobre regime de Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e quatro funcionários terceirizados que fazem parte do serviço de segurança patrimonial. É dirigido por uma mesa administrativa e possui como membros, provedor, tesoureiro e representantes da população.

- Hospital Dr. Tabajara Ramos (C)

É um hospital municipal e teve sua história iniciada há 38 anos, como Pronto Socorro Municipal, presta assistência médica e de ambulatório à população em geral.

Foi inaugurado e denominado como Hospital Dr. Tabajara Ramos em 1983. Possui 42 leitos em funcionamento e conta com 300 funcionários, contratados pelo regime de Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e não possui funcionários terceirizados. Presta atendimento à população em geral, concentrando suas atividades no Pronto Socorro, Centro Cirúrgico, Centro de Especialidades e Quimioterapia. Não possui Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) e Maternidade. Neste caso encaminha a maioria de seus pacientes para a Santa Casa local. É dirigido por um superintendente e uma diretoria clínica e administrativa.

3.3 Sujeitos do estudo

A pesquisa foi realizada com os trabalhadores pertencentes a três hospitais, sendo um da rede privada (A), um filantrópico (B) e um da rede pública (C), do município de Mogi Guaçu.

Foram identificados 286 trabalhadores acidentados do trabalho, no período de 2000 a 2005, pertencentes à equipe médica, enfermagem e apoio (lavanderia, limpeza e manutenção e serviço de nutrição) e que registraram os acidentes por meio da CAT (Anexo 2).

A seguir, para avaliação da QV, foram selecionados os trabalhadores acidentados que estavam exercendo regularmente suas funções no ano de 2005 (n=72). Entretanto, foram excluídos 11 trabalhadores que se encontravam afastados por demissão, licença médica ou recusa.

3.4 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada pela própria pesquisadora no período de fevereiro a abril de 2006, de acordo com duas etapas:

1). Primeira etapa: Obtenção de dados retrospectivos registrados na ficha de Comunicação de Acidentes de Trabalho (CAT) dos três hospitais, no período de 2000 a 2005 (Anexo II). Os dados obtidos na CAT possibilitaram a caracterização sócio-demográfica dos trabalhadores acidentados e do acidentes do trabalho acontecidos. Destaca-se que a CAT tem sido utilizada em estudos da área de saúde do trabalhador (Cortez, 2001; Pousa 2002; Balsamo, 2002).

2). Segunda etapa: foi avaliada a QV dos trabalhadores acidentados no ano de 2005 (n=61), por meio da auto-aplicação do SF-36 - *Medical Outcomes Study 36 – item short form health survey*, um questionário genérico de avaliação de QV desenvolvido por Ware e Sherbourne (1992) e adaptado para a cultura brasileira por Ciconelli (1997); Ciconelli et al (1999) (Anexo III). Trata-se de um questionário auto-respondido composto por oito escalas: Capacidade Funcional, Aspectos Físicos, Dor, Estado Geral de Saúde, Vitalidade, Aspectos Sociais, Aspectos Emocionais, Saúde Mental e mais uma questão de avaliação

comparativa entre as condições de saúde atual e a de um ano atrás. Apresenta um escore final de zero a 100 para cada domínio, no qual zero corresponde a um pior estado geral de saúde e 100 a um melhor estado de saúde (Martinez et al., 1999; Oliveira, 2004). Destaca-se que o SF-36 tem sido utilizado em estudos sobre a QV do trabalhador da área da saúde (Célia, 2003; Oliveira, 2004; Martarello 2005; Gurgueira, 2005).

A opção por uma avaliação de saúde auto-referida contempla as percepções do indivíduo e, conforme relatam Lunderberg e Manderbacka (1996), a medida de saúde-avaliada tem demonstrado ser uma estratégia válida como representativa da saúde global da pessoa.

Previamente à aplicação do SF -36, os trabalhadores foram convidados a participar do estudo, por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 1). Somente após a obtenção do TCLE, foram entregues os questionários no local de trabalho, diretamente pela pesquisadora.

3.5 Processamento e análise dos dados

A análise dos dados foi realizada sob a orientação do Serviço de Estatística da Comissão de Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP. Os dados obtidos dos instrumentos utilizados foram transferidos para uma planilha do programa Microsoft Excel, 2002. Foi utilizado o programa The Statistical Analysis System - SAS, versão 8.02 (SAS, 1999 -2001) para as seguintes análises:

- **Descritiva:** com confecção de tabelas de freqüência, medidas de posição (média, mediana, mínima e máxima) e dispersão (desvio-padrão);
- **De variância** (ANOVA) com transformação em Rank, devido a não existência de normalidade na distribuição dos dados. Foi empregado Teste de Tukey para identificar as diferenças entre os grupos;

- **De associação** (Teste qui-quadrado): para verificar a associação entre as variáveis categóricas. Quando os valores esperados foram menores que cinco (5), utilizou-se o teste Exato de Fisher;
- **Consistência interna**: para verificação da consistência dos domínios do SF-36 por meio da determinação do Coeficiente Alfa de Cronbach. Foi estabelecido como evidência de consistência interna satisfatória, valor superior a 0,70 (Nunnally, 1978).

O nível de significância adotado foi de 5%.

3.6 Aspectos éticos

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp e aprovado sob o parecer nº 290/2005 (Anexo 1), homologado na VIII Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 23 de Agosto de 2005.

Foram garantidos o sigilo dos dados e as informações coletadas. A pesquisa cumpriu as exigências da resolução 196/96 e 251/97 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 1996).

A participação dos trabalhadores ocorreu de forma voluntária. O sigilo profissional e pessoal, bem como o caráter confidencial das informações obtidas, foram garantidos. O estudo ocorreu mediante a autorização das diretorias das instituições envolvidas na presente pesquisa e da assinatura do TCLE (Apêndice 1).

RESULTADOS

4.1 Caracterização dos acidentes do trabalho

Para caracterização dos acidentes do trabalho foram levantadas 286 fichas de CAT dos três hospitais. Para a análise considerou-se um total de 1117 trabalhadores, cálculo obtido junto aos hospitais pesquisados no ano de 2005.

Tabela 1: Distribuição dos acidentes do trabalho notificados segundo a incidência acumulada por hospital, 2000-2005.

Hospital	Trabalhadores	Trabalhadores Acidentados	
	n	n	%
A	360	73	20,2
B	457	120	26,2
C	300	93	31,0
Total	1117	286	25,6

n = Tamanho da amostra estudada

A Tabela 1 apresenta a totalidade (n=286) dos trabalhadores da saúde que se acidentaram no decorrer dos anos de 2000 a 2005 nos três hospitais do município de Mogi Guaçu, cuja incidência acumulada em seis anos foi de 25,6% do total de trabalhadores (n=1117). O hospital C (municipal) apresentou o maior número percentual de acidentes ocorridos no período do estudo (31%).

Os dados dos trabalhadores da saúde aqui levantados demonstram grande variação na idade dos trabalhadores acidentados (19 a 59 anos). A média de idade dos trabalhadores acidentados do hospital A foi significativamente menor do que a dos trabalhadores do hospital C, quando comparados entre si ($A \neq C$) (p-valor =0,011) (Tabela 2).

Tabela 2: Distribuição dos acidentes do trabalho segundo a idade dos acidentados, 2000-2005.

Variável	Hospitais									p-valor*	
	A			B			C				Total
	n	Média (±dp)	Mediana	n	Média (±dp)	Mediana	n	Média (±dp)	Mediana		n
Idade	73	30,6 (±8,9)	27	120	33,2 (±9,7)	32	93	35,1 (±8,9)	36	286	=0,011 A≠C

*Teste Anova nos ranks

A Tabela 3 demonstra que nos três hospitais estudados, o número de acidentados do trabalho foi significativamente maior entre as mulheres (Teste qui-quadrado: p-valor = 0,037). No Processo de Trabalho dos hospitais brasileiros, a grande maioria dos trabalhadores de enfermagem e pessoal de apoio é do sexo feminino, sendo portanto muito exposto a situações de risco.

Tabela 3: Distribuição dos acidentes do trabalho segundo o sexo dos acidentados, 2000-2005.

Sexo	Hospital A		Hospital B		Hospital C		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Feminino	68	93,1	96	80	75	80,7	239	83,6
Masculino	5	6,9	24	20	18	19,3	47	16,4
Total	73	100	120	100	93	100	286	100

Teste Qui-quadrado ($\chi^2 = 6,572$) p-valor = 0,037

A distribuição dos trabalhadores acidentados segundo a remuneração mensal (Tabela 4) evidencia que os trabalhadores do hospital A apresentaram renda significativamente maior que os trabalhadores dos hospitais B e C (p-valor = 0,000; Teste de Tukey). A maior remuneração foi encontrada no hospital A da rede privada (R\$ 677,80), e a menor remuneração no hospital B, filantrópico (R\$ 563,30).

Tabela 4: Distribuição dos acidentes do trabalho segundo a remuneração mensal dos acidentados, 2000-2005.

Variável	Hospitais									p-valor*	
	A			B			C				Total
	n	Média (±dp)	Mediana	n	Média (±dp)	Mediana	n	Média (±dp)	Mediana		n
Renda mensal**	73	677,8 (±255,5)	622	120	563,3 (±425,7)	497	93	581,9 (±429,8)	441	286	=0,0001 A≠B e C

* Anova nos ranks; ** A renda mensal está apresentada em moeda corrente do país(real).

Em relação à categoria ocupacional (Tabela 5), observou-se que o número de acidentes de trabalho foi maior entre os auxiliares de enfermagem, diferença que foi estatisticamente significativa (Teste Qui-quadrado: p-valor <0,0001). Os trabalhadores de apoio (lavanderia, limpeza, e nutrição) aparecem em segundo lugar em índice de acidentes (26,2%).

Tabela 5: Distribuição dos acidentes do trabalho segundo a categoria ocupacional dos acidentados, 2000-2005.

Categoria	Hospital			Total	
	A	B	C	n	%
Auxiliar de enfermagem	31	75	54	160	56,0
Apoio	19	32	24	75	26,2
Técnico de enfermagem	22	10	0	32	11,2
Médico	0	2	10	12	4,2
Enfermeiro	1	1	5	7	2,4
Total	73	120	93	286	100

Teste Qui-quadrado: (p-valor <0,0001)

A distribuição dos acidentes segundo o ano em que ocorreram (Tabela 6), possibilita a visualização do universo do AT de cada hospital pesquisado.

Tabela 6: Distribuição dos acidentes do trabalho segundo o ano de ocorrência do acidente, 2000-2005.

Ano de Ocorrência	Hospital			Total	
	A	B	C	n	%
2000	1	13	9	23	8,1
2001	6	7	19	32	11,2
2002	16	20	17	53	18,5
2003	10	18	11	39	13,6
2004	14	33	20	67	23,4
2005	26	29	17	72	25,2
Total	73	120	93	286	100

De acordo com a distribuição dos ATs, segundo o mês de ocorrência dos acidentes (Tabela 7), constatou-se que no hospital A, o maior número de acidentes ocorreu no mês de outubro e nos hospitais B e C, no mês de agosto. Nos três hospitais estudados o maior índice de acidentes foi encontrado no segundo semestre do ano, (52,1%).

Tabela 7: Distribuição dos acidentes do trabalho segundo o mês de ocorrência do acidente, 2000 - 2005.

Mês de Ocorrência	Hospital			Total	
	A	B	C	n	%
Janeiro	6	5	7	18	6,3
Fevereiro	5	11	9	25	8,8
Março	4	13	9	26	9,1
Abril	4	6	9	19	6,7
Mai	4	6	10	20	7,0
Junho	7	13	9	29	10,0
Julho	9	6	5	20	7,0
Agosto	7	17	12	36	12,5
Setembro	3	14	7	24	8,4
Outubro	13	11	3	27	9,5
Novembro	6	6	2	14	4,9
Dezembro	5	12	11	28	9,8
Total	73	120	93	286	100

Teste Qui-quadrado: (p-valor=0,479)

Na ocorrência dos acidentes de acordo com o dia da semana (Tabela 8), não foi encontrada significância estatística (p-valor=0,479, Teste Qui-

quadrado). Entretanto, percebe-se que os acidentes ocorreram, na sua maioria, durante os dias úteis da semana (74,4%).

Tabela 8: Distribuição dos acidentes do trabalho segundo o dia da semana do acidente, 2000- 2005.

Dia da Semana	Hospital			Total	
	A	B	C	n	%
Domingo	6	21	9	36	12,6
Segunda	14	17	17	48	16,8
Terça	15	15	18	48	16,8
Quarta	8	18	19	45	15,7
Quinta	10	19	10	39	13,6
Sexta	9	15	9	33	11,5
Sabado	11	15	10	36	12,6
Ignorado	0	0	1	1	0,4
Total	73	120	93	286	100

Teste Qui-quadrado; p-valor = 0,479

Quanto ao turno de ocorrência do AT (Tabela 9) verifica-se que os acidentes ocorreram de maneira expressiva entre 7 e 19 horas (70,6%) nos três hospitais estudados, o que foi significativamente maior que o número de acidentados nos demais turnos de trabalho (Teste Qui-quadrado; p-valor = 0,001).

Tabela 9: Distribuição dos acidentes do trabalho segundo a hora de ocorrência do acidente, 2000-2005.

Horário de Ocorrência	Hospital			Total	
	A	B	C	n	%
7 - 19	40	87	75	202	70,6
19 - 7	33	33	18	84	29,4
Total	73	120	93	286	100

*Teste Qui-quadrado ; p-valor = 0,001

Nota: Jornada de 12 Horas trabalhadas por 36 Horas de descanso (12x36)

Segundo as horas já trabalhadas observou-se que a maioria dos acidentes ocorreu entre zero e quatro horas do trabalho iniciado (40,2%), nos três hospitais estudados, porém esta diferença não foi estatisticamente significativa (p-valor = 0,403). (Tabela 10) Observa-se também que os ATs acontecidos até doze

horas de trabalho atingem a somatória de 94,7% dos ATs e os 5,3% dos ATs após 12 horas foram acidentes de percurso.

Tabela 10: Distribuição do número de acidentes do trabalho segundo horas já trabalhadas pelos acidentados, 2000-2005.

HORAS JÁ TRABALHADAS	HOSPITAL			TOTAL	
	A	B	C	n	%
0 - 4	22	49	44	115	40,2
4 - 8	20	30	20	70	24,4
8 -12	25	35	26	86	30,1
>12	6	6	3	15	5,3
TOTAL	73	120	93	286	100

Teste Qui-quadrado: p-valor = 0,403

Segundo o local do acidente (Tabela 11) o quarto/leito do paciente foi o de maior acidentalidade (17,5%), seguido do ambulatório (16,5%) e do posto de enfermagem (12,9%).

Tabela 11: Distribuição dos acidentes do trabalho segundo o local do acidente 2000-2005.

Local do Acidente	Hospital			Total	
	A	B	C	n	%
Quarto do paciente	17	22	11	50	17,5
Ambulatório	4	9	34	47	16,5
Posto de enfermagem	18	18	1	37	12,9
Via pública	10	5	8	23	8,1
Centro cirúrgico	2	7	12	21	7,4
Central de material	2	12	4	18	6,3
Unidade de tratamento intensivo	2	12	0	14	4,9
Berçário/neonatal	3	9	0	12	4,2
Cozinha	4	6	2	12	4,2
Corredor	2	4	3	9	3,1
Lavanderia	1	4	4	9	3,1
Pátio do hospital	2	4	3	9	3,1
Domicílio do paciente	2	0	3	5	1,8
Radiologia	1	1	2	4	1,4
Oncologia	0	0	4	4	1,4
Sala de ortopedia	1	2	0	3	1,0
Sala de parto	0	3	0	3	1,0
Outros	2	2	2	6	2,1
Total	73	120	93	286	100

Em análise de 286 CATs constatou-se que, em relação ao tipo de acidente (Tabela 12), a maior percentagem encontrada foi para o acidente típico, portanto, acidentes ocorridos durante o processo de trabalho (91,6%).

Tabela 12: Distribuição dos acidentes do trabalho segundo o tipo de acidente, 2000 - 2005.

Tipo	Hospital			Total	
	A	B	C	n	%
ACIDENTE TÍPICO	63	114	85	262	91,6
ACIDENTE DE TRAJETO	10	6	7	23	8,0
DOENÇA OCUPACIONAL	0	0	1	1	0,4
Total	73	120	93	286	100

A Tabela 13 mostra que nos três hospitais estudados, a parte do corpo do trabalhador freqüentemente mais atingida pelo AT foram os membros superiores (72,5%), principalmente dedos e mãos (65,8%), em razão dos acidentes perfurocortantes. Os membros inferiores (pé, joelho) totalizaram 7,3% dos ATs e foram decorrentes de traumatismo devido principalmente à contusão, queda ou torção.

Tabela 13: Distribuição dos acidentes do trabalho segundo a parte do corpo atingida pelo acidente, 2000 – 2005.

Parte do Corpo Atingida	Hospital			Total	
	A	B	C	N	%
Dedo	34	71	41	146	51,1
Mão	12	14	16	42	14,7
Braço	7	6	6	19	6,7
Pé	4	8	2	14	4,9
Coluna	1	3	9	13	4,6
Olhos	2	4	5	12	4,1
Joelho	2	5	0	7	2,4
Outros	10	9	14	33	11,5
Total	73	120	93	286	100

Em relação à situação geradora (Tabela 14) e agente causador do acidente do trabalho (Tabela 15), os acidentes perfurocortantes foram os mais relevantes sendo responsáveis por 67,1% dos acidentes, tendo os acidentes por agulhas atingido 57,8% dos casos. Destes acidentes por agulhas, 48,3% foram ocasionados por agulhas com lúmen e 9,5% por agulhas sem lúmen (Tabela 15). Destaca-se que foram considerados acidentes por materiais perfurocortantes além das agulhas, os cateteres intravenosos e os scalpels, a lâmina de bisturi, a faca e os estilhaços de ampola de vidro.

Tabela 14: Distribuição dos acidentes do trabalho segundo a situação geradora do acidente, 2000-2005.

Situação Geradora	Hospital			Total	
	A	B	C	n	%
Perfurocortante	48	85	59	192	67,1
Queda	14	8	3	25	8,7
Lesão/contusão	0	2	18	20	7,0
Erro no descarte	11	6	1	18	6,3
Respingo	0	7	3	10	3,5
Torção	0	8	0	8	2,8
Agressão	0	1	6	7	2,5
Compressão	0	2	3	5	1,8
Pancada	0	1	0	1	0,3
TOTAL	73	120	93	286	100

Tabela 15: Distribuição dos acidentes do trabalho segundo o agente causador do acidente, 2000-2005.

AGENTE CAUSADOR	HOSPITAL			TOTAL	
	A	B	C	n	%
AGULHA COM LÚMEN	39	64	35	138	48,3
AGULHA SEM LÚMEN (sutura, cateter, lanceta)	11	8	8	27	9,5
ESTRUTURA FÍSICA (sarjeta/calçada/rampa/piso)	5	14	3	22	7,7
VEÍCULOS (bicicleta/moto/carro)	10	3	9	22	7,7
LÂMINAS (barbear e bisturi)	1	13	6	20	7,0
FLUIDOS CORPORAIS	3	8	3	14	4,8
POSTURA NÃO ERGONÔMICA/ESFORÇO FÍSICO	0	1	11	12	4,2
MATERIAL CORTANTE (faca/afastador/ampolas)	3	2	6	11	3,8
EQUIPAMENTOS/MOBILIÁRIOS/OBJETOS	0	5	4	9	3,1
AGRESSÃO POR PACIENTE	0	1	6	7	2,4
SUBSTÂNCIAS DIVERSAS	1	1	2	4	1,4
TOTAL	73	120	93	286	100

Segundo a atividade desenvolvida pelo acidentado no momento do AT o descarte do material pós procedimento foi o de maior impacto (16,8%). Também se destacaram os acidentes durante as atividades de preparo e administração de medicação (12,5%), bem como os acidentes de trajeto, que ocorrem antes da entrada e depois da saída do trabalho (8,7%) (Tabela 16).

Tabela 16: Distribuição dos acidentes do trabalho segundo a atividade desenvolvida pelo acidentado no momento do acidente, 2000-2005.

Atividade desenvolvida	Hospital			Total	
	A	B	C	n	%
Descarte material pós-procedimento	15	24	9	48	16,8
Preparo /administração de medicação	10	11	15	36	12,5
Cuidado ao paciente	3	6	9	18	6,3
Limpeza da unidade	1	10	5	16	5,6
Lavagem de material	0	10	5	15	5,2
Coleta de sangue	1	9	4	14	4,9
Antes da entrada do trabalho	5	4	4	13	4,5
Retirada de venóclise	7	4	2	13	4,5
Realização de glicemia capilar	5	5	2	12	4,2
Após saída do trabalho	7	2	3	12	4,2
Auxilio a procedimento	1	6	4	11	3,8
Circulação	1	7	3	11	3,8
Transporte de paciente	0	2	8	10	3,5
Punção venosa	3	4	2	9	3,1
Cirurgia	0	0	9	9	3,1
Retirada de lixo	7	1	0	8	2,8
Lavagem de roupa	1	4	3	8	2,8
Preparo de refeição	4	2	0	6	2,1
Manuseio de material	1	1	3	5	1,7
Reencape de agulha	1	2	0	3	1,1
Outros	0	6	3	9	3,5
Total	73	120	93	286	100

Quanto ao diagnóstico da lesão (Tabela 17) observa-se que a maior frequência foi para os acidentes causados por perfuração nos dedos, mãos e braços (52,5%), seguidos pelos ferimentos cortantes (14,1).

Tabela 17: Distribuição dos acidentes do trabalho segundo o diagnóstico provável da lesão sofrida pelo trabalhador, 2000-2005.

Diagnóstico provável	Hospital			Total	
	A	B	C	n	%
Perfuração n0 dedo	33	57	33	123	43,1
Ferimento cortante	6	16	18	40	14,1
Perfuração no braço e mão	10	12	5	27	9,4
Lesão nos membros superiores	2	5	10	17	5,9
Contaminação por sangue/secreção	3	8	5	16	5,6
Cervicobraquialgia	1	5	9	15	5,2
Perfuração na perna e pé	5	5	2	12	4,2
Lesão nos membros inferiores	4	3	4	11	3,8
Torção no pé	1	7	0	8	2,8
Escoriações no corpo	5	0	0	5	1,7
Politraumatismo	0	1	2	3	1,1
Lesão no olho	0	1	2	3	1,1
Perfuração no glúteo	2	0	0	2	0,7
Lesão no abdomen	0	0	2	2	0,7
Queimadura com água quente na face	1	0	0	1	0,3
Síndrome do tunel do carpo	0	0	1	1	0,3
Total	73	120	93	286	100

4.2 Qualidade de vida

Para análise da QV no trabalho primeiramente optou-se pela seleção da amostra estudada, ou seja, todos os trabalhadores acidentados no decorrer do ano de 2005, totalizando, após exclusão de 11 acidentados que se encontravam afastados por diversos motivos, 61 trabalhadores.

A caracterização sociodemográfica e ocupacional de 61 trabalhadores acidentados em 2005 dos três hospitais estudados é apresentada na Tabela 18.

Tabela 18: Caracterização sociodemográfica e ocupacional dos trabalhadores acidentados do ano de 2005 (n= 61).

	Hospitais			Total
	A	B	C	
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Sexo Masculino	0 0,0	5 8,2	4 6,5	9 14,7
Sexo Feminino	23 37,7	19 31,1	10 16,3	52 85,2
Idade	23 30,5	24 31,1	14 37,2	61 98,9
Turno (em horas)				
7 – 19	16 26,2	13 21,3	14 22,9	43 70,4
19 – 7	7 11,4	11 18,0	0 0,0	18 29,5
Afastamento				
Não	20 32,7	21 34,4	12 19,6	53 86,8
Sim	3 4,9	3 4,9	2 3,2	8 13,1
Categoria Ocupacional				
Apoio	9 14,7	2 3,2	3 4,9	14 22,9
Auxiliar	7 11,4	17 27,8	6 9,8	30 49,1
Técnico	7 11,4	4 6,5	0 0,0	11 18,0
Enfermeiro	0 0,0	0 0,0	1 1,6	1 1,6
Médico	0 0,0	1 1,6	4 6,5	5 8,2

As medidas de QV obtidas com a aplicação do SF-36, bem como os valores de Alfa de Cronbach obtidos para cada domínio estão apresentados na Tabela 19.

Tabela 19: Análise descritiva dos domínios do SF-36 e Alfa de Cronbach, em trabalhadores acidentados do ano de 2005 (n=61).

Domínios SF - 36	Hospital A (n=23)			Hospital B (n=24)			Hospital C (n=14)			p-valor*	Alfa de Cronbach
	Média	Desvio Padrão	Mediana	Média	Desvio Padrão	Mediana	Média	Desvio Padrão	Mediana		
Capacidade Funcional	95,0	6,6	100,0	93,5	8,4	95,0	91,0	8,5	92,5	0,3345	0,5793
Aspectos Físicos	81,5	31,3	100,0	91,6	14,1	100,0	76,7	35,9	100,0	0,5114	0,7831
Dor	79,2	22,6	84,0	82,3	17,5	84,0	67,8	19,9	62,0	0,1245	0,8590
Estado Geral de Saúde	85,0	14,9	87,0	85,7	15,2	90,0	78,6	14,6	81,0	0,2310	0,6804
Vitalidade	74,5	17,3	80,0	77,2	11,3	80,0	69,2	18,6	77,5	0,5800	0,8182
Aspectos Sociais	84,2	20,0	100,0	88,0	11,4	87,5	76,7	30,1	93,7	0,9318	0,6286
Aspectos Emocionais	87,0	28,0	100,0	90,2	15,5	100,0	83,3	31,3	100,0	0,9053	0,6467
Saúde Mental	81,0	15,5	84,0	85,0	10,1	84,0	76,8	22,8	84,0	0,7858	0,8796

*Anova nos Ranks

Considerando-se que os escores em cada domínio podem variar de zero a 100, os resultados obtidos mostram que estes trabalhadores acidentados apresentaram valores médios elevados na grande maioria dos domínios analisados. Os domínios Vitalidade e Dor apresentaram a menor pontuação nos três hospitais estudados.

Quanto à consistência interna do SF-36, foram constatados valores de Alfa de Cronbach satisfatórios, ou seja, superior a 0,60 na maioria dos domínios estudados, com exceção do domínio Capacidade Funcional (0,57). Nos domínios Aspectos Sociais e Aspectos Emocionais os valores de alfa de Cronbach foram limítrofes (0,62 e 0,64, respectivamente).

A comparação dos escores médios de QV entre os hospitais estudados mostra que os trabalhadores acidentados do hospital C apresentaram menores escores médios em todos os domínios analisados, porém esta diferença não foi estatisticamente significativa. Os trabalhadores acidentados do hospital B apresentaram escores médios superiores aos demais, com exceção da pontuação do domínio de Capacidade Funcional, que foi superior entre os trabalhadores do hospital A, porém esta diferença também não foi estatisticamente significativa.

Para facilitar a visualização dos resultados apresentados na Tabela 19, os dados foram detalhados na Figura 1, demonstrando que os trabalhadores acidentados do hospital C apresentaram menores escores médios em todos os domínios analisados, embora esta diferença não tenha sido estatisticamente significativa.

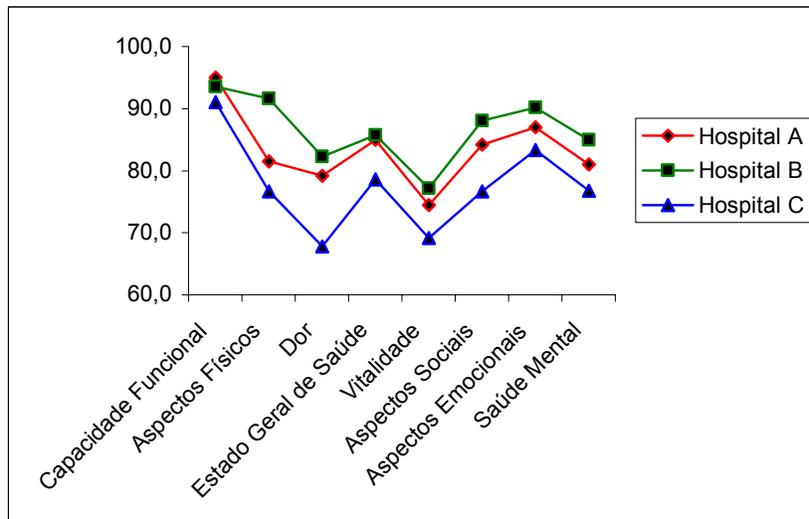


Figura: 1: Distribuição da média comparativa dos Domínios do SF-36, em trabalhadores acidentados do ano de 2005.

DISCUSSÃO

5.1 Sobre a caracterização dos acidentes do trabalho

O período investigado foi de 1º de janeiro de 2000 a 31 de dezembro de 2005. Foram levantadas 286 fichas da Comunicação de Acidentes do Trabalho (CAT). Considerou-se um total de 1117 trabalhadores nos três hospitais estudados.

A incidência acumulada encontrada no período foi de 25,6% como mostra a Tabela 1. Este resultado quando comparado com outros resultados constatou: Benatti (1997), em seu estudo em um hospital Universitário, no período de 1º janeiro a 30 de junho de 1995, encontrou 100 trabalhadores acidentados (8,2% de incidência acumulada no período). Souza (1999), em seu estudo com acidentes do trabalho ocorridos no ano de 1996 em cinco hospitais (privados e públicos), constatou 373 acidentes do trabalho. Pousa (2002), em um hospital particular de Campinas no período de Janeiro 1996 a dezembro de 2000, encontrou 213 acidentes registrados.

A Organização Mundial do Trabalho por meio de relatório apresentado no 27º Congresso Mundial sobre Segurança e Saúde no Trabalho em setembro de 2005 em Orlando (Flórida), mostra que o número de doenças e mortes relacionadas com o trabalho diminuiu nos países industrializados durante os últimos anos. No entanto, o número de acidentes e, em particular os que causam mortes, está subindo devido, entre outros fatores, ao rápido desenvolvimento das atividades e às fortes pressões competitivas exercidas pela globalização. Cerca de 5.000 pessoas, em média, morrem no mundo por dia em razão de acidentes ou doenças do trabalho (OMT, 2005).

Segundo a idade dos trabalhadores acidentados mostrados na Tabela 2, há diferença significativa entre as idades dos trabalhadores dos hospitais A (particular) e C (municipal), quando comparados entre si, sendo a idade média dos trabalhadores acidentados nos três hospitais de 32,9 anos. Sarquis (1999), discutindo os acidentes do trabalho ocorridos com a equipe de enfermagem, identificou sua ocorrência nas faixas etárias entre 30 e 40 anos. Basso (1999); Possari (2000) e Canini et al. (2002) relataram que a faixa etária onde houve um maior número de acidentes com exposição ao material biológico foi 21 a 30 anos.

Souza (1999), ao analisar os ATs em cinco hospitais da rede pública e privada com trabalhadores da equipe de enfermagem, demonstrou que a média de idade variava de 37,3 a 47,2 anos. Machado et al. (2000), ao pesquisar os acidentes com material potencialmente contaminado entre trabalhadores de unidades básicas de saúde e Balsamo (2002), em seu estudo sobre os acidentes do trabalho com exposição aos líquidos corporais humanos em trabalhadores da saúde, verificaram que os acidentes do trabalho com exposição aos líquidos corporais humanos em trabalhadores da saúde apresentaram maior ocorrência entre 30 e 50 anos.

Em sua pesquisa Gir et al. (1998) constataram que enfermeiros e auxiliares de enfermagem que exercem a profissão com tempo mínimo de serviço de 10 anos, foram os que mais se acidentaram. Atribui esta ocorrência a algumas causas como: educação continuada insuficiente, desvalorização das ações preventivas e falta de sensibilização e de conscientização pessoal.

Os dados sobre a idade dos trabalhadores da saúde aqui apresentados demonstram grande variação entre as idades dos trabalhadores acidentados. Em comum apenas o fato de que todos os trabalhadores estavam em atividade laboral hospitalar quando da ocorrência do acidente. Portanto, pode-se inferir que as ocorrências dos acidentes estão mais relacionadas às atividades e a organização do trabalho do que relacionadas à idade ou mesmo ao tempo de trabalho dos acidentados nas instituições de saúde pesquisadas.

Em relação ao gênero (Tabela 3), as mulheres apresentaram número significativamente maior de acidentes do trabalho, sendo que existe predominância de mulheres nas três instituições estudadas.

O sexo feminino está envolvido na maioria dos acidentes dos três hospitais (83,6%). Dados semelhantes foram encontrados em outros estudos da área da saúde: 80,5% (Sarquis, 1999); 89% (Souza, 1999); 83,5% (Canini et al, 2002); 80,2% (Balsamo, 2006). Estes dados confirmam estudos anteriores, tanto na literatura nacional como na internacional, demonstrando que os trabalhadores hospitalares da equipe de enfermagem, são, em grande maioria, mulheres e, portanto existe um predomínio de acidentes em trabalhadores do sexo feminino.

Assim, relacionada ao gênero, a maior força de trabalho inserida na equipe de enfermagem é formada por trabalhadores do sexo feminino, sendo a mulher a figura central do cuidado da enfermagem. Em boletim epidemiológico referente a julho, o Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (Coren/SP), confirma que a enfermagem é caracterizada como profissão eminentemente feminina. De um total estimado de 278.865 profissionais de enfermagem inscritos, 240.422 pertencem ao sexo feminino e somente 38.443 ao sexo masculino (Coren/SP, 2006).

Balsamo (2002), ao caracterizar os trabalhadores da saúde, relata que a mulher, de uma maneira geral, insere-se no mercado de trabalho como forma de contribuir para o aumento da renda familiar, submetendo - se a dupla ou tripla jornada de trabalho (afazeres domésticos), o que propicia desgaste físico e emocional, bem como acidentes do trabalho.

Drucker (2002), ao refletir sobre as novas realidades entre o trabalho e o trabalhar, cita que, nos países desenvolvidos, a força trabalhadora está segmentando-se de acordo com o sexo. Relata também que a grande parcela das mulheres opta por fazer parte da força trabalhadora pela condição econômica, social e psicológica advinda do trabalho. Enfoca ainda que a mulher trabalhadora precisa de um emprego que seja adequado às suas realidades e condições, e que, no futuro, cada vez mais, a segmentação dessa força de trabalho exigirá modos diferentes de fazer o trabalho com produtividade e especialmente em fazê-lo com realização.

Em relação à categoria ocupacional (Tabela 5), houve significância entre as categorias ocupacionais dos trabalhadores acidentados no período de estudo. Observa-se que o auxiliar de enfermagem foi a categoria que proporcionalmente mais se acidentou (56%) seguida do pessoal de apoio (26,2%). Esses achados estão em concordância com dados referidos por Bulhões (1994), Benatti (1997), Sarquis (1999), Souza (1999), Balsamo (2002) Nishide (2002), Pousa (2002) e Almeida (2003).

Em boletim divulgado pela Divisão de Vigilância Epidemiológica do Programa Estadual de DST/AIDS de São Paulo (Brasil, 2004), de acordo com a notificação de acidentes ocupacionais com exposição a fluidos biológicos de 1999

a 2003, os auxiliares de enfermagem (51,1%) foram apontados como os trabalhadores da saúde que mais se acidentaram (Brasil 2004).

Marziale e Rodrigues (2002) analisaram 55 pesquisas sendo 39 internacionais e 16 nacionais sobre ATs com material perfurocortante entre trabalhadores da enfermagem e constataram que a categoria profissional mais acometida é a dos auxiliares de enfermagem.

Na maioria dos hospitais da região, o auxiliar de enfermagem é responsável pelo cuidado denominado “direto” aos pacientes, dentre os quais: banhos, limpeza das excreções e secreções, coleta de urina e outros líquidos corpóreos para exames mais simples, troca de roupas pessoais e de camas, limpeza dos leitos, entre outras atividades que pressupõem o contato físico muito próximo ao indivíduo enfermo (Rezende, 2003).

Em análises anteriores, essa realidade do trabalho em contato maior com o paciente é evidenciada, entretanto entre outros trabalhadores o risco de acidentes também é existente (Bulhões 1994; Benatti, 1997; Torres et al, 1999; Basso, 1999; Balsamo, 2002; Almeida, 2003; Martarello, 2005). Balsamo (2002), estudando os ATs com exposição aos líquidos corporais humanos em trabalhadores da saúde, identificou que os trabalhadores do serviço de higienização apareceram em segundo lugar, pois freqüentemente encontram agulhas descartadas no lixo comum ou no chão, expondo-os aos acidentes perfurantes. Na presente pesquisa, os trabalhadores de apoio (lavanderia, limpeza, e a nutrição) também apareceram em segundo lugar, e estão envolvidos em 26,2% dos acidentes.

Segundo Benatti (1997), o conhecimento e o treinamento para uma determinada função não garantem a segurança no trabalho. O trabalhador está sujeito a se acidentar, independentemente da sua qualificação, porque sua segurança depende das condições perigosas que provocam o acidente, e conseqüentemente, pode-se acreditar que a ocorrência dos ATs depende também da atuação de outros profissionais. Torres et al. (1999) destacaram que, apesar das recomendações fornecidas ao trabalhador do serviço de limpeza quanto à coleta de perfurocortantes, os acidentes com esses objetos continuam a ocorrer.

Rodrigues (2001), ao entrevistar 203 trabalhadores do Serviço de Higiene e Limpeza de duas empresas terceirizadas que trabalhavam em três hospitais de grande porte em São Paulo, obteve que entre 90% dos trabalhadores treinados em Medidas de Prevenção Padrão (MPP), apenas 8% conhecia e aplicava essas medidas.

Ainda em relação à categoria ocupacional, nota-se que os médicos e os enfermeiros sofreram menor número de acidentes do trabalho. Este fato pode ser explicado por diferentes fatores: maior nível de preparo através da formação acadêmica, menor número de trabalhadores, distância do cuidado direto ao paciente relativa à atuação administrativo-assistencial, como também sub-notificações de AT da equipe médica.

Na presente pesquisa, os enfermeiros apresentaram um número reduzido dos casos de acidentes ocorridos (2,4%). Praticamente só no hospital C ocorreram AT na categoria enfermeiro. Esses resultados podem estar relacionados ao fato dos enfermeiros do hospital C atuarem no setor de pronto socorro.

Puro et al (2001), estudando o risco de exposição a sangue e fluidos orgânicos em trabalhadores da saúde na Itália, verificou que os enfermeiros relataram maior exposição percutânea (54,6%), seguido dos médicos e cirurgiões. Basso (1999), ao considerar a classe profissional em seu estudo, destacou que a classe médica (assistentes, residentes e internos) foi a que mais sofreu acidentes, seguida pela classe de enfermagem, pessoal da limpeza e técnicos de laboratório.

Em artigo da International Health Care Worker Safety Center (2006), foi citada uma pesquisa realizada por Perry (2003) em 48 hospitais do estado da Virginia (EUA), em que num total de 1708 ATs ocorridos com perfurocortantes, a maior incidência (38%) ocorreu com enfermeiros. Os médicos residentes e atendentes aparecem em segundo lugar (22%), seguido pelos instrumentadores cirúrgicos (8%). Em outro estudo em 101 hospitais do estado de Massachusetts (EUA), foi encontrado um total de 10.016 ATs ocorridos com perfurocortantes nos anos de 2002 a 2004. A maior incidência (40%) ocorreu com enfermeiros, em

segundo lugar com médicos (32%), e a seguir com os técnicos (19%) (Laramie,2006).

Tendo em vista o número de acidentes ocorridos (Tabela 6) em cada ano nos três hospitais, nota-se uma evolução gradativa dos acidentes notificados no período de 2000 a 2005. Com o advento das Normas Gerais de Biosegurança do Ministério da Saúde, Brasil (1998), a partir do ano de 2000, os hospitais brasileiros intensificaram a notificação de acidentes do trabalho por risco biológico e conseqüentemente da Comunicação de Acidentes do Trabalho.

Pelas informações obtidas nos três hospitais pesquisados em relação ao mês de ocorrência dos AT (Tabela 7), a maioria dos acidentes ocorreu no mês de agosto (12,5%). Também um maior índice de acidentes foi encontrado no segundo semestre do ano (52,1%).

Benatti (1997), investigando os acidentes do primeiro semestre de 1995 entre os trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário de Campinas, SP, mencionou que, nos meses de março e abril, houve maior incidência de acidente, o que poderia estar relacionado ao início de período letivo, o que faz aumentar o fluxo de alunos/pessoas circulando pelo hospital, bem como o aumento do número de atividades em decorrência do trabalho docentes/alunos.

Comparando os resultados dos diversos hospitais, aparentemente a maior incidência de acidentes em determinado mês está relacionada ao tipo e perfil de cada hospital, bem como dos processos e da organização interna do trabalho (Benatti, 1997).

A distribuição dos acidentes (Tabela 8) mostra que, em relação ocorrência dos acidentes de acordo com o dia da semana, não houve significância estatística, embora a ocorrência desses acidentes possa estar relacionada com as condições de trabalho que cada hospital oferece aos seus trabalhadores. Entretanto percebe-se que os acidentes pesquisados ocorreram, na sua maioria, durante os dias úteis da semana (segunda a quinta feira), fato esse que pode ser explicado pelo maior número de pessoas circulando nos vários setores hospitalares: trabalhadores, pacientes, acompanhantes, supervisores e estagiários. Isto vem reforçar a possibilidade de que um maior número de

peessoas trabalhando ou movimentando-se nos mesmos locais, pode favorecer a ocorrência de acidentes do trabalho. (Benatti,1997; Suazo, 1999).

Em relação aos dias úteis, dados semelhantes foram encontrados por Benatti (1997), que também observou que os acidentes estavam relacionados com o aumento do ritmo de atividades e de pessoal circulante, que são maiores durante os dias da semana e menores nos finais de semana.

Na somatória dos três hospitais, um maior índice de ATs foi encontrado nas segundas e terças feiras. De acordo com Robazzi (1991), os primeiros dias da semana são em geral aqueles onde parece acontecer uma maior incidência de acidentes do trabalho, fato esse notado em outros tipos de trabalhadores, não especificamente da enfermagem. Suazo (1999), em seu estudo sobre os acidentes do trabalho que acometem os trabalhadores de enfermagem em hospitais chilenos, encontrou a sexta feira como o dia da semana onde mais os trabalhadores se acidentaram (17,8%), seguido da segunda e quinta-feira em igual percentual (16,4%).

Em relação à hora de ocorrência (Tabela 9), a análise mostra que existe diferença significativa em relação ao turno de trabalho. Observou-se distribuição dos acidentes nos dois turnos de trabalho, das 7h00 às 19h00 (70,6%) e das 19h00 às 7h00 (29,4%). Vale ressaltar que os turnos de trabalho nestes hospitais são de doze horas trabalhadas por trinta e seis horas de descanso (12/36). Analisando os resultados obtidos, verifica-se que os acidentes com os trabalhadores dos três hospitais pesquisados ocorreram de maneira expressiva entre 7 e 19 horas (70,6%). É neste período que o ritmo de trabalho dos hospitais é maior, principalmente entre os trabalhadores ligados diretamente à assistência ao paciente.

Fischer (2004) relata que o estresse, resultante das modificações e da falta de sincronia dos ritmos biológicos causados pelo trabalho em turno, induzem o trabalhador ao desgaste físico-mental o que pode afetar sua eficiência no trabalho. Em seu estudo, o autor constatou que os acidentes ocorridos à tarde apresentaram quase à mesma proporção que os do período da manhã. Pela manhã as atividades são intensas, com elevado número de internações, altas e

procedimentos. No período vespertino, as atividades diminuem, mas soma-se o desgaste do trabalhador que iniciou sua jornada às sete horas da manhã.

Dados semelhantes foram encontrados na literatura nacional e confirmam os achados deste estudo. Dentre os acidentes ocorridos no período diurno, Silva (1988) constatou 73,7% AT; Benatti (1997) obteve 59% AT; e Almeida (2003) observou, em sua pesquisa dos anos 2000 a 2001, um percentual de 81% dos acidentes no período diurno. Há um consenso entre os estudos em que a concentração dos acidentes no período diurno se deve à organização do trabalho, tendo em vista que o ritmo acelerado do trabalho propicia o risco de acidentes (Benatti, 1997).

Souza (1999) ao analisar acidentes ocupacionais e situações de riscos para a equipe de enfermagem em cinco hospitais (três hospitais da rede pública e dois hospitais da rede privada) não observou diferença significativa entre os turnos de trabalho, apesar do turno da noite apresentar um número menor de trabalhadores de enfermagem atuando.

Pousa (2002) afirma que, a maioria dos acidentes ocorreu entre seis e 18 horas e foi relacionado ao ritmo do trabalho diurno; número de procedimentos executados conseqüente ao aumento de trabalhadores nas ações matutinas e ao maior risco de exposição aos acidentes ocupacionais. Estes dados já haviam sido constatados anteriormente (Benatti, 1997; Suazo, 1999).

Martarello (2005) descreve que fatores organizacionais, como maior autonomia dos trabalhadores hospitalares no turno noturno devido à ausência de uma supervisão direta e contínua, maior motivação pelo salário adicional noturno e menor densidade de trabalho contribuem para uma melhor qualidade de vida no trabalho dos trabalhadores do noturno e conseqüentemente uma menor ocorrência de acidentes do trabalho.

Um editorial do Coren (2006) aponta que o estresse pode ser considerado um processo psicofisiológico que poderá resultar em sintomas desagradáveis e deletérios à saúde do homem e, de maneira especial nos trabalhadores que executam atividades de risco. O trabalhador da enfermagem encontra-se imerso num ambiente onde estão presentes relações de poder, determinadas pela hierarquia vigente na força de trabalho em enfermagem.

Segundo as horas já trabalhadas (Tabela 10), na presente pesquisa ficou demonstrada que não houve diferença significativa. Portanto pode-se afirmar que desde a entrada do trabalhador até a décima segunda hora de trabalho ocorreram acidentes. Percebe-se que a maioria dos acidentes segundo as horas já trabalhadas ocorreu entre zero e quatro horas de trabalho (40,2 %) durante os horários da manhã. Provavelmente isto acontece em virtude da grande demanda de serviço de enfermagem, em que o ritmo do trabalho é maior e é quando são realizadas, de modo mais intenso, as atividades de enfermagem, como coleta de exames, banhos, arrumação de leitos, administração de medicamentos e preparo para cirurgias.

A análise dos acidentes do trabalho (Tabela 10) nos três hospitais pressupõe que o ritmo e as condições de trabalho contribuem com o risco de ocorrência dos acidentes entre os trabalhadores hospitalares, visto que os acidentes aconteceram nas primeiras quatro horas, quando o trabalhador ainda não deveria estar sofrendo o desgaste produzido pela jornada de trabalho. Dados semelhantes foram encontrados por Benatti (1997), Suazo (1999) e Pousa (2002). A faixa após 12 horas (6,0%) mostra que principalmente os acidentes de trajeto pós-saída do trabalho foram altamente significativos merecendo outros estudos.

De acordo com a distribuição dos acidentes do trabalho segundo local do acidente (Tabela 11), o quarto/leito do paciente foi o local de maior acidentalidade (17,5%), seguido do ambulatório (16,5%) e do posto de enfermagem (12,9%). Dados semelhantes foram encontrados por Almeida (2003), em seu estudo com acidentes do trabalho com exposição ao material biológico, onde demonstrou uma concentração dos acidentes em setores tipicamente hospitalares. Em sua tese, a autora demonstra que a maioria dos acidentes ocorreu em setores de internação, seguido pelos ambulatórios.

Segundo dados estatísticos coletados pelo SINABIO, Brasil, (2003), dos acidentes com exposição a sangue e fluidos corporais notificados em 2002 e 2003, no Hospital das Clínicas da UNICAMP, de um total 238 AT, 29,8% ocorreram no centro cirúrgico, 28,9% no setor de internação e 16,3% no pronto socorro e pronto atendimento, e do total, 82,3% foram por exposição percutânea, 9,2% pela mucosa ocular e 7,1% pela pele íntegra.

De um total de 5.391 acidentes ocupacionais com exposição a fluidos biológicos, de 1999 a 2003 divulgados no Boletim Epidemiológico Paulista, 9,6% dos acidentes ocorreram devido a respingo em mucosa ocular, pele não íntegra e mucosa oral, 24,7% dos ATs ocorreram durante procedimentos cirúrgicos: 18,9% por punção venosa, 10,5% na administração de medicamentos e 7,5% com descarte em superfície e saco de lixo (Brasil, 2004).

Nota-se que, nas unidades de atendimento ao paciente/cliente, está concentrada a maioria dos acidentes, o que relaciona o ambiente de trabalho como causador dos acidentes hospitalares, e que a maior exposição torna-se fator de risco para os trabalhadores (Benatti, 1997). No ambiente hospitalar, a preferência ou prioridade é dada ao conforto e a segurança do paciente. No entanto, o universo de trabalhadores que aí se trabalha pode sofrer alterações de saúde, diante dos numerosos agentes de risco existentes e do tempo e intensidade do contato entre os trabalhadores e os mesmos agentes (Rezende, 2003).

Pousa (2002) sugere maior atenção em relação ao ambiente hospitalar como potencial causador de acidentes do trabalho e exposição aos riscos ocupacionais. A autora menciona riscos ocupacionais e situações de trabalho que podem romper com o equilíbrio físico, mental e social dos trabalhadores, e não somente os riscos que originam acidentes e enfermidades. Também de acordo com Pousa (2002), esses dados facilitam a interpretação do acidente e reforçam a afirmação de que os acidentes ocorrem durante a execução de tarefas, inserido, portanto, na jornada de trabalho.

Os dados encontrados nos três hospitais em relação ao local do acidente mostram que os acidentes ocorridos no ambulatório do hospital C aconteceram em maior número do que nos outros hospitais, visto que o atendimento neste é concentrado no Pronto Socorro Municipal. Já no hospital A e B, onde os atendimentos são mais concentrados nas alas de internação, os acidentes ocorreram em maior número, durante a assistência direta ao paciente no quarto/leito do paciente e no posto de enfermagem durante o preparo de medicação e descarte do material utilizado.

Na análise das 286 Comunicações de Acidentes do Trabalho, constatou-se que, em relação ao tipo do acidente (Tabela 12), a maior parte dos ATs notificados, nos três hospitais pesquisados, é de acidentes típicos por ocorrerem dentro do ambiente de trabalho numa percentagem de 91,6%. Também foram constatados acidentes de trajeto (8,0%), que aconteceram antes do início da jornada de trabalho, no trajeto para o serviço ou após a jornada laboral. Dados semelhantes foram encontrados em outros estudos (Benatti, 1997; Suazo, 1999; Pousa, 2002).

Laurell e Noriega (1989) comentam que os acidentes típicos são facilmente detectados, pois são expressos, em geral, sob forma de uma lesão visível. A partir daí, pode-se explicar a dificuldade da notificação das doenças ocupacionais causadas pelos desgastes ao qual a pessoa se submete em decorrência do seu processo de trabalho. No presente estudo, somente um caso de doença ocupacional foi notificado (Hospital C). Quanto à doença ocupacional Pousa (2002), em estudo que investigou de forma retrospectiva a ocorrência de acidentes, no período de 1996 a 2000 em um hospital particular de Campinas, verificou um total de oito casos de doença ocupacional.

Benatti (1997) constatou a ocorrência de 49,5% sub-notificações de acidente do trabalho, confirmando que o trabalhador subestima a gravidade do acidente que, frequentemente, não apresenta no momento do AT, agravos visíveis a sua saúde. Destras et al. (2002), em estudo sobre avaliação da sub-notificação de ATs com material biológico em um hospital Universitário em São Paulo, relataram como justificativa dos trabalhadores para a não notificação, o “desconhecimento sobre os riscos” e ou “não ser necessário”. Segundo estes autores, o cenário dos acidentes ocupacionais envolvendo material biológico no Brasil é semelhante ao observado em outros países.

Canini et al. (2002), em seu estudo de ATs com perfurocortantes em trabalhadores da enfermagem de um hospital do interior paulista, relatam que na perspectiva do trabalhador de enfermagem atribuíram a causa da sub-notificação à pequena importância dada as lesões como picada por agulha, bem como ao desconhecimento sobre a importância da emissão da Comunicação de Acidentes do Trabalho.

O presente estudo pelo número de doenças ocupacionais encontradas (uma) remete a suspeita de sub-notificação ou sub-registro de doenças ocupacionais nos três hospitais pesquisados. Porém para se afirmar com segurança a existência de sub-notificação nesses hospitais é necessário outro estudo voltado especificamente para sua avaliação.

O seguimento corporal mais atingido pelos acidentes, nos três hospitais pesquisados, foram os membros superiores (72,5%), o que é corroborado em diversos estudos (Benatti, 1997; Jansen, 1997; Suazo, 1999; Pousa, 2002). Esse maior número dos acidentes acometendo os membros superiores, em especial dedos e mãos, remete ao processo de trabalho hospitalar da equipe de enfermagem e apoio, onde os dedos e mãos são os segmentos corporais mais utilizados por trabalhadores hospitalares, principalmente pelos trabalhadores de enfermagem (Tabela 13).

Dentre os acidentes que acometeram os membros inferiores destacam-se os pés e joelhos (7,3%). Nas descrições encontradas nas CAT, nota-se que os membros inferiores são lesionados por quedas, lesões/contusões, torções e pancadas, relacionadas principalmente com os acidentes de trajeto.

Os acidentes da coluna (4,6%) estão relacionados com o esforço físico e a postura inadequada principalmente no setor de transporte de pacientes no hospital C (Pronto Socorro) e quedas nos acidentes de trajeto dos três hospitais.

Os ATs que atingem os olhos (4,1%) foram comumente decorrentes do contato com substância química, com fluido corporal ou com corpo estranho. Entre estes acidentes destacam-se: um acidente que ocorreu pela quebra de um termômetro com trabalhador de enfermagem e se caracterizou por contato com substância química (mercúrio) e um acidente de trajeto resultando em politraumatismo com um trabalhador pertencente ao hospital B.

Em relação ao agente causador do acidente (tabela 14), a agulha foi a mais relevante sendo responsável por 57,8% dos acidentes. Sem dúvida os AT com agulhas devem ser analisados detalhadamente o que pode indicar uma necessidade de treinamento específico e curso de capacitação que possa garantir o melhor manuseio desse material, bem como a troca deste material por

dispositivo mais seguro como já tem sido feito em alguns hospitais brasileiros e de outros países.

Na presente pesquisa, (tabela 15) os acidentes por risco biológico, por meio de agulhas com lúmen, apareceram como principal causa de acidente perfurante entre os trabalhadores da enfermagem (48,3%). De acordo com estudos de Cardo e Bell (1997), um maior diâmetro da agulha oferece maior risco para o HIV, pois pode carrear mais sangue ao ferimento.

Segundo a literatura, em várias pesquisas realizadas, a agulha foi o agente causador de maior impacto. Benatti (1997) identificou que 61% dos acidentes foram causados por agulhas; Gir et al. (1998) obtiveram 97,6% AT por agulhas, Basso (1999) encontrou 74,1%; Souza (1999) observou 77,5% e Behrman et al. (2001) 61,6% de AT com agulhas. Benatti (1997), Marziale e Rodrigues (2002) e Marziale et al (2004) em investigações sobre os fatores predisponentes dos acidentes destacaram a prática do reencepe de agulhas e o inadequado descarte desse material no ambiente.

Outros estudos, tais como o de Wang et al. (2000), também identificaram que 69% dos acidentes ocorridos foram de agulhas com lúmen. Almeida (2003) encontrou 71,5% dos acidentes ocorridos em 2000 e 77,3% em 2001, desencadeados também por agulhas com lúmen.

O boletim epidemiológico do DST/AIDS SP (Brasil, 2004) considera que os ferimentos com agulhas e material perfurocortante são extremamente perigosos por serem capazes de transmitir mais de 20 patógenos diferentes, sendo o vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), o da hepatite B e C, os agentes infecciosos mais comumente envolvidos.

De acordo com artigo do International Health Care Worker Safety enter (2006), a consequência da exposição ocupacional aos patógenos transmitidos pelo sangue não está somente relacionada à infecção. A cada ano, milhares de trabalhadores da saúde são afetados por trauma psicológico que perduram durante os meses de espera dos resultados dos exames sorológicos. Dentre outras consequências, estão ainda as alterações das práticas sexuais, os efeitos colaterais das drogas profiláticas e a perda do emprego.

Segundo o Programa Nacional de DST/AIDS (Brasil, 2002), os trabalhadores de enfermagem estiveram envolvidos em 58% dos acidentes com exposição a fluidos biológicos, a maior parte deles perfurocortante, causado por agulha oca, e tendo sangue como material envolvido. A mesma fonte considera que os acidentes considerados preveníveis, tais como os causados por reencape de agulhas e por descarte inadequado de agulhas em sacos de lixo e superfícies, também merecem atenção imediata e esforços que visem a sua redução.

Entre os acidentes ocupacionais divulgados no Boletim Epidemiológico do Estado de São Paulo (Brasil, 2004), de acordo com a atividade desenvolvida, é destacado um total de 12,7% acidentes que ocorreram durante a administração de medicação, 8,7% por descarte em superfície e em saco de lixo, 6,9% ocorreram durante coleta de sangue e 3,1% durante o reencape de agulha.

Nos estudos de Benatti (1997); Sarquis (1999); Nishide (2001); Pousa (2002), embora com um percentual menor entre 41% a 53%, os acidentes perfurocortantes também foram a primeira causa de acidentes do trabalho. Na maioria dos casos, este tipo de acidente está relacionado com o trabalhador do serviço de enfermagem, do serviço de limpeza, do serviço de nutrição e da lavanderia.

Os acidentes por sangue e secreções apresentaram, neste estudo, baixas ocorrências, isto pode estar acontecendo pelo maior uso de EPI (luvas de procedimento e óculos) ao manipular as excreções corpóreas o que vem sendo altamente difundido, após o advento da AIDS e do maior conhecimento do risco proporcionado pelas hepatites.

Quando o acidente ocorre com material contaminado, pode acarretar doenças como a Hepatite B (transmitida pelo vírus HBV), Hepatite C (transmitida pelo vírus HCV) e a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - AIDS (transmitida pelo vírus HIV). O acidente pode ter repercussões psicossociais, levando as mudanças nas relações sociais, familiares e de trabalho. As reações psicossomática pós-profilaxia e o impacto emocional causado, também são aspectos preocupantes (Benatti, 2000; Almeida, 2003).

É oportuno citar Mc Connel (1999), o qual afirma que os acidentes ocasionados por picada de agulhas são responsáveis por (80 a 90%) das

transmissões de doenças infecciosas entre trabalhadores de saúde. O risco de transmissão de infecção, através de uma agulha contaminada, é de um em três para Hepatite B, um em trinta para Hepatite C e um em trezentos para HIV. Assim, o risco atribuído a um acidente perfurocortante no trabalhador da saúde implica em desordens orgânicas específicas, o que pode alterar a qualidade de vida dos mesmos (CDC,1998).

Para Oliveira (2001), não se deve separar o trabalho em correto ou seguro. Refere-se que a tarefa for realizada de maneira correta, ela traz em si mesma a segurança necessária. Salienta que o que deve ser observado é o “ato de fazer” e a partir daí propor correções, não esquecendo de que o que deve ser discutido não é somente a segurança no trabalho, mas também a organização desse trabalho, que por sua vez, irão influenciar as condições ambientais do trabalho.

No presente estudo (tabela 16) segundo as descrições da CAT, entre os acidentes notificados pelos trabalhadores de enfermagem, muitos ocorreram entre o procedimento e o descarte na caixa coletora dos postos de enfermagem quando, involuntariamente, os trabalhadores se acidentaram. Dentre os acidentes do trabalho originados por descarte (16,8%) estão os acidentes com agulha e lâminas (de barbear e bisturi) que ocorreram devido ao descarte incorreto dos mesmos após a execução dos procedimentos, provocando acidentes principalmente nos trabalhadores dos serviços de limpeza e da lavanderia nos três hospitais.

O abandono de materiais perfurocortantes foi relatado por Benatti (1997); Brevidelli (1997); Parada et al (2002) como causa de acidente entre os trabalhadores da equipe de enfermagem. Sarquis (1999) e Souza (1999), pesquisando os acidentes do trabalho com os trabalhadores de enfermagem, também verificaram situações de descuido desses trabalhadores ao descartar ou “esquecer” materiais perfurocortantes em locais impróprios. Em seu trabalho, Benatti e Nishide (2000) citam a instalação de caixas coletoras de perfurocortantes ao lado dos leitos para facilitar o descarte e reencape desses materiais após o uso no paciente. Pousa (2002), cita em seu estudo que, na prática, isto implica em risco de acidente para o paciente, acompanhante e visitante.

Embora em percentuais menores, no estudo realizado (tabela 14-17) as quedas (8,7%), lesões/contusões (7,0%), agressões, compressão e pancadas (4,6%) e torções (2,8%) representaram também uma parcela significativa dos acidentes com os trabalhadores hospitalares (23,1%). Causas semelhantes foram mencionadas por Benatti (1997) e Pousa (2002). Como citado anteriormente, estes acidentes, em sua maioria, estão relacionadas aos trabalhadores hospitalares, vítimas de acidentes do trajeto, como os trabalhadores do setor de transportes e de manutenção.

Pesquisas comprovam que os trabalhadores da enfermagem estão sujeitos a inúmeros riscos, particularmente os ergonômicos. As atividades de transporte de pacientes e equipamentos de maneira excessiva são as principais causas apontadas como desencadeantes de sintomas osteomusculares (Nishide, 2002; Célia e Alexandre, 2003; Gurgueira, 2005). Garcia et al. (2000) ao analisar 362 Comunicações de Acidentes de Trabalho (CAT) emitidas no período de novembro 1997 a outubro de 1998, constataram, em pesquisa com exames periódicos efetuados nos trabalhadores da Universidade de São Paulo, que 164 correspondiam a doenças ocupacionais (45%), das quais as mais notificadas foram afecções osteoarticulares. No estudo desenvolvido (tabelas 15 e 16) a postura não ergonômica e o esforço físico atingiram 4,2% dos trabalhadores acidentados. Os casos apurados ocorreram principalmente no desenvolvimento de cuidados diretos aos pacientes em unidades de internação ou em transferência de pacientes por ambulâncias.

Alexandre e Benatti (1998) realizaram um estudo com os trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário que sofreram acidentes do trabalho relacionado com lesões na coluna vertebral. As atividades de mobilização e transporte de pacientes e equipamentos de maneira excessiva são as principais causas apontadas como desencadeantes de sintomas osteomusculares (Nishide, 2002; Parada et al, 2002; Celia e Alexandre, 2003; Gurgueira et al,2003).

Embora em percentual menor, aparecem as agressões com 2,4%. Ao abordar a violência contra os trabalhadores da saúde, destaca o estudo de Cezar e Marziale (2006), em um hospital de Londrina, mostrando que os trabalhadores hospitalares estão entre as categorias mais expostas ao sofrimento no trabalho destacando ainda o expressivo número de trabalhadores do setor saúde que são

atingidos pela violência em diversos países, além de citarem organizações que estabeleceram diretrizes para combater o medo, a humilhação, as agressões e os homicídios no local de trabalho. Esse mesmo artigo cita que os principais agressores dos trabalhadores da saúde são os pacientes e seus acompanhantes, e que esse fato ocorre em virtude das precárias condições do sistema de saúde brasileiro, onde há superlotação, falta de medicamento, leitos e mão de obra.

Em relação à atividade desenvolvida no momento do acidente (Tabela 16), nos três hospitais, destaca-se o descarte de material perfurocortante pós-execução de procedimento por parte dos trabalhadores (16,8%). Este tipo de acidente é comum na área hospitalar. Em seguida, aparecem os acidentes ocorridos durante atividades de preparo e administração de medicação (12,5%) e do cuidado direto ao paciente (6,3%).

Quanto ao diagnóstico provável da lesão (Tabela 17), observa-se que a maior frequência é a dos acidentes causados por ferimentos perfurantes e cortantes (66,6%), seguido pelas lesões osteoarticulares de membros superiores (5,9%). Estes resultados encontrados nos remetem para vários estudos de acidentes do trabalho ocorridos com trabalhadores de enfermagem hospitalar e encontrados na literatura pesquisada.

Os acidentes causados por objetos perfurocortantes foram comprovados em estudos realizados por Benatti (1997), Nishide (2001), Balsamo (2002) e Pousa (2002). Os ATs ocasionados por material perfurocortante entre trabalhadores de enfermagem são freqüentes, devido ao número elevado de manipulação, principalmente de agulhas, e representam prejuízos aos trabalhadores e às instituições. Tais acidentes podem oferecer riscos à saúde física e mental dos trabalhadores (Marziale et al, 2004).

O conhecimento das situações geradoras das atividades desenvolvidas no momento do acidente e do diagnóstico provável descrito nas tabelas 15, 16 e 17 sugere a necessidade de manter o trabalhador da saúde informado, comprometido e sensibilizado sobre esse tipo de exposição e as repercussões do acidente perfurocortante sobre sua saúde. Esses resultados mostram que é imprescindível o treinamento e a capacitação do trabalhador hospitalar em relação à organização do trabalho e riscos ambientais. Especial enfoque deve ser

dado ao risco biológico, principalmente diante da magnitude dos problemas que envolvem os acidentes com materiais perfurocortantes descartados em locais impróprios.

Finalizando este capítulo, cabe ressaltar que o presente estudo apresenta como limitação a falta de informações sobre o afastamento do trabalho ocasionado pelo AT. Essa limitação está relacionada a falta de anotações no instrumento de coleta de dados utilizado (CAT), que não contemplava esta questão. Por ser considerado de interesse da pesquisa e da pesquisadora, o afastamento pós o AT, as informações sobre afastamento dos trabalhadores hospitalares acidentados foram coletadas apenas no ano de 2005 durante a Aplicação do SF-36. Constatou-se que, dos 61 trabalhadores entrevistados, 86,9% (n=53) não necessitaram de afastamento e 13,11% (n=8) dos trabalhadores foram afastados. Esse fato pode ser explicado pelo grande número de acidentes com agulhas que geralmente não necessitam de afastamento. Suazo (1999) em seu estudo em hospitais chilenos encontrou (50%) de afastamento entre as mulheres acidentadas que notificaram os acidentes. Pousa (2002), encontrou uma percentagem de 42,7% de afastamento, os quais, representam dias de trabalho perdidos, acarretando prejuízos tanto ao acidentado quanto à instituição envolvida.

5.2 Sobre a qualidade de vida no trabalho

Conceituar e medir qualidade de vida não é uma tarefa fácil de ser realizada porque é um tema complexo cuja interpretação exige um aprofundamento conceitual e metodológico. Assim sendo, os aspectos analíticos de mensuração apresentam-se como um desafio, pois cada método de mensuração traz consigo vieses metodológicos inerentes e dificuldades do próprio processo de mensuração (Rocha et al.,2000).

Para Minayo, et al. (2000) torna-se necessário discutir mais profundamente o conceito de QV para que se abandone o discurso demagógico do senso comum e possa realmente expressar o sentido verdadeiramente positivo de qualidade.

Segundo Ciconelli (1997), na avaliação da QV por meio do SF- 36, não é utilizado um único valor que resuma toda a avaliação visando evitar o erro de não se identificar ou subestimar problemas relacionados à saúde do indivíduo. Na versão em inglês, a análise de componentes demonstrou que existem dois conceitos distintos no SF-36: uma dimensão física e uma dimensão mental, sendo que as oito escalas podem ser agrupadas em duas medidas sintéticas: componente físico e componente mental (Hopman et al., 2000; Ware e Kosinski, 2001). O componente físico é composto pelas escalas capacidade funcional, aspectos físicos, dor e estado geral de saúde; o componente mental é composto pelas escalas vitalidade, aspectos sociais, aspecto emocional e saúde mental (Ware e Kosinski, 2001). Como o mencionado estudo ainda não foi validado no Brasil, no presente estudo as oito escalas foram avaliadas separadamente.

Na literatura nacional não se encontram estudos voltados para avaliação influência da ocorrência de acidentes de trabalho e a QV dos acidentados. Em estudos que buscaram avaliar a QV entre os trabalhadores de saúde, também foi constatado maior comprometimento da QV nos domínios Vitalidade e Dor (Oliveira 2004 e Gurgueira, 2005).

Gurgueira (2005), em estudo com trabalhadores de um hospital universitário verificou que o maior impacto na qualidade de vida foi observado no domínio Vitalidade (média=60,6), seguido pelo domínio Dor (média=62,8). Oliveira (2004) também relata maior comprometimento da QV com nos domínios Vitalidade e dor em estudo que avaliou a QV entre médicos cirurgiões.

Para Silva e Massarollo (1998), a QV é determinada pelas contradições existentes entre os aspectos saudáveis que o grupo desfruta e os aspectos destrutivos de que padece, tanto no trabalho como na vida social. Considerando o momento produtivo, na determinação da QV dos trabalhadores de enfermagem, no qual um perfil favorável é confrontado com um perfil destrutivo, esse último se expressa por processo de desgaste que compromete a potencialidade de saúde e vida dos trabalhadores de enfermagem.

Kluthcovsky (2005), em sua pesquisa com agentes comunitários do Paraná, considerou que há dificuldade em mensurar a QV, e que muitas vezes o resultado esperado pode não ser confirmado.

Na busca de soluções para a melhoria da QV no trabalho devem ser abordados elementos relacionados à organização e fatores psicossociais (do trabalho), que comumente são excluídos do leque de ações em saúde no trabalho. Relata também que as intervenções e a participação dos trabalhadores permitem o alcance do consenso e comprometimento nas ações necessárias à prevenção da perda precoce da capacidade para o trabalho (Gurgueira, 2005).

É importante destacar que diversas pesquisas apontam pela não adoção de turnos de 12 horas (Costa et al, 2000; Fischer et al, 2004), devido a alterações do sono, distúrbios gastrintestinais, cardiovasculares e desordens psíquicas, bem como prejuízo em relação à vida social e familiar.

Em relação à Tabela 19 e Gráfico 1 é importante destacar que embora não tenha sido encontrada diferença significativa na comparação de QV entre os trabalhadores acidentados dos três hospitais, a menor pontuação obtida entre os trabalhadores do hospital C coincide com o maior índice de acidentes do trabalho, também registrado nesse hospital.

A realização de novos estudos com ampliação do tamanho da amostra e inserção de grupo controle (indivíduos que não se acidentaram), bem como o desenho longitudinal com acompanhamento dos acidentados a partir da ocorrência do evento, poderão contribuir para verificar a relação entre a ocorrência de acidentes de trabalho e QV dos trabalhadores de saúde.

CONCLUSÕES

Durante os anos de 2000 a 2005 foram registrados, por meio da CAT, nos três hospitais do município de Mogi Guaçu – SP, a ocorrência de 286 Ats em uma população de 1117 trabalhadores, havendo incidência de 25,6% de ATs nos seis anos do estudo.

Foi observada maior ocorrência de acidentes entre os trabalhadores do sexo feminino (83,6%), com média de idade, para ambos os sexos de 33 anos. Constatou-se que entre as três unidades estudadas a média salarial dos acidentados foi significativamente maior no hospital A (R\$ 677,80) e a categoria ocupacional mais acometida foi a de auxiliar de enfermagem (56%), tendo como segunda expressão o pessoal de apoio (26,2%).

Nos três hospitais percebeu-se a evolução anual gradativa dos registros de acidentes de 2000 a 2005 e o ano de 2005 foi o mais representativo (25,2%). Os maiores índices, em relação ao mês de ocorrência, foram em outubro no Hospital A, e em agosto, nos hospitais B e C, havendo maior ocorrência de Ats nos dias úteis (74,4%).

Entre os turnos de trabalho, o período das 7 às 19 horas (70,6%) sobressaiu-se ao turno das 19 às 7 horas (29,4%), sendo as quatro primeiras horas, o período onde ocorreu o maior número de acidentes (40,2%), e o local de ocorrência dos acidentes, sequencialmente foi o quarto/leito do paciente (17,5%), ambulatório (16,5%) e posto de enfermagem (12,9%).

A maior parte dos acidentes notificados encontra-se classificado como típico (91,6%), os membros superiores foram os mais atingidos (72,5%), com destaque para os dedos (51,1%) e mão (14,7%).

Quanto à situação geradora, os materiais perfurocortantes representaram 67,1% do total de acidentes, sendo a agulha o objeto causador mais relevante (57,8%), e o procedimento de descarte o responsável por 6,3% dos acidentes do trabalho.

Atualmente, na maioria dos hospitais, inclusive nos grandes centros, verificam-se condições insalubres para os trabalhadores, o que interfere no aumento da ocorrência dos acidentes do trabalho, sendo o grande desafio nesta situação, equilibrar as condições de trabalho e otimizar a saúde desses trabalhadores.

Apesar da dificuldade existente em avaliar a QV, citada por vários autores, este estudo possibilitou o conhecimento de alguns aspectos que permitem subsidiar discussões que possivelmente contribuirão na formulação de estratégias na busca do bem estar desses trabalhadores.

Diante do reconhecimento das situações em que ocorrem os acidentes, a sua prevenção dependerá do aprimoramento e da capacitação dos trabalhadores hospitalares, bem como da adoção e revisão dos protocolos de saúde ocupacional, além da introdução de outros equipamentos que ofereçam uma maior segurança ao trabalhador hospitalar.

A partir das constatações apresentadas e análise dos dados obtidos sobre os acidentes do trabalho e a QV desses trabalhadores, torna-se evidente a necessidade de questionamentos por parte daqueles a quem compete zelar pela saúde desses profissionais dentro das instituições de saúde e estrutura social.

Tendo em vista que as instituições de saúde têm responsabilidade de preservar a vida das pessoas, torna-se evidente a necessidade destas em adotarem políticas que promovam ambientes mais salubres para que os trabalhadores estejam cada vez menos vulneráveis aos riscos ocupacionais.

Comparando-se os hospitais avaliados, no que tange à QV, não houve diferença significativa entre eles, porém os trabalhadores acidentados do hospital B apresentaram escores médios superiores aos dos trabalhadores acidentados dos demais hospitais em quase todos os domínios, com exceção do domínio Capacidade Funcional.

Assim, faz-se necessária realização de novos estudos sobre a relação entre QV e ocorrência de acidentes do trabalho com o intuito de oferecer um ambiente mais salubre para os profissionais da saúde, além de contribuir com os gestores hospitalares na elaboração de estratégias que visem a minimização de danos e a promoção de uma atuação profissional qualificada.

Uma dessas estratégias poderia ser a implantação da NR-32 (2005) visando QV e atuação segura dos trabalhadores da saúde. Além disso, percebe-se que as condições ambientais exercem grande influência na ocorrência de ATs, não eximindo os trabalhadores de sua responsabilidade nesse processo.

Baseado nos achados deste estudo e na experiência profissional dos pesquisadores da grande área da saúde evidencia-se que a NR-32 (2005) seja um diferencial a ser implementado por todas as instituições preocupadas com a qualidade de vida dos seus trabalhadores e da assistência prestada aos seus usuários.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Albuquerque GL. Formas de regulamentação e desregulamentação do trabalho. In: Cianciarullo TI, Cornetta VK, organizadoras. Saúde, desenvolvimento e globalização: um desafio para gestores do terceiro milênio. São Paulo (SP): Ícone; 2002.

Alexandre NMC, Benatti MCC. Acidentes do trabalho afetando a coluna vertebral: um estudo realizado com trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário. Rev Latino-am Enfermagem 1998; 6(2): 65-72.

Almeida CA. Acidente do trabalho: adesão a quimioprofilaxia dos trabalhadores da saúde pós-exposição a material biológico humano [Dissertação – Mestrado]. Campinas (SP): Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas; 2003.

Anderson P. Balanço do neoliberalismo. In: Sader E, Gentilli P, org. Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o estado democrático. Rio de Janeiro: Ed Paz e Terra; 1995.

Balsamo AC, et al. Estudo retrospectivo dos acidentes do trabalho com exposição a líquidos corporais humanos ocorridos nos funcionários de um hospital universitário. Rev Latino-am Enfermagem 2006 maio-junho; 14(3): 346-53.

Balsamo AC. Estudo sobre os acidentes do trabalho com exposição aos líquidos corporais humanos em trabalhadores da saúde [Dissertação – Mestrado]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2002.

Basso M. Acidentes ocupacionais com sangue e outros fluidos corpóreos em profissionais de saúde [Dissertação – Mestrado]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 1999.

Benatti MCC. Acidentes do trabalho em um hospital universitário: um estudo sobre a ocorrência e os fatores de risco entre trabalhadores de enfermagem. [Tese – Doutorado]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 1997.

Benatti MCC, Nishide VM. Elaboração e implantação do mapa de riscos ambientais para a prevenção de acidentes do trabalho em uma unidade de terapia

intensiva de um hospital universitário. Rev Latino-am Enfermagem 2000; 8(5): 13-20.

Bherman AJ, Shofer FS, Green-Mckenzie J. Trends in bloodborne patogenos exposure and fallow-up at an urban teaching hospital: 1987 to 1997. J Occup Environ Med, 2001; 43(4): 370-6.

Bíblia Sagrada. Rio de Janeiro: Ed Alfalit Brasil, 2000.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196, de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília; 1996.

Brasil. Ministério da Saúde. Normas Gerais de Biosegurança. Brasília;1998.

Brasil. Ministério da Saúde. Fluxo de atendimento e conduta pós acidente com exposição a fluídos biológicos. Secretaria de Políticas de Saúde Coordenação DST e AIDS SP. 2002.

Brasil. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Acidentes com exposição a líquidos corporais do HC-UNICAMP. SINABIO; 2003.

Brasil. Agência Paulista de Controle de Doenças. Boletim Epidemiológico Paulista. São Paulo: BEPA; 2004. Ano 1, n.4.

Brasil. Ministério da Saúde. Programa Estadual de DST/AIDS. Boletim Epidemiológico. São Paulo; 2004 jan. Ano II, n.1.

Brevidelli MM. Exposição Ocupacional aos vírus da AIDS e da hepatite B: análises da influência das crenças em saúde sobre a prática de re-encapar agulhas [Dissertação – Mestrado]. São Paulo: Escola de Enfermagem de São Paulo da Universidade de São Paulo; 1997.

Bulhões I. Riscos do trabalho da enfermagem. Rio Janeiro: Luna; 1994. 221p.

Campos JLD, Campos ABD. Acidentes do Trabalho: prevenção e reparação. São Paulo (SP): LTR; 1991.

Canini SRMS, Gir E, Hayahida M, Machado AA. Acidentes perfurocortantes entre trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário do interior paulista. Rev Latino-am Enfermagem 2002 mar/abr;10(2):172-8.

Cardo DM, Bell DM. Bloodborne pathogen transmission in health care workers. Infectious Disease Clinics of North America 1997; 11(2): 331-43.

Carmines EG, Zeller, RA. Reliability and Validity Assessment. Sage Publications Inc. California ; 1979.

Carvalho GM. Enfermagem do Trabalho. São Paulo: EPU; 2001. p.19-23.

Célia RCRS, Alexandre NMC. Distúrbios osteomusculares e qualidade de vida em trabalhadores envolvidos com transportes de pacientes. Rev Bras Enferm 2003; 56(5): 494-8.

Center for Disease Control and Prevention. Guideline for infection control in health care personel. Infect Control a Hosp Epidemiol 1998; 19(6): 445.

Cezar ES, Marziale MH. Problemas de violência ocupacional em um serviço de urgência hospitalar da Cidade de Londrina, Paraná, Brasil. Rio de Janeiro: Cad Saúde Pública 2006 jan. 22(1): 217-221.

Cianciarullo TI, Cornetta VK, organizadoras. Saúde, desenvolvimento e globalização: um desafio para gestores do terceiro milênio. São Paulo (SP): Ícone; 2002.

Ciborra C, Lanzara GF, orgs. Progettazione delle Tecnologie e Qualita del Lavoro. Milão: Ed. Franco Angeli; 1985.

Ciconelli RM, Ferraz MB. Santos W et al. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF- 36. R. Bras Reum 1999; 39: 3: 143-50.

Ciconelli RM. Tradução para o português e validação do questionário de avaliação de qualidade de vida “Medical outcomes study 36–item short-form health survey (SF-36)” [Tese- Doutorado] São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 1997.

Conselho Federal de Enfermagem. Estatísticas. Disponível em URL: <http://www.portalcofen.gov.br>. [acesso em julho de 2006].

Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Leis e Decretos. Disponível em URL: <http://www.corensp.org.br/resoluções> [acesso em 17 de ago de 2006].

Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Revista Coren SP. Disponível em URL: <http://www.corensp.org.br/revista> [acesso em 17 de ago de 2006].

Cortez SAE. Acidente do trabalho: ainda uma realidade a ser desvendada [Dissertação – Mestrado]. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina Universidade de São Paulo; 2001.

Costa ES, Morita I, Martinez MAR. Percepção dos efeitos do trabalho em turnos sobre a saúde e vida social em funcionários de enfermagem de um hospital universitário do estado de São Paulo. RevSaúde Publica 2000; 16:2.

Destras AS et al. Avaliação da subnotificação de acidentes profissionais com material biológico em um hospital Universitário. Fase III Anais ABIH; 2002.

Drucker PF. Introdução á administração. Tradução de Carlos Malferrari. São Paulo: Pioneira Thomson Learning; 2002.

Fayers PM, Machin D. Quality of life: assesment, analysis, and interpretation. Chichester (UK); John Wiley & Sons; 2000.

Ferreira R. Previdência social: acidente do trabalho. São Paulo: LTr; 1992.

Ferrans CE, Powers MJ. Quality of life index: development and psychometric properties. :Adv Nurs Sci 1985; 8(1): 15-24.

Fischer FM et al, org. Trabalho em turnos e noturnos na sociedade 24 horas. São Paulo: Atheneu; 2004.

Garcia ME et al. Análise de dados dos exames periódicos efetuados nos trabalhadores da Universidade São Paulo. Rev Med Hosp Univ 2000; 10(1): 29-33.

Gir E, Costa FPP, Silva AM. A enfermagem frente a acidentes do trabalho com material potencialmente contaminado na era do HIV. Rev Esc Enf USP 1998; 32: 262-75.

Gobbi GB. Sintomas osteomusculares relacionados ao trabalho em cirurgiões dentistas [Dissertação – Mestrado]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas; 2003.

Gurgueira GP, Alexandre NMC, Corrêa Filho HR. Prevalência de sintomas músculos-esqueléticos em trabalhadoras de enfermagem. Rev Latino-Am Enfermagem 2003 set/out; 11(5): 608-13.

Gurgueira GP. Contribuições ao estudo de qualidade de vida e restrições de trabalho em uma instituição hospitalar [Dissertação – Mestrado]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas; 2005.

Hopman WM, Towheed T, Anastassiades T et al. Canadian normative data for the SF-36 health survey. CMAJ 2000; 163(3): 265-71.

International Health Care Worker Safety Center. Annual number of occupational percutaneous injuries and mucocutaneous exposures to blood or potentially infective biological. Virginia; 2006. Disponível em URL: <http://www.scielo.br/v12n1a06.htm>. [acesso em jul de 2006].

Jansen AC. Um novo olhar para os acidentes de trabalho na enfermagem: a questão do ensino [Dissertação – Mestrado]. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina Universidade de São Paulo; 1997.

Kirchhof ALC, Capellari C. Descrição das Comunicações de Acidentes de Trabalho Registradas no Instituto Nacional de Seguridade Social de Santa Maria, RS, Ano 2000. Porto Alegre: Rev Gaúcha Enfermagem 2004 ago.

Kluthcovsky ACGC. Qualidade de vida dos agentes comunitários de saúde de um município do interior do Paraná [Dissertação – Mestrado]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2005.

Laurell AC, Noriega M. Processo de Produção e Saúde: trabalho e desgaste operário. São Paulo: Hucitec; 1989.

Laramie AK. Sharps injury surveillance and prevention in Massachusetts. Massachusetts Sharps Injury Surveillance System. Occupational Health Surveillance Program. Controlling Sharps Injuries in Califórnia. September 15, 2005 / October 20, 2006.

Legaspe AC. Mogi Guaçu: Breve Relato Histórico. 4ª. ed.2003.

Lunderberg O, Manderbacka K. Assessing reliability of a measure of self-rated health. Scand J Soc Med 1996; 24(30): 218-24.

Machado AA, Lazzarini MPT, Neves FRAL et al. Risk of accidents with potentially contaminated material among professionals in the City of Ribeirão Preto. In: Decenal International Conference on Nosocomial and Healthcare-Associated Infections. Atlanta; 2000. Disponível em URL: <http://www.cih.com.br/4dic.htm> [acesso 22 de set de 2005).

Martinez JE, Baraúna Filho IS, Kuvokawa KM et al. Avaliação da qualidade de vida de pacientes com fibromialgia através do “Medical Outcome Survey 36 Item Short-form Study”. Rev Bras Reumatol 1999; 39(6):312-6.

Marziale MHP, Nishimura KYN, Ferreira MM. Riscos de contaminação ocasionados por acidentes de trabalho com material pérfuro-cortante entre trabalhadores de enfermagem. Ribeirão Preto: Rev Latino-Am de Enfermagem 2004 jan/fev; 2(1).

Marziale MHP, Rodrigues CM. A produção científica sobre acidentes de trabalho com material perfurocortante entre trabalhadores de enfermagem. Rev Latino-am Enfermagem 2002 julho; 10(4):571-7.

Martarello NA. Qualidade de Vida e Sintomas Osteomusculares em Trabalhadores da Higiene Hospitalar [Dissertação – Mestrado]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas; 2005.

Mc Connel EA. Pointed Strategies For Needlestick Prevention. Nurs Manage 1999; 30(1): 57-60.

Mendes R. Patologia do Trabalho. São Paulo: Atheneu; 1995. p.3-89.

Mezomo JC. A qualidade construída por todos. In. Gestão da Qualidade da Saúde. 1ª ed. São Paulo: Manole; 2001.

Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. Ciência & Saúde Coletiva (1): 7-18, 2000.

Nascimento AM. Segurança e Medicina do Trabalho. 17ª ed. Curso de direito do Trabalho. São Paulo; 2001.

Nishide VM. Riscos ocupacionais e acidentes do trabalho: uma realidade em unidade de terapia intensiva [Dissertação – Mestrado]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas; 2002.

NR32 - Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde; 2005. Disponível em : <http://www.sobes.org.br/nr32.htm>, Acessado em 06/2006.

Nunnally JC. Psychometric theory. New York: Mcgraw-Hill;1978.

O'Neill MJ, Moraes Jr CP. Tempo de prevenção à LER/DORT. Folha de São Paulo 12 Abril 2004. Suplemento Folha Opinião. p.3.

Oliveira APBM. Qualidade de vida e sintomas osteomoleculares em médicos de um hospital universitário [Dissertação – Mestrado]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas; 2004.

Oliveira JC. Gestão de segurança e saúde do trabalhador: uma questão para reflexão. In: Neto AC, Salim CA. Novos desafios em saúde e segurança do trabalho. São Paulo: Segarc; 2001. p.101-123.

Organização Mundial do Trabalho, Acidente e doença de trabalho causam 5.000 mortes por dia. Agência EFE, Genebra. Folha Online 17 setembro 2005; Folha On-line. Encarte Mundo. Disponível em <http://www1.folha.uol.com.br/folha/mundo>. Acessado em julho de 2006.

Parada EO, Alexandre NMC, Benatti MCC. Lesões ocupacionais afetando a coluna vertebral em trabalhadores de enfermagem. Rev Latino-Am de Enfermagem 2002; 10(1): 64-9.

Pires CF, Reis TR. Comunicação, saúde, educação. Botucatu: Rev Interface, Fundação Uni 1999; 3(4).

Portela RM, Monticelli M, Nazário NO. Globalização, Cultura e Cidadania. In: Cinciarullo TI, Cornetta VK. Saúde, Desenvolvimento e Globalização: um desafio para gestores do Terceiro Milênio. São Paulo: Ícone; 2002.

Possari JF, Carlessi ER, Lopes MH et al. Implantação da sistematização da assistência multiprofissional aos profissionais acometidos por acidentes com material biológico em um hospital de ensino. Rev Inf Complexo HC FMUSP 2000; 4(3): 12-7.

Pousa PCP. Ocorrência de acidente de trabalho em um hospital da rede privada de Campinas (SP): estudo de fatores contribuintes [Dissertação – Mestrado]. Campinas Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas; 2002.

Puro V, Carli GD, Petrsillo N et al. Risk of health care exposure to bloodborne infection for Italian workers, by job categoria e area. Infect Control Hosp Epidem 2001; 22(4): 206-10.

Rezende MP. Agravos à saúde de auxiliares de enfermagem resultantes da exposição ocupacional aos riscos físicos [Dissertação – Mestrado]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2003.

Robazzi MLCC. Contribuição ao estudo sobre coletores de lixo: acidentes de trabalho ocorridos em Ribeirão Preto [Tese – Doutorado]. São Paulo: Escola de enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 1991.

Rocha AD et al. Qualidade de vida, ponto de partida ou resultado final? Ciência & Saúde Coletiva, 5 (1): 63-81, 2000.

Rodrigues MCV. Qualidade de vida no trabalho: evolução e análise no nível gerencial. Fortaleza: Fundação Edson Queirós; 1991.

Rodrigues NML. Conhecimento e adesão as medidas de precauções padrões dos funcionários do serviço de higiene e limpeza hospitalar [Dissertação – Mestrado]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2001.

Ruprecht JA. Os princípios do direito do trabalho. Tradução Edilson Alkimin Cunha. São Paulo: LTR, 1995.

Sarquis LMM. Acidentes de trabalho com instrumentos perfurocortantes: ocorrência entre os trabalhadores de enfermagem [Dissertação – Mestrado]. São Paulo: Escola de Enfermagem de São Paulo da Universidade de São Paulo; 1999.

SAS System for Windows Statistical. Analysis System. Versão 8.02. SAS Institute Inc, Cary; 1999-2001.

Saupe R. Qualidade de vida de estudantes de enfermagem conforme A Escala de Flanagan. Maringá: Rev Ciência, Cuidado e Saúde 2002; 1(2): 287-93.

Silva , VEF; Massarolo MCKB. A qualidade de vida e saúde do trabalhador de enfermagem. São Paulo: O mundo da saúde 1998; 22(5): 283-6.

Silva VEF. Estudo sobre acidentes de trabalho ocorridos com trabalhadores de enfermagem de um hospital de ensino [Dissertação – Mestrado]. São Paulo: Escola de Enfermagem de São Paulo da Universidade de São Paulo; 1988.

Sindicato da Saúde de Campinas e Região. Este é o ano do trabalhador da saúde. Campinas: Rev Em cena, 2006 jun; 6(1).

Souza M. Acidentes ocupacionais e situações de risco para a equipe de enfermagem: um estudo em cinco hospitais do município de São Paulo [Tese – Doutorado]. São Paulo (SP): Escola de enfermagem da Universidade de São Paulo; 1999.

Suazo SVV. Contribuição ao estudo sobre acidentes de trabalho que acometem as trabalhadoras de enfermagem em hospitais chilenos [Tese – Doutorado]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 1999.

Torres S, Lisboa TC. Prevenção de acidentes com perfurocortante. In: Limpeza e Higiene: lavanderia hospitalar. São Paulo: Balieiro; 1999. p.70-75.

Touriane A. Um mundo em pedaços: a fragmentação progressiva das zonas de influência põe em dúvida o sucesso da globalização. Folha de São Paulo 13 maio 1995.

Vasconcelos EMR. Bem estar humano e sua influência na saúde. In: Cianciarullo TI, Cornetta VK. Saúde, Desenvolvimento e Globalização: um desafio para gestores do Terceiro Milênio. São Paulo: Ícone; 2002.

Wang SA, Panlilio AL, Doi PA et al. Experience of health care workers taking postexposure prophylaxis after occupational HIV exposures: findings of the HIV postexposure prophylaxis registry. Infect Control Hosp Epidemiol 2000; 21: 780-5.

Ware JE, Kosinski M. Interpreting SF-36 Summary Healthy Measure: a response. Quality of Life Reserch 2001; 10(5): 405-13.

Whoqol Group. Instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida. Versão em português. Porto Alegre: FAMED – Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 1994. Disponível em URL: <http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol.html>. [acesso em jul de 2006].



ANEXOS

ANEXO I

**FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

☒ Caixa Postal 6111, 13083-970 Campinas, SP

☎ (0_19) 3788-8936

FAX (0_19) 3788-8925

🌐 www.fcm.unicamp.br/pesquisa/etica/index.html

✉ cep@fcm.unicamp.br

CEP, 23/08/05.

(Grupo III)

PARECER PROJETO: N° 290/2005

CAAE: 0608.0.000.146-05

I-IDENTIFICAÇÃO:

**PROJETO: “ACIDENTE DE TRABALHO COM TRABALHADORES HOSPITALARES:
UM ESTUDO EM 3 HOSPITAIS”**

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Cláudia Maria Monteiro

INSTITUIÇÃO: Hospital São Francisco s/c Ltda, Hospital Municipal Dr. Tabajara Ramos,

Irmandade de Misericórdia da Santa Casa – Mogi Guaçu

APRESENTAÇÃO AO CEP: 13/06/2005

APRESENTAR RELATÓRIO EM: 23/08/06

II - OBJETIVOS

Identificar e analisar a ocorrência e fatores que contribuem para os acidentes de trabalho com trabalhadores hospitalares.

III - SUMÁRIO

Serão analisados /os trabalhadores de enfermagem e apoio (nutrição e dietética, lavanderia, limpeza e manutenção em geral) de 3 hospitais, vítimas de acidentes de trabalho registrados através da Comunicação de Acidentes de Trabalho. Além da coleta de dados a partir das fichas de comunicação de acidentes de trabalho, será realizada entrevista estruturada para levantar e analisar aspectos qualitativos das ocorrências.

IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES

O projeto está descrito adequada e detalhadamente. O termo de consentimento está satisfatório.

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 complementares, bem como ter aprovado o Termo do Consentimento Livre e Esclarecido, assim como todos os anexos incluídos na Pesquisa, resolve aprovar sem restrições o Protocolo de Pesquisa supracitado.

VI - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).

Pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.1.z), exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade do regime oferecido a um dos grupos de pesquisa (Item V.3.).

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4.). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, Item III.2.e)

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos na Resolução CNS-MS 196/96.

VII - DATA DA REUNIÃO

Homologado na VIII Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 23 de agosto de 2005.


Prof. Dra. Carmen Sílvia Bertuzzo
PRESIDENTE DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FCM / UNICAMP



PREVIDÊNCIA SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO
SOCIAL

**COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DO
TRABALHO CAT**

ANEXO II

1- Emitente
1- Empregador 2- Sindicato 3- Médico 4- Segurado ou dependente
5- Autoridade pública

2- Tipo de CAT

1- Inicial 2- Reabertura 3- Comunicação de Óbito em:

I - EMITENTE					
Empregador					
3- Razão Social /Nome					
4- Tipo 1- CGC/CNPJ 2- CEI 3- CPF 4-NIT		5- CNAE		6- Endereço - Rua/Av.	
Complemento (continuação)		Bairro		CEP	7- Município 8-UF 9- Telefone
Acidentado					
10- Nome					
11- Nome da mãe					
12- Data de nasc.	13- Sexo 1- Masc. 3- Fem.	14- Estado civil 1- Solteiro 2- Casado 3- Viúvo 4- Sep. judic. 5- Outro 6 - Ignorado	15- CTPS- Nº /Série/ Data de emissão	16- UF	17- Remuneração Mensal
18- Carteira de Identidade		Data de emissão	Órgão Expedidor	19- UF	20- PIS/PASEP/NIT
21- Endereço - Rua/Av/					
Bairro		CEP	22- Município		23- UF 24- Telefone
25- Nome da ocupação	26- CBO <u>consulte CBO</u>	27- Filiação à Previdência Social 1- Empregado 2- Tra. avulso 7- Seg. especial 8- Médico residente		28- Aposentado? 1- sim 2- não	29- Áreas 1- Urbana 2- Rural
Acidente ou Doença					
30- Data do acidente	31- Hora do acidente	32- Após quantas horas de trabalho?		33- tipo 1-Típico 2- Doença 3- Trajeto	34- Houve afastamento? 1-sim 2-não
35- Último dia trabalhado	36- Local do acidente	37 - Especificação do local do acidente		38- CGC/CNPJ	39- UF
40-Município do local do acidente		41-Parte(s) do corpo atingida(s)		42- Agente causador	
43- Descrição da situação geradora do acidente ou doença				44- Houve registro policial ? 1- sim 2- não	
				45- Houve morte ? 1- sim 2- não	
Testemunhas					
46- Nome					
47- Endereço - Rua/Av/nº/comp.					

Bairro	CEP	48- Município	49- UF	Telefone
50- Nome				
51- Endereço - Rua/Av/nº/comp.				
Bairro	CEP	52- Município	53- UF	Telefone
Local e data				
<hr style="width: 50%; margin: auto;"/> Assinatura e carimbo do emitente				
II - ATESTADO MÉDICO Deve ser preenchido por profissional médico.				
Atendimento				
54- Unidade de atendimento médico			55-Data	56- Hora
57- Houve internação 1-sim 2- não	58- Duração provável do tratamento dias		59- Deverá o acidentado afastar-se do trabalho durante o tratamento? 1-sim 2-não	
Lesão				
60- Descrição e natureza da lesão				
Diagnóstico				
61- Diagnóstico provável			62- CID-10	
63- Observações:				
Local e data				
<hr style="width: 50%; margin: auto;"/> Assinatura e carimbo do médico com CRM				
III - INSS				
64- Recebida em	65- Código da Unidade	66-Número do CAT	Notas: 1- A inexatidão das declarações desta comunicação implicará nas sanções previstas nos artigos. 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, na forma prevista no art. 22 da Lei nº 8.213/91.	
67- Matrícula do servidor				
Matricula	<hr style="width: 50%; margin: auto;"/> Assinatura do servidor			
A COMUNICAÇÃO DO ACIDENTE É OBRIGATÓRIA, MESMO NO CASO EM QUE NÃO HAJA AFASTAMENTO DO TRABALHO				

ANEXO III
SF-36 – Qualidade de Vida

Instruções: Esta pesquisa questiona você sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados de como você se sente e quão bem você é capaz de fazer suas atividades de vida diária. Responda cada questão marcando a resposta como indicado. Caso você esteja inseguro em como responder, por favor, tente responder o melhor que puder.

1. Em geral, você diria que sua saúde é:

(circule uma)

Excelente.....1
Muito boa2
Boa3
Ruim4
Muito Ruim5

2. Comparada há um ano atrás, como você classifica sua saúde, em geral, agora?

(circule uma)

Muito melhor agora do que há um ano atrás1
Um pouco melhor agora do que há um ano atrás2
Quase a mesma de um ano atrás3
Um pouco pior agora do que há um ano atrás4
Muito pior agora do que há um ano atrás5

3. Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido a sua saúde, você tem dificuldade para fazer essas atividades? Neste caso, quanto?

(circule um número em cada linha)

Atividades	Sim. Dificulta muito	Sim. Dificulta um pouco	Não. Não dificulta de modo algum
a. Atividades vigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos	1	2	3
b. Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa	1	2	3
c. Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d. Subir vários lances de escada	1	2	3
e. Subir um lance de escada	1	2	3
f. Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g. Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
h. Andar vários quarteirões	1	2	3
i. Andar um quarteirão	1	2	3
j. Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4. Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, como consequência de sua saúde física?

(circule uma em cada linha)

	Sim	Não
a. Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b. Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c. Esteve limitado no seu tipo trabalho ou em outras atividades?	1	2
d. Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p.ex: necessitou de um esforço extra)?	1	2

5. Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso) ?

(circule uma em cada linha)

	Sim	Não
a. Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b. Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c. Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz?	1	2

6. Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, vizinhos, amigos ou em grupo?

(circule uma)

- De forma nenhuma.....1
- Ligeiramente.....2
- Moderadamente3
- Bastante4
- Extremamente5

7. Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

(circule uma)

- Nenhuma1
- Muito leve2
- Leve.....3
- Moderada4
- Grave.....5
- Muito grave6

8. Durante as últimas 4 semanas, quanto à dor interferiu com o seu trabalho normal (incluindo tanto o trabalho, fora de casa e dentro de casa)?

(circule uma)

- De maneira alguma 1
 Um pouco 2
 Moderadamente 3
 Bastante 4
 Extremamente 5

9. Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor, dê uma resposta que mais se aproxime da maneira como você se sente. Em relação às últimas 4 semanas.

(circule um número para cada linha)

	Todo tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a. Quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor, cheio de vontade, cheio de força?	1	2	3	4	5	6
b. Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c. Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	6
d. Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranqüilo?	1	2	3	4	5	6
e. Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f. Quanto tempo você tem se sentido desanimado e abatido?	1	2	3	4	5	6
g. Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h. Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i. Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10. Durante as últimas 4 semanas, quanto do seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc.)?

(circule uma)

- Todo o tempo 1
 A maior parte do tempo 2
 Alguma parte do tempo 3
 Uma pequena parte do tempo 4
 Nenhuma parte do tempo 5

11. O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

(circule um número em cada linha)

	Definitiva- mente verda- deiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falsa	Definitiva- mente falsa
a. Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b. Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c. Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d. Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5



APÊNDICE

APÊNDICE - I
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
ACIDENTE DO TRABALHO E QUALIDADE DE VIDA: UM ESTUDO EM TRÊS
HOSPITAIS

PESQUISADOR: Claudia Maria Monteiro – RA 020629
Mestranda em Enfermagem - UNICAMP

ORIENTADORA: Profa. Dra. Maria Cecília Cardoso Benatti

Será feito um estudo sobre os acidentes do trabalho com trabalhadores hospitalares. Para a realização dessa pesquisa, é necessário que você seja entrevistado.

As suas informações serão importantes para a pesquisa e principalmente irão contribuir para que as Instituições Hospitalares conheçam melhor as condições de trabalho e saúde de seus empregados.

A sua participação é voluntária e você tem o direito de recusar-se a responder qualquer uma das questões sem que essa atitude prejudique seu trabalho no hospital. A entrevista será em forma de perguntas e você poderá interrompê-la no momento que quiser.

Será garantido o absoluto sigilo de todas as apresentações, publicações e divulgações desta pesquisa, de sua identidade e das informações fornecidas por você. Em caso de dúvida, entrar em contato com o pesquisador pelo telefone (19) 38622807 ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS pelo telefone (19) 37888936.

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Após ter lido as informações acima a respeito da pesquisa, e a partir dos esclarecimentos sobre minhas dúvidas a respeito das perguntas e respostas, e principalmente ter sido informado sobre o direito de não responder o questionário, sem que isso afete ou traga alguma consequência para mim, aceito participar desta pesquisa.

Mogi Guaçu, ____/____/____

Assinatura do participante
RG _____

Assinatura do pesquisador
RG:8528527