

**MARIA CONCEIÇÃO SIMONI**

**LESÕES DECORRENTES DE ACIDENTES DE TRABALHO  
EM SERVIDORES PÚBLICOS DO ESTADO DE SANTA  
CATARINA ATUANTES NA ÁREA DA SAÚDE, NO PERÍODO  
DE JAN./ DE 1997 A DEZ./ DE 1999**

FLORIANÓPOLIS (SC)  
2001

**MARIA CONCEIÇÃO SIMONI**

**LESÕES DECORRENTES DE ACIDENTES DE  
TRABALHO EM SERVIDORES PÚBLICOS DO ESTADO  
DE SANTA CATARINA ATUANTES NA ÁREA DA  
SAÚDE, NO PERÍODO DE JAN./ DE 1997 A DEZ./ DE  
1999**

Dissertação apresentada como requisito parcial  
à obtenção do grau de Mestre. Curso de Pós-  
Graduação em Saúde Pública, Universidade  
Federal de Santa Catarina.

Orientadora: Prof. Dra. Vera Lúcia G. Blank.

**FLORIANÓPOLIS (SC)  
2001**



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

**" LESÕES DECORRENTES DE ACIDENTES DE TRABALHO EM  
SERVIDORES PÚBLICOS DO ESTADO DE SANTA CATARINA ATUANTES  
NA ÁREA DA SAÚDE, NO PERÍODO DE JAN./1997 A DEZ./1999. "**

AUTORA: Maria Conceição Simoni

ESTA DISSERTAÇÃO FOI JULGADA ADEQUADA PARA A OBTENÇÃO DO  
TÍTULO DE:

**MESTRE EM SAÚDE PÚBLICA**

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: EPIDEMIOLOGIA

Profª. Dra. Vera Lúcia G. Blank  
COORDENADORA DO CURSO

BANCA EXAMINADORA:

Profª. Dra. Vera Lúcia G. Blank  
(Presidente)

Prof. Dr. Sérgio Fernando T. de Freitas  
(Membro)

Profª. Dra. Maria Silvia Monteiro  
(Membro)

Profª. Dra. Maria Helena B. Westrupp  
(Membro)

Profª. Dra. Denise Pires  
(Suplente)

DEDICO aos meus pais: Vitório (*in memoriam*) e  
Olinda como também aos meus irmãos Névio,  
Ivan, José e Neusa.

## **AGRADECIMENTOS**

Com o risco de estar cometendo injustiças pelo esquecimento, agradeço àqueles que me deram subsídios técnico-científicos e energias para a realização deste trabalho, a saber:

- Prof. Dra. Vera Blank, professora e orientadora;
- Dr. Jorge Tramujas, Sr. Paulo Roberto Costa, Eng. Victor Crespi [da Comissão Permanente de Avaliação Pericial – GESAS/SEA], Dra. Maria Cristina R. Moritz [da Gerência em Saúde do Servidor – GESAS/SEA], Dr. Armando Taranto Júnior, Sr. Marcus Antônio S. Castro e Sra. Valéria Soares [da Supervisão Pericial da GESAS/SEA];
- Sr. Maximiliano Pessôa [da Gerência de Informática da Diretoria de Vigilância Epidemiológica/SES/SC];
- Sra. Maria Emília (Mila), Sra. Lea e Sr. Eduardo [da Gerência de Orientação e Controle da Secretaria Estadual da Administração/SC];
- Aos amigos e colegas da Policlínica de Referência Regional [PRR/SES/SC] e em especial aos Enfermeiros Angela Maria Cenci e Paulo César Silva [da Assessoria de Enfermagem/PRR] como também aos amigos Ayrton Cidade e Cléa Regina Fraga;
- Colegas e amigos de turma do Mestrado do ano de 1998 [PGSP-UFSC];
- Professores da pós-graduação em Saúde Pública da UFSC;
- Funcionários do Departamento de Saúde Pública e do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da UFSC;
- Dra. Márcia de Souza [da Gerência de Enfermagem do Hospital Emílio Ribas - São Paulo].

## SUMÁRIO

<b>LISTA DE QUADROS</b>	<b>vii</b>
<b>LISTA DE TABELAS</b>	<b>viii</b>
<b>LISTA DE FIGURAS E GRÁFICOS</b>	<b>x</b>
<b>LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS</b>	<b>xi</b>
<b>RESUMO</b>	<b>xiii</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>xiv</b>
<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>1</b>
<b>2 CONTEXTUALIZAÇÃO O ACIDENTE DE TRABALHO</b>	<b>9</b>
<b>2.1 O ACIDENTE OU LESÃO: TERMINOLOGIA A SER UTILIZADA</b>	<b>10</b>
<b>2.2 O CONCEITO DE RAGNAR ANDERSSON</b>	<b>13</b>
<b>2.3 O ASPECTO LEGAL</b>	<b>14</b>
2.3.1 Acidente Típico	15
2.3.2 Acidente de Trajeto	16
2.3.3 A Notificação	17
<b>2.4 O SUB-REGISTRO DO AT</b>	<b>19</b>
<b>2.5 OS PROFISSIONAIS DA SAÚDE E OS AT</b>	<b>22</b>
<b>2.6 A SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE</b>	<b>26</b>
<b>3 PERGUNTAS DE PESQUISA</b>	<b>29</b>
<b>4 OBJETIVOS</b>	<b>30</b>
<b>4.1 GERAL</b>	<b>30</b>
<b>4.2 ESPECÍFICOS</b>	<b>30</b>
<b>5 METODOLOGIA</b>	<b>31</b>
<b>5.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA</b>	<b>31</b>
<b>5.2 POPULAÇÃO DE ESTUDO</b>	<b>31</b>

<b>5.3</b>	<b>COLETA DOS DADOS</b>	<b>32</b>
<b>5.4</b>	<b>VARIÁVEIS DE ESTUDO</b>	<b>32</b>
5.4.1	As relativas às Características Funcionais do Servidor	32
5.4.2	As relativas às Características do Acidente	33
5.4.3	As relativas ao Atendimento (Laudo) Médico	34
<b>5.5</b>	<b>PLANO DE ANÁLISE</b>	<b>35</b>
<b>5.6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES ÉTICAS E ADMINISTRATIVAS</b>	<b>36</b>
<b>6</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÕES</b>	<b>37</b>
<b>6.1</b>	<b>ACIDENTES TÍPICOS</b>	<b>38</b>
6.1.1	VARIÁVEIS RELACIONADAS AS CARACTERÍSTICAS FUNCIONAIS DO SERVIDOR	38
6.1.2	VARIÁVEIS RELATIVAS AS CARACTERÍSTICAS DO AT	57
6.1.3	VARIÁVEIS RELATIVAS AO ATENDIMENTO MÉDICO	78
<b>6.2</b>	<b>ACIDENTES DE TRAJETO</b>	<b>82</b>
6.2.1	VARIÁVEIS RELACIONADAS AS CARACTERÍSTICAS FUNCIONAIS DO SERVIDOR	82
6.2.2	VARIÁVEIS RELACIONADAS AS CARACTERÍSTICAS DO AT	84
6.2.3	VARIÁVEIS RELACIONADAS AO ATENDIMENTO MÉDICO	86
<b>6.3</b>	<b>LIMITAÇÕES DO ESTUDO</b>	<b>87</b>
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>88</b>
<b>7.1</b>	<b>PERFIL DAS LESÕES DECORRENTES DE AT TÍPICO POR CARGO</b>	<b>88</b>
<b>7.2</b>	<b>SOBRE O FORMULÁRIO CEAT</b>	<b>89</b>
<b>7.3</b>	<b>QUALIFICAÇÃO DO SERVIDOR</b>	<b>90</b>
<b>7.4</b>	<b>FUTURAS INVESTIGAÇÕES</b>	<b>91</b>
<b>8</b>	<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>92</b>
<b>ANEXOS</b>		<b>104</b>
<b>ANEXO 1 - CEAT</b>		<b>105</b>
<b>ANEXO 2 - PRECAUÇÕES BÁSICAS PARA OS PROFISSIONAIS DA SAÚDE, SEGUNDO MS</b>		<b>108</b>
<b>ANEXO 3 - RELAÇÃO DOS CARGOS DE PROVIMENTO EFETIVO POR GRUPO OCUPACIONAL</b>		<b>111</b>
<b>ANEXO 4 - AGRUPAMENTO DE SETORES AFINS</b>		<b>115</b>

## LISTA DE QUADROS

<b>QUADRO 1 - DISTRIBUIÇÃO DOS SERVIDORES PÚBLICOS DA SES, SEGUNDO O VÍNCULO EMPREGATÍCIO, SC – 1997 A 1999</b>	<b>28</b>
<b>QUADRO 2 - NÚMERO DAS LESÕES DECORRENTES DE AT, NÚMERO DE SERVIDORES EFETIVOS E DENSIDADE DE INCIDÊNCIA POR 1.000 SERVIDORES/ANO, SC – 1997 A 1999</b>	<b>37</b>
<b>QUADRO 3 - VALORES DE QUI-QUADRADO PARA O CRUZAMENTO ENTRE O CARGO E HORÁRIO DE OCORRÊNCIA, SC-1997 A 1999</b>	<b>63</b>
<b>QUADRO 4 - VALORES DE QUI-QUADRADO PARA CRUZAMENTO ENTRE O CARGO E TAREFA, SC - 1997 A 1999</b>	<b>68</b>
<b>QUADRO 5 - VALORES DE QUI-QUADRADO PARA CRUZAMENTO ENTRE O CARGO E O TIPO, SC – 1997 A 1999</b>	<b>70</b>
<b>QUADRO 6 - VALORES DE QUI-QUADRADO PARA CRUZAMENTO ENTRE O CARGO E PARTE(S) DO CORPO MAIS ATINGIDA(S), SC – 1997 A 1999</b>	<b>73</b>
<b>QUADRO 7 - VALORES DE QUI-QUADRADO PARA CRUZAMENTO ENTRE O CARGO E OBJETO OU FONTE CAUSADORA, SC – 1997 A 1999</b>	<b>76</b>
<b>QUADRO 8 - VALORES DE QUI-QUADRADO PARA CRUZAMENTO ENTRE O CARGO E NATUREZA DA LESÃO, SC – 1997 A 1999</b>	<b>78</b>



## LISTA DE TABELAS

<b>TABELA 1 - DENSIDADE DE INCIDÊNCIA (DI) E RISCO RELATIVO (RR) DAS LESÕES DECORRENTES DE AT DO AAS II EM RELAÇÃO AOS DEMAIS CARGOS, SC – 1997 A 1999</b>	<b>41</b>
<b>TABELA 2 - TAXA DE INCIDÊNCIA (TI) E RISCO RELATIVO (RR) DAS LESÕES DECORRENTES DE AT, SEGUNDO SERVIDORES LOTADOS NO HRHMG (SÃO JOSÉ) EM RELAÇÃO AS DEMAIS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES DA SES, SC – 1999</b>	<b>43</b>
<b>TABELA 3 - DISTRIBUIÇÃO PORCENTUAL DAS LESÕES DECORRENTES DE AT, SEGUNDO CARGO E INSTITUIÇÃO LOTACIONAL, SC – 1997 A 1999</b>	<b>44</b>
<b>TABELA 4 - DISTRIBUIÇÃO PORCENTUAL DAS LESÕES DECORRENTES DE AT, SEGUNDO CARGO E FAIXA ETÁRIA, SC – 1997 A 1999</b>	<b>46</b>
<b>TABELA 5 - DISTRIBUIÇÃO PORCENTUAL DAS LESÕES DECORRENTES DE AT, SEGUNDO CARGO E O TEMPO DE SERVIÇO, SC – 1997 A 1999</b>	<b>51</b>
<b>TABELA 6 - DISTRIBUIÇÃO PORCENTUAL DAS LESÕES DECORRENTES DE AT, SEGUNDO CARGO E O MUNICÍPIO DE OCORRÊNCIA, SC – 1997 A 1999</b>	<b>58</b>
<b>TABELA 7 - DISTRIBUIÇÃO PORCENTUAL DAS LESÕES DECORRENTES DE AT, SEGUNDO CARGO E HORA TRABALHADA, SC – 1997 A 1999</b>	<b>65</b>
<b>TABELA 8 - DISTRIBUIÇÃO PORCENTUAL DAS LESÕES DECORRENTES DE AT, SEGUNDO CARGO E TAREFA, SC – 1997 A 1999</b>	<b>67</b>
<b>TABELA 9 - DISTRIBUIÇÃO PORCENTUAL DAS LESÕES DECORRENTES DE AT, SEGUNDO CARGO E O TIPO – 1997 A 1999</b>	<b>69</b>
<b>TABELA 10 - DISTRIBUIÇÃO PORCENTUAL DAS LESÕES DECORRENTES DE AT, SEGUNDO CARGO E PARTE(S) DO CORPO MAIS ATINGIDA(S), SC – 1997 A 1999</b>	<b>72</b>

<b>TABELA 11 - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS LESÕES DECORRENTES DE AT, SEGUNDO CARGO E OBJETO OU FONTE CAUSADORA, SC – 1997 A 1999</b>	<b>75</b>
<b>TABELA 12 - DISTRIBUIÇÃO PORCENTUAL DAS LESÕES DECORRENTES DE AT, SEGUNDO CARGO E A NATUREZA DA LESÃO, SC – 1997 A 1999</b>	<b>77</b>
<b>TABELA 13 - DISTRIBUIÇÃO PORCENTUAL DAS LESÕES DECORRENTES DE AT, SEGUNDO CARGO E AVALIAÇÃO INICIAL DA GRAVIDADE DO ACIDENTE, SC – 1997 A 1999</b>	<b>82</b>

## LISTA DE FIGURAS E GRÁFICOS

<b>FIGURA 1 -</b>	<b>RELAÇÃO ENTRE OS CONCEITOS DE LESÃO E ACIDENTE</b>	<b>13</b>
<b>FIGURA 2 -</b>	<b>REGIONAIS DE SAÚDE E MUNICÍPIOS COM MAIOR FREQUÊNCIA DE SERVIDORES ACIDENTADOS</b>	<b>60</b>
<b>GRÁFICO 1 -</b>	<b>DISTRIBUIÇÃO DAS LESÕES DECORRENTES DE AT, SEGUNDO FAIXA ETÁRIA, SC-1997 A 1999</b>	<b>45</b>
<b>GRÁFICO 2 -</b>	<b>DISTRIBUIÇÃO DAS LESÕES DECORRENTES DE AT, SEGUNDO SEXO, SC-1997 A 1999</b>	<b>47</b>
<b>GRÁFICO 3 -</b>	<b>DISTRIBUIÇÃO DAS LESÕES DECORRENTES DE AT, SEGUNDO ANOS DE ESTUDO, SC-1997 A 1999</b>	<b>48</b>
<b>GRÁFICO 4 -</b>	<b>DISTRIBUIÇÃO DAS LESÕES DECORRENTES DE AT, SEGUNDO O TEMPO DE SERVIÇO, SC-1997 A 1999</b>	<b>50</b>
<b>GRÁFICO 5 -</b>	<b>DISTRIBUIÇÃO DAS LESÕES DECORRENTES DE AT, SEGUNDO O TURNO DE TRABALHO, SC-1997 A 1999</b>	<b>52</b>
<b>GRÁFICO 6 -</b>	<b>DISTRIBUIÇÃO DAS LESÕES DECORRENTES DE AT, SEGUNDO CARGA SEMANAL E DIÁRIA, SC-1997 A 1999</b>	<b>54</b>
<b>GRÁFICO 7 -</b>	<b>DISTRIBUIÇÃO DAS LESÕES DECORRENTES DE AT, SEGUNDO A ATIVIDADE EXECUTADA, SC-1997 A 1999</b>	<b>55</b>
<b>GRÁFICO 8 -</b>	<b>DISTRIBUIÇÃO DAS LESÕES DECORRENTES DE AT NOTIFICADOS, SEGUNDO SETOR, SC - 1997 A 1999</b>	<b>56</b>
<b>GRÁFICO 9 -</b>	<b>DISTRIBUIÇÃO DAS LESÕES DECORRENTES DE AT, SEGUNDO OS MESES DO ANO, SC-1997 A 1999.</b>	<b>60</b>
<b>GRÁFICO 10-</b>	<b>DISTRIBUIÇÃO DAS LESÕES DECORRENTES DE AT, SEGUNDO OS DIAS DA SEMANA, SC-1997 A 1999</b>	<b>61</b>
<b>GRÁFICO 11-</b>	<b>DISTRIBUIÇÃO DAS LESÕES DECORRENTES DE AT, SEGUNDO O AFASTAMENTO PRESCRITO PELO MÉDICO E O REAL, SC-1997 A 1999</b>	<b>80</b>
<b>GRÁFICO 12-</b>	<b>DISTRIBUIÇÃO DAS LESÕES DECORRENTES DE AT, SEGUNDO AVALIAÇÃO INICIAL DA GRAVIDADE DO ACIDENTE, SC-1997 A 1999</b>	<b>81</b>

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

<b>a.C</b>	–	antes de Cristo
<b>AAS II</b>	–	Agente em Atividade de Saúde II
<b>AIDS</b>	–	Acquired Immunodeficiency Syndrome
<b>Art. II</b>	–	Artífice II
<b>ASCR</b>	–	Associação Santa Catarina de Reabilitação
<b>ASG</b>	–	Agente de Serviços Gerais
<b>AT</b>	–	Acidente de Trabalho
<b>CAT</b>	–	Comunicação de Acidente de Trabalho
<b>CCIH</b>	–	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
<b>CDC</b>	–	Control Disease Center
<b>CEAT</b>	–	Comunicação Estadual de Acidente de Trabalho
<b>CEPON</b>	–	Centro de Pesquisa Oncológica
<b>CLT</b>	–	Consolidação das Leis Trabalhistas
<b>CPAP</b>	–	Comissão Permanente de Avaliação Pericial
<b>DI</b>	–	Densidade de Incidência
<b>DO</b>	–	Declaração de Óbito
<b>Enf.</b>	–	Enfermeiro
<b>EPI</b>	–	Equipamento de Proteção Individual
<b>GESAS</b>	–	Gerência de Saúde do Servidor
<b>H.</b>	–	Hospital
<b>H.M.</b>	–	Hospital e Maternidade
<b>H.R.</b>	–	Hospital Regional
<b>HBV</b>	–	Vírus da Hepatite B
<b>HGCR</b>	–	Hospital Governador Celso Ramos
<b>HCS</b>	–	Hospital Colônia Santana
<b>HCV</b>	–	Vírus da Hepatite C
<b>HEMOSC</b>	–	Centro de Hematologia e Hemoterapia de Santa Catarina
<b>HF</b>	–	Hospital Florianópolis
<b>HIJG</b>	–	Hospital Infantil Joana de Gusmão
<b>HIV</b>	–	Vírus da Imunodeficiência Adquirida
<b>HHO</b>	–	Hospital Hélio Ortiz

<b>HNR</b>	–	Hospital Nereu Ramos
<b>HRHDS</b>	–	Hospital Regional Hans Dieter Schmidt
<b>HRHMG</b>	–	Hospital Regional Homero de Miranda Gomes
<b>HSTDS</b>	–	Hospital Santa Tereza de Dermatologia Sanitária
<b>IAP</b>	–	Instituto de Anatomia Patológica
<b>INCA</b>	–	Instituto de Cardiologia
<b>INPS</b>	–	Instituto Nacional de Previdência Social
<b>INSS</b>	–	Instituto Nacional de Seguridade Social
<b>LACEN</b>	–	Laboratório Central
<b>M.</b>	-	Maternidade
<b>MCD</b>	–	Maternidade Carmela Dutra
<b>MDCK</b>	–	Maternidade Dona Catarina Kuss
<b>MDV</b>	–	Maternidade Darcy Vargas
<b>MPS</b>	–	Ministério da Previdência Social
<b>MS</b>	–	Ministério da Saúde
<b>OC</b>	–	Outros Cargos/Outras Categorias
<b>OC/IGN.</b>	–	Outros Cargos/Ignorado
<b>OIT</b>	–	Organização Internacional do Trabalho
<b>OMS</b>	-	Organização Mundial da Saúde
<b>PRR</b>	–	Policlínica de Referência Regional
<b>PS</b>	–	Previdência Social
<b>RR</b>	–	Risco Relativo
<b>RS</b>	–	Regionais de Saúde
<b>SEA</b>	–	Secretaria de Estado da Administração
<b>SES</b>	–	Secretaria de Estado da Saúde
<b>SC</b>	-	Santa Catarina
<b>SUS</b>	–	Sistema Único de Saúde
<b>TAS</b>	–	Técnico em Atividade de Saúde
<b>TI</b>	–	Taxa de Incidência

## RESUMO

Realizou-se um estudo epidemiológico descritivo, cujo propósito foi investigar a distribuição das lesões decorrentes de acidentes de trabalho (AT) ocorridas em servidores públicos estatutários lotados e atuantes em instituições de saúde da Secretaria de Estado da Saúde/SC, no período de janeiro de 1997 a dezembro de 1999. Os dados foram coletados diretamente do formulário “Comunicação Estadual de Acidente de Trabalho-CEAT”. Utilizou-se o teste do Qui-quadrado para análise da diferença de proporções entre variáveis relacionadas às características do servidor e às características do acidente, considerando-se como significativo o valor de  $p \leq 0,05$ . Foram calculadas Densidade e Taxa de Incidência e Riscos Relativos com Intervalo de Confiança de 95% para as variáveis cargo e lotação. Foram analisadas 536 notificações de AT, das quais 90,30% foram classificadas em acidentes típicos e 9,70% de trajeto. Os cargos de Agentes em Atividades de Saúde II (AAS II) e Técnicos em Atividades de Saúde (TAS) lesionaram-se mais significativamente em decorrência de AT ocorridos no turno de trabalho noturno e os Agentes de Serviços Gerais (ASG), mais no matutino. As tarefas de rotina foram as responsáveis pela ocorrência de lesões nas categorias de AAS II, TAS, Enfermeiros e Médicos; as lesões do tipo “atingido por objeto parado, afiado e/ou pontiagudo, de natureza superficial, localizadas nos membros superiores (principalmente dedo)” acometeram mais significativamente os AAS II e TAS. No período estudado, a Densidade de Incidência foi de 18,57 casos por 1.000 servidores-ano e a categoria funcional de ASG foi a mais atingida, com 50,52 casos por 1.000 servidores-ano. Grande parte das lesões sucederam em servidores do sexo feminino; com 42 anos de idade, em média; com 09 anos, em média, de tempo de serviço; atuantes nos setores que atendiam diretamente o paciente interno e externo e entre a segunda e a quarta hora trabalhada. Os servidores lesionados afastaram-se, em média, até 03 dias do trabalho após a ocorrência do AT e quando da avaliação inicial da gravidade do acidente, a maioria foi classificada como lesão leve.

## ABSTRACT

This is a descriptive epidemiological study, with the purpose of investigating the work related injury distribution among the staff of the public health institutions attached to the Santa Catarina State Health System, during the period from January of 1997 to December of 1999. The data were collected directly from the work related injury notification forms from work accident – CEAT. The chi-square test was performed to analyze the difference between the variables related to the characteristics of the position of the staff member and those related to the characteristics of the accident, considering as significant the value  $p \leq 0.05$ . The Density, Incidence Rate and Related Risks were calculated with a Reliability Interval of 95% to the variables position and work place. A total number of 536 Work Accidents Notifications were analyzed, with 90.30% classified as typical and 9.70% as passage lesions. The Health Activities Agent II (AAS II) and Health Activities Technician (TAS) were most injured by work accidents during their nocturnal work shifts and the Agent for General Services (ASG), during morning shifts; the routine tasks were more often the injury causing in the categories AAS II, TAS, Physicians and Nurse; the injuries of the type “hit by standing object, precise or sharp, of a superficial nature, on upper members (mainly finger)” took place specially on AAS II and TAS. The position of Physicians, Nurse, ASG and Craftsman II, the other work accident variables, such as “object” or “causing source”, “often wounded body part” and “injury nature” did not show a statistical significant difference. In the studied period, the Incidence Rate was 18,57 cases in 1.000 employees/year, and highest Incidence Density of injuries were in the ASG category, with 50,52 cases in 1.000 employees/year. A great number of injuries took place on the female employees; with an age average of 42 years; with 09 years in the position; working in sectors with daily direct patient care; and between the second and fourth hour of the shift. The injured employees stayed off duty for up to 03 work days after the work accident took place, and when evaluated about the injury intensity, the great majority were classified as minor lesion.

# 1 INTRODUÇÃO

Para a maioria dos indivíduos, o trabalho exerce um papel precípuo no seu modo de vida. Além de ser um acontecimento presente na própria história do homem, ele é considerado como um importante fator na determinação e frequência dos níveis de saúde individual e coletiva.

A literatura científica é muito ampla e apresenta inúmeras concepções a respeito do trabalho. Antigamente, a sua compreensão amparava-se numa definição extremamente valorativa no qual estavam impregnados os significados que abarcavam desde os valores morais até a idéia de progresso. Atualmente, o trabalho tem sido avaliado de formas diferentes, isto é, percebendo e analisando a complexidade de suas relações e suas conseqüências sobre o trabalhador (FERREIRA e VALENZUELA, 1996).

Os autores acima asseguram que não se pode entender o trabalho com um olhar neutro sem prestar atenção nas questões que o envolvem. Eles explicam que

“não há “trabalho”, entidade abstrata, elevadora do espírito humano, propulsora do progresso; existem, sim, “trabalhos” dos mais diversos tipos, formas e sentidos, e neles, os homens se encontram, se confrontam, constroem identidades, alimentam esperanças, realizam-se, exploram alguém ou são explorados, frustram-se, alienam-se e, inclusive, adoecem e morrem. Quer dizer, acima de tudo, são relações que se conformam e que não podem ser observadas e contadas apenas em seus nexos mais próximos, onde a visibilidade do imediato pareceria responder sem maiores problemas às necessidades de qualquer questionamento (p.44)”.

“representa também uma continuidade da casa, do lazer, produz identidade, institui culturas, gostos, hábitos, valores etc. (p.47)”.



FRIGOTTO (1995) também compreende que a concepção de trabalho vai-se construindo historicamente e que, muitas vezes, se iguala a ocupação, emprego, função, tarefa. Quando isto acontece “perde-se a noção de que o trabalho, de um lado, é uma relação social e que esta é uma relação de força, de poder e de violência e, de outro lado, de que o trabalho é a relação social fundamental que, além de outras atividades, define o modo humano de existência que envolve as dimensões sociais, estéticas, artísticas, de lazer etc. (p.14)”.

Da mesma forma, ARRUDA (1995) interpreta e sintetiza, de modo abrangente, as definições de trabalho de Marx e Gramsci

“sublinhar a natureza relacional do trabalho; reconhecer nele o próprio modo de ser do homem no mundo, envolvendo, portanto, não apenas sua relação com a natureza – sua atividade produtiva social – mas também as outras dimensões sociais, políticas, culturais, estéticas, artísticas etc.; enfatizar que, por meio do trabalho, o homem produz também a sua subjetividade e perceber o ser humano de uma forma não-compartmentalizadora e nem reducionista, mas como um ser em processo, pluridimensional, que vai se construindo por meio do seu viver e fazer e que vive, ao mesmo tempo, as várias dimensões da sua realidade corpórea, mental, intelectual, intuitiva, afetiva e espiritual (p.69)”.

Sob outro ponto de vista, à luz da psicopatologia do trabalho, DEJOURS (1988) assevera que a organização do trabalho, isto é, o conteúdo das tarefas e a qualidade das relações humanas no ambiente ocupacional influencia na saúde mental do trabalhador. Negativamente, quando gera conflitos decorrentes do confronto entre as necessidades corpo e mente e da proibição da satisfação das mesmas no espaço do trabalho, e positivamente, quando produz fonte de prazer e equilíbrio através da clara correspondência entre as competências técnicas dos trabalhadores, o conteúdo significativo das tarefas e as regras estabelecidas nas relações com os pares e hierarquia.

Em algumas décadas atrás, por volta de 1930, FREUD (1974) já considerava o trabalho como elemento fundamental na estruturação psíquica do homem, portanto favorável ao estabelecimento da sua saúde mental. Para ele, o trabalho faz parte do mundo externo do sujeito e está relacionado diretamente com o seu próprio corpo, relações sociais e representações psíquicas. Isto significa que o trabalho pode

constituir fonte de prazer, desde que as condições externas atendam aos desejos do trabalhador de sentir-se reconhecido, valorizado e produtivo.

Mais especificamente a respeito do trabalho que é realizado na área da saúde, PIRES (1998) certifica que

“ele é indispensável para a vida humana (...) se completa no ato de sua realização. É efetuado por pessoas que dominam os conhecimentos e técnicas especiais para assistir ao indivíduo ou grupos com problemas de saúde ou com risco de adoecer, em atividades de investigação, prevenção ou reabilitação. Historicamente, a assistência em saúde foi desenvolvida de diversas maneiras, mas sempre foi considerada uma atividade especial, feita por pessoas com dotes e conhecimentos especiais (p.159)”.

Do mesmo modo, LUNARDI FILHO e LEOPARDI (1999) comentam que o trabalho em saúde “(...) possui características particulares e passa a ser, progressivamente, executado por diferentes ramos de especialidades profissionais, nas quais diferentes grupos de indivíduos cooperam entre si (p.69)”.

Ao retroceder alguns séculos no tempo, verificou-se que a relação da saúde com o trabalho foi evidenciada, primeiramente, no século IV a.C. por Aristóteles (de 384 a 322 – que cuidou do atendimento e prevenção das enfermidades dos trabalhadores nos ambientes de minas); por Platão (o qual constatou e enumerou enfermidades específicas do esqueleto que acometiam determinados trabalhadores no exercício de suas profissões); por Plínio (de 23 a 79 – que publicou a história natural, discorreu sobre o chumbo, mercúrio e poeiras e, ainda, mencionou o uso de máscaras pelos trabalhadores dessas atividades); por Hipócrates (de 460 a 375 - que, em sua obra “Ares, Águas e Lugares” faz alusão “ao modo como vivem os habitantes e quais são suas ocupações” como elementos necessários em uma investigação apropriada para o campo da medicina) e por Galeno (de 129 a 201 – cuja preocupação maior foi com o saturnismo) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1995).

Mais tarde, em meados do século XVIII, esta relação foi melhor especificada por Ramazzini (1633-1714) na sua obra “De Morbis Artificum Diatriba” (as doenças dos trabalhadores), o qual agrupa em cinquenta e duas ocupações a relação entre o ato de trabalhar e o estado de adoecer (MACHADO, 1991).

Posteriormente, com a segunda etapa da revolução industrial, por volta de 1870 a 1890, houve uma melhora das condições de vida e dos padrões de consumo, em função do aumento da produção e pela redução do custo dos bens produzidos, que elevaram a duração média da vida humana e alteraram progressivamente o perfil da morbimortalidade das populações dos países industrializados, e, concomitantemente a este fato, verificou-se um extraordinário aumento dos acidentes diretamente causados pelo trabalho (RIBEIRO, 1994).

E, assim, após observações e colóquios, as interações existentes entre as atividades laborativas, a doença e o acidente começaram a ser determinadas. Naquela época, há mais de 270 anos atrás (final do século XVII e meados do século XVIII), e preocupados com a situação então existente, alguns países do velho continente europeu iniciaram os primeiros movimentos destinados a sua prevenção.

Na Europa, a Inglaterra, em 1802, substituiu a Lei dos Pobres pela Lei das Fábricas; entre 1844 e 1848, foram aprovadas as primeiras Leis de Segurança no Trabalho e Saúde Pública, que regulamentava os problemas de saúde e das doenças profissionais e em 1897, após o incêndio de Cripplegate, foi fundado o Comitê Britânico de Prevenção e, ainda, iniciou-se uma série de pesquisas relativas a materiais aplicados em construção.

Na França, em 1862, foi regulamentado a higiene e segurança no trabalho; em 1883, foi fundado, por Emilio Muller, em Paris, a Associação das Indústrias contra os acidentes de trabalho e em 1897, após a catástrofe do Bazar Caridade, foram dadas maiores atenções aos problemas de incêndios (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1995).

Em “países emergentes” como o Brasil por exemplo, a primeira norma jurídica a tratar de acidente do trabalho foi em 1919, cujo conceito do evento era bastante restritiva. Apesar de atribuir ao empregador a responsabilidade pelas indenizações acidentárias, não havia a obrigatoriedade da contratação de seguro para garantia do direito do acidentado.

Após quinze anos, veio a segunda lei acidentária, em 1934, na qual inclui as doenças profissionais atípicas e estabelece a obrigação do seguro privado.

Por volta de setembro de 1944, adveio a terceira lei que amplia o conceito de acidente de trabalho adotando a teoria das concausas e proporciona a obrigatoriedade ao empregador e empregado às normas de segurança e higiene do trabalho.

Para o ano de 1967, houve a promulgação de duas leis: a de 28 de fevereiro, com duração de apenas seis meses, onde atribui ao seguro de acidente um caráter exclusivamente privado, e a de 14 de setembro, cujo monopólio do seguro do acidente do trabalho foi transferido ao Instituto Nacional de Previdência Social – INPS, ainda engloba no conceito legal os acidentes *in itinere* e cria plano específico de benefícios previdenciários acidentários.

A sexta lei acidentária, de 1976, manteve as linhas básicas da lei anterior e, como inovação, inclui a doença proveniente da contaminação acidental do pessoal da área médica como situação equiparada ao acidente de trabalho.

Vigora, atualmente, a de 1991 – sétima lei acidentária – que foi promulgada junto com as diretrizes da Constituição da República de 1988 (OLIVEIRA, 1996).

A preocupação com a alta frequência dos acidentes ocupacionais é recente. A partir da década de 80 (século XX), estes acidentes começaram a revestir-se de grande importância por diversos fatores que vão desde o grande número de pessoas expostas até a sua possível gravidade, resultando em incapacidade funcional temporária, permanente ou mesmo na morte do trabalhador. Além disso, coexiste o fato de atingirem predominantemente pessoas jovens, em fase produtiva, refletindo também em enormes perdas psicológicas e financeiras ao próprio trabalhador e sua família, bem como implicando em altos custos sociais, expressos em aposentadorias precoces, indenizações, anos potenciais de vida perdidos, perda de familiares, entre outros (CONCEIÇÃO e LIMA, 1994).

Os dados estatísticos mostram que, de acordo com o relatório da Organização Mundial da Saúde – OMS, no ano 1995, no mundo, 120 milhões de pessoas sofreram

AT e 200 mil morreram em decorrência deles (FERREIRA e VALENZUELA, 1996). A Organização Internacional do Trabalho – OIT, para o ano de 1996, revela que a cada três minutos um trabalhador perdia a vida e a cada segundo, pelo menos, quatro trabalhadores sofriam lesões em consequência de acidentes ocupacionais ou doença profissional (OLIVEIRA, 1997).

SAARI (1986) menciona que, a cada dia, no mundo, ocorrem mais de 15 milhões de AT, e, além disso, constata que eles representam um importante problema de saúde pública para a população trabalhadora.

Nos Estados Unidos, as lesões decorrentes dos AT, representam a principal causa de anos potenciais de vida perdido. No ano de 1985, além das 142 mil mortes anuais, estas lesões foram responsáveis por um imenso número de pessoas, algo em torno de 54 milhões, que procuraram cuidados médicos e, destes, 2.3 milhões foram hospitalizadas. Em decorrência delas, milhares de indivíduos ficaram permanentemente incapacitados e passaram muitos dias acamados. O custo financeiro pela perda da produtividade, cuidados médicos, reabilitação etc. não incluindo a dor física e o sofrimento psíquico, estiveram por volta de 158 bilhões de dólares (ROBERTSON, 1992).

Já em países desenvolvidos da Escandinávia, como a Suécia por exemplo, os AT se apresentam como a principal causa de morte em trabalhadores acima de 40 anos de idade e a mais importante causa de anos potenciais de vida perdidos abaixo de 65 anos (ANDERSSON, 1991).

Na América Latina, na década de 80 (século XX), em países como Argentina, Cuba, Chile, Porto Rico e Uruguai as lesões decorrentes de AT foram a principal causa de mortes em alguns grupos etários de trabalhadores. Entre os homens na faixa etária de 20 a 24 anos, estas lesões representaram 71% das mortes em Cuba, 68% na Venezuela e 52% na Costa Rica (BERGER e MOHAN, 1996).

O Brasil está entre os países mais incidentes neste tipo de acidente. De acordo com dados do Instituto Nacional de Seguridade Social - INSS, para o ano de 1991,

foram notificados 640.790 acidentes de trabalho entre os 22.792.858 segurados, ou seja, 2,8 acidentes por 100 segurados-ano. Destes, 4.500 levaram ao óbito, mostrando uma letalidade de 07 óbitos por 1.000 acidentes (ALVES e LUCHESI, 1992).

Em Santa Catarina os dados, na maioria das vezes, são regionalizados, insuficientes e pouco avaliados quanto as ações preventivas. Em levantamento preliminar efetuado junto a Delegacia Regional do INSS, através da Comunicação de Acidente de Trabalho-CAT, 358 AT típicos foram notificados na área da saúde, para o ano de 1997. Este número distribuiu-se nas ocupações de técnicos: (1) desenhistas técnicos da área administrativa e (2) auxiliares de enfermagem, com 38,3% e 31,8%, respectivamente. Eles ocorreram com maior frequência na faixa etária de 26 a 29 anos (16,7%) e a natureza da lesão estava representada pelo ferimento, incluindo laceração (44,1%), decorrentes de acidente com objetos penetrantes e cortantes (34,4%) (SANTA CATARINA/INSS, 1997). O pequeno estudo (não-publicado) realizado pela GESAS/SEA, a respeito de AT em 05 hospitais públicos da Grande Florianópolis com o pessoal da enfermagem, entre maio/97 e maio/98, notificados no formulário CEAT, apresentou as seguintes frequências: no período considerado, ocorreram 44 AT típicos com a equipe de enfermagem, no qual a maior parte ocorreu em um único hospital (66%), com profissional do sexo feminino e ocupando o cargo de auxiliar de enfermagem (63%), enfermeiros (23%) e técnicos de enfermagem (23%); a maioria dos acidentes teve como objeto causador a agulha oca (64%) por ocasião da administração de injeções (29%) e tendo o dedo da mão (78%) como a parte do corpo mais atingida (SANTA CATARINA/GESAS, 1998).

Ao constatar a pequena quantidade de pesquisas e informações sobre os AT em nosso Estado, especialmente os ocorridos em trabalhadores da área da saúde, tem-se uma visão panorâmica meio distorcida a respeito de sua importância, uma vez que estas informações disponíveis se revelam fragmentadas para desenhar um quadro mais aproximado da realidade. E, em consonância com estas averiguações, justifica-se a opção por esta população de estudo e acredita-se que os resultados poderão contribuir

para a elaboração de outros estudos, medidas e ações de prevenção e intervenção por parte da instituição pesquisada.

E, ainda, partindo do entendimento do evento lesão e AT notificado, a investigação de sua distribuição foi definida como objeto desta pesquisa e incorporando a ela os conceitos do pesquisador Ragnar Andersson<sup>1</sup> e o legal<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> Segundo o pesquisador sueco Ragnar ANDERSSON (1991), o AT é definido como “um fenômeno complexo e que tem uma gênese multifatorial (p.42)”, ou seja, não deve ser observado e tratado como um fenômeno unicausal, mas como uma interação entre vários fatores como os econômicos, sociais, técnicos etc.

<sup>2</sup> A legislação estadual (Decreto n. 1.456, de 28/12/1996) denomina o acidente em serviço como “o dano físico ou mental sofrido pelo servidor que se relacione, mediata ou imediatamente, com o exercício das funções, atividades do cargo por ele ocupado”.

## **2 CONTEXTUALIZAÇÃO O ACIDENTE DE TRABALHO**

Em décadas passadas, anterior a 1970, acreditava-se que o acidente possuía determinantes fixos, isto é, apresentava-se como um conjunto uniforme de ocorrências, ou como um evento imprevisível, ou ainda, como um acontecimento com característica natural e de fatalidade, entre outros.

Neste sentido, ANDERSSON (1999) exemplifica com a definição de acidente mencionado pelo pesquisador Heinrich, em 1959, onde diz que “um acidente é um evento não planejado e incontrolado em que ação ou reação a um objeto, substância, pessoa ou radiação resulta em lesão no indivíduo ou a possibilidade disso (p.16)”.

A partir dos anos 80 (século XX), cogita-se o acidente como um processo de eventos paralelos e consecutivos e que pode ocasionar ou não em resultados sérios. Pensa-se em um evento prevenível, caso contrário pode ser considerado uma consequência (ANDERSSON, 1991).

A literatura aponta teorias mais antigas sobre a gênese deste evento e em revisão bibliográfica a respeito do assunto, MENDES (1996) cita algumas delas:

- a do Puro Acaso - propõe que todas as pessoas expostas ao mesmo risco teriam igual chance para o acidente que ocorreria de forma inteiramente casual;



- a da Propensão ao Acidente - afirma que algumas pessoas são mais propensas a acidentes em função de características individuais ou de eventos críticos na vida do trabalhador;
- a do Ajuste/estresse ou da Acidentabilidade - onde os indivíduos não ajustados ou não integrados às suas situações de vida seriam mais propensos a sofrer acidentes;
- a do Dominó - que fala que o ambiente social e a hereditariedade levaria a falha individual como razão para o ato inseguro e/ou condição insegura (ou risco mecânico) que resulta em acidente, levando a lesão. A retirada de uma destas características levaria a não ocorrência do acidente;
- as Psicanalíticas (motivação inconsciente) - atribuem os acidentes a processos inconscientes, como autopunição iniciados por sentimento de culpa, ansiedade e conflitos motivacionais gerados na infância;
- a da Epidemiologia Clássica - diz que os acidentes são resultantes da interação entre o hospedeiro (pessoa), o agente (máquinas e ferramentas) e o ambiente de trabalho (físico e social) entre outras.

## **2.1 O ACIDENTE OU LESÃO: TERMINOLOGIA A SER UTILIZADA**

Existe um considerável imbróglio a respeito dos termos “acidente” e “lesão”. Por vezes, são considerados sinônimos, embora não sejam e, por conseguinte, existe uma tendência a se pensar em círculo (ANDERSSON, 1991).

O pesquisador ANDERSSON (1999, p.16) aponta algumas definições envolvendo o termo acidente observadas na literatura, como por exemplo:

- “Um acidente é um processo de eventos consecutivos e paralelos conduzindo a uma consequência perigosa (SAARI, 1986).

- Um acidente é um processo especial de classe, porque uma atividade dinamicamente estável se transforma em perturbação direcionando-se a estados de mudanças não projetados com um resultado perigoso (HENRICK and BENNER, 1987).
- Um acidente é um evento que resulta ou pode resultar em uma lesão (WHO, 1989)”.

MAYHEW (1991) compreende que a palavra acidente é ilusória. A autora observa a possibilidade de um acontecimento ocorrer sem causa - se algo não tem causa é impossível prevenir.

Segundo CORRÊA FILHO (1994-b) quando cita LARSSON (1990), o termo acidente envolve várias premissas de ordem filosófica e semântica. Este termo designa que, na compreensão consensualmente difundida, a palavra indica evento com danos materiais ou psíquicos às pessoas, em contexto de imprevisibilidade. Esta informação, confere aos acontecimentos indesejáveis e com danos às pessoas, características de fatalidade, natural, do acaso etc.

O termo acidente tem esta conotação reforçada por ANDERSSON (1999), ou seja, a palavra tem um sentido de imprevisível e não prevenível, como se fosse “um ato designado por Deus” e a continuação do seu uso reforça a crença das pessoas no sobrenatural e, conseqüentemente, a sua prevenção é mais difícil de ocorrer de forma racional.

Reafirma CORRÊA FILHO (1994-a) que a palavra acidente tende a associar-se com fenômeno sobrenatural, ato incontrolável ou fato imprevisível. Ele ainda conceitua o acidente sob o ponto de vista legal, no qual aplica a “doenças ocupacionais típicas e lesões de todos os tipos, dentro do próprio ambiente de trabalho e no trajeto entre este local e a sua residência (p.188)”.

Quanto ao termo lesão, ainda mencionando LARSSON (1990), analisou-se como o efeito observável da violência traumática sobre o corpo humano e que pode ser classificada segundo o tipo de energia envolvida no trauma ou pelos diferentes tipos de

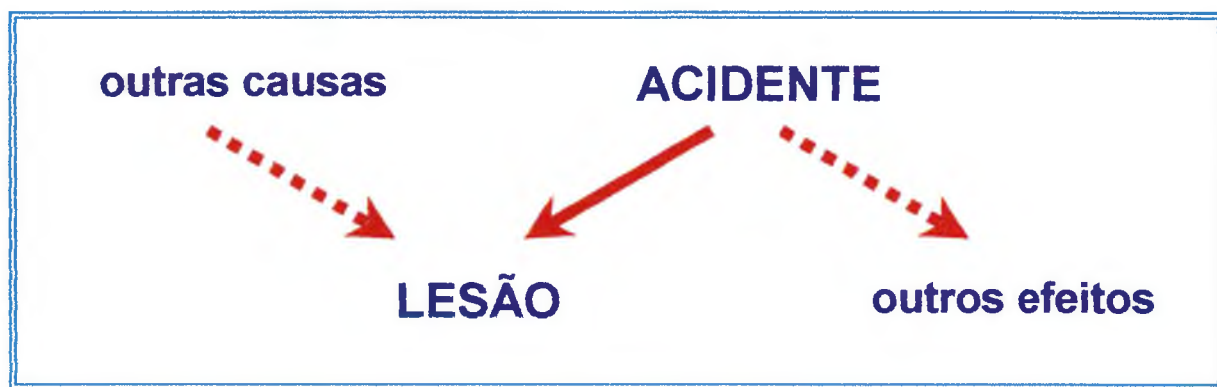
danos resultantes ao corpo humano que tenham sido conseqüentes da liberação de energia.

ANDERSSON (1991) diz que o termo lesão pode ser ampliado para incluir não somente lesões físicas ou biológicas, mas resultantes de condições adversas sociais e psicológicas. O emprego do termo lesão é mais correto por ser cientificamente mais bem definido e por se tratar de um desfecho de saúde que pode ser prevenido.

A lesão, para CORRÊA FILHO (1994-a), é visualizada como “o dano funcional e estrutural ao organismo decorrente da transferência excessiva localizada ou súbita de energia, por agentes ou processos externos (p.188)”. Retira-se dela a conotação de imprevisibilidade do evento. Refere que esta energia pode ser física – como o impacto da queda de um andaime, química – como a queimadura de um ácido, ou mesmo de sistemas biológicos – como a ingestão acidental de uma cultura bacteriana. A lesão pode ser uma equimose, uma necrose hepática, um ferimento corto-contuso, uma fratura óssea ou a decepção de um membro.

De forma mais simplificada, ANDERSSON (1991) e BLANK (1997) distinguem estes termos em dois aspectos: (1) o acidente e a lesão referem-se mutuamente em relação a causa e efeito e (2) uma lesão pode ser resultado de outras causas, ao passo que o acidente pode ter outros efeitos que não a lesão. Assim, uma lesão nos reporta a um desfecho de saúde e o acidente somente para uma das várias possíveis causas da lesão.

Constata-se que uma lesão pode ser determinada pela ocorrência de mecanismo (algumas condições que não o acidente– violência intencional, intoxicação etc.) e, similarmente, um acidente é um fenômeno que precede e causa lesão e pode ter outras conseqüências que não a lesão, como demonstra a Figura 1.

**FIGURA 1 - RELAÇÃO ENTRE OS CONCEITOS DE LESÃO E ACIDENTE**

FONTE: ANDERSSON, 1991.

Quando se pensa que estes dois termos se referem a fenômenos separados (ANDERSSON, 1991) e em resultados de saúde concretamente preveníveis, os acidentes notificados passam a constituir-se em lesões, uma vez que, na sua quase totalidade, estes eventos só são notificados se levaram a algum tipo de dano físico e/ou psicológico.

## 2.2 O CONCEITO DE RAGNAR ANDERSSON

ANDERSSON (1991) conceitua o AT como “um fenômeno complexo e que tem uma gênese multifatorial (p.42)”.

Ele considera o acidente e, por conseguinte, a lesão, como resultado de complexas interações entre fatores, envolvendo os de ordem técnica (máquinas, equipamentos etc.), humana (sexo, idade, tempo de serviço na função, tipo de turno etc.) e organizacional (divisão técnica das tarefas, modo operatório etc.). Por fatores, o autor entende os objetos comuns ou condições (circunstâncias) relativamente constantes no meio ambiente e que influenciam e interferem nas diferentes fases deste fenômeno.

O autor identifica o acidente como um evento não isolado, mas sim como um processo, no qual uma rápida e freqüentemente breve seqüência de eventos com perda de controle se manifesta num resultado indesejável como por exemplo em uma lesão e/ou em dano material.

### **2.3 O ASPECTO LEGAL**

Os servidores do serviço público que desenvolvem suas atividades tanto em nível federal, estadual e municipal ou os da esfera privada diferem quanto ao regime jurídico que os regem. No entanto, apresentam a mesma obrigatoriedade na emissão e preenchimento do registro do AT. A diferença principal encontra-se no tipo e nome do documento de registro, nos prazos para o registro e apresentação aos locais e setores de controle.

Em Santa Catarina, para os servidores pertencentes ao quadro permanente do Estado, a fundamentação legal do AT está amparada nos Artigos 116 e 117 da Lei 6.745/85 do Estatuto do Servidor Público Estadual e no Decreto 1.456/96 que regulamentam e apresentam o formulário de Comunicação do Acidente de Trabalho – CEAT.

Inicialmente, o Estatuto do Servidor Público define o acidente em serviço como

“o evento danoso que tenha como causa imediata, o exercício das atribuições inerentes ao cargo (parágrafo 2, p.37)”

“a agressão física sofrida e não provocada pelo funcionário no exercício de suas atribuições ou em razão delas (parágrafo 3, p.37)”

Posteriormente, esta definição foi revisada e complementada através do Decreto 1.456 de 28/12/96.

O AT está classificado em Típico, de Trajeto e Doença Ocupacional. Todavia, nesta pesquisada, serão estudados os AT Típicos e os de Trajeto.

### 2.3.1 Acidente Típico

No Artigo 1 do Decreto 1.456, conceitua-se o acidente em serviço com sendo

“o dano físico ou mental sofrido pelo servidor que se relacione, mediata ou imediatamente, com o exercício das funções, atividades do cargo por ele ocupado”.

Já o Artigo 2 diz que o acidente em serviço são equiparados a:

III – A doença do trabalho proveniente de contaminação acidental, no exercício de atividade ligada a agente biológico, com perfeita relação de nexo causal;

IV – O acidente sofrido pelo servidor, ainda que fora do local e do horário de trabalho, nas seguintes condições:

- a) na execução de ordem ou realização de serviço por determinação de autoridade superior;
- b) na prestação espontânea de qualquer serviço à entidade, para lhe evitar prejuízo ou proporcionar proveito;
- c) no percurso da residência para o trabalho ou deste para aquela;

V - O acidente sofrido pelo servidor no local de trabalho, em consequência de:

- a) ato de sabotagem, ofensa física, inclusive de terceiro, por qualquer motivo;
- b) ato de imprudência, de negligência ou de imperícia de terceiro inclusive de companheiro de trabalho;
- c) desabamento, inundação, incêndio ou outra eventualidade fortuita ou decorrente de força maior;
- d) ato de pessoa privada do uso da razão.

Parágrafo único Considera-se ainda o acidente em serviço o período legalmente definido como descanso ou para refeição no próprio local de trabalho.

### 2.3.2 Acidente de Trajeto

O acidente de trajeto, também chamados de acidente de percurso, *in itinere* ou de itinerário, refere-se ao acidente sofrido pelos que são protegidos pela lei de AT no percurso da residência para o trabalho ou deste para aquela e no percurso de ida e volta para o local da refeição em intervalo de trabalho, quer na área urbana, quer na área rural. Qualquer que seja o veículo ou meio de transporte ou de locomoção – a pé, a cavalo, moto, bicicleta, de automóvel, trator, bonde, de “carona”, avião, ônibus, embarcação etc. – provado o nexos de trajeto, havendo acidente, com lesão ou perturbação funcional (CAMPOS, 1997).

Relevante para a caracterização do AT de trajeto é a prova do nexos de trajeto, isto é, o horário, o local e as circunstâncias em que o evento ocorreu. Só haverá ruptura do nexos de trajeto quando por interesse pessoal o trabalhador tenha interrompido ou alterado percurso (CAMPOS, 1997).

VIEIRA (1997, p.05) ressalta que “no INSS, para a caracterização do acidente de trajeto, adotou-se a seguinte sistemática:

- Trajeto Normal: é o caminho diariamente percorrido pelo empregado, não precisando ser, necessariamente, o mais curto. Pode ser ainda, não o normal, mas o obrigatório;
- Tempo de Percurso Normal: atentar para o tempo que o empregado, diariamente, faz o percurso, ou o tempo do desvio obrigatório;
- Condições Para o Trajeto Normal: atentar para as condições físicas, tráfego etc. para que o empregado possa fazer o trajeto normal;
- Atividade no Momento do Acidente: notar que o empregado, ao sair da sua residência para a Empresa ou vice-versa, tem como objetivo o trabalho ou a residência. Caso o empregado saia da empresa para a residência, resolvendo ir até o estádio de futebol, visitar um colega etc. está extinto o trajeto normal e a atividade normal do trajeto”.

Os dados estatísticos do INSS revelam que do conjunto total de AT, os de trajeto representaram cerca de 8,1% em 1990; 7,3% em 1991 e 6,5% em 1992.

Segundo WÜNSCH FILHO (1995), os acidentes de trajeto, em sua grande maioria,

“ocorrem no trânsito com envolvimento de veículo a motor. Eles se caracterizam como extremamente letais e, não sem razão, constituem-se na principal causa de mortes entre os AT registrados no país. (...) As repercussões dos acidentes de trânsito nos acidentes de trabalho dependem de estratégias de intervenção sobre os fatores que caracterizam o trânsito nas grandes cidades brasileiras como perigoso e gerador de acidentes com consequências graves e fatais (p.308)”.

Por outro lado, FERREIRA e VALENZUELA (1996) ressaltam que, além da participação de fatores como o cansaço, estresse, jornada de trabalho, contato e a atividade com o paciente, utilização e manuseio de equipamentos etc. existem ainda fatores extra-trabalho como os acidentes de trânsito, as agressões, a criminalidade entre outros.

Os autores acima ainda consideram o grande número de pequenos acidentes ocorridos no deslocamento do servidor para residência-trabalho e vice-versa, como a pisada em buracos, choque, perda de equilíbrio, escorregão, tropeção, queda ao subir e/ou ao descer de ônibus etc. Isto dá-se devido as dificuldades encontradas pelos trabalhadores/usuários do transporte coletivo com degraus muito altos, freadas bruscas e repentinas ou arrancadas súbitas. Outras situações são decorrentes da caminhada ao trabalho ou até a parada de ônibus que, aliada a pressa, torna-se um ato de risco em função das ruas esburacadas, lajotas soltas, degraus imprevistos, calçamento deteriorado etc.

### 2.3.3 A Notificação

O registro do AT típico ou de trajeto é obrigatório.

Para que sejam iniciados os procedimentos de rotina, torna-se necessário que o profissional de saúde notifique, na CEAT(Anexo 1), o AT.



“- as instituições de saúde devem implementar os protocolos de registro, avaliação, aconselhamento, tratamento e acompanhamento das exposições ocupacionais a microrganismos responsáveis pela transmissão de doenças;

- além dos dados solicitados na CEAT, são também necessários registrar outras informações sobre as condições do acidente, do paciente-fonte e do profissional envolvido para fins de estudos, investigação, providências etc.;

- o prazo para a conclusão do processo no Setorial de Recursos Humanos é de 08 (oito) dias a contar da data do acidente;

- o acidente poderá ser relatado pela chefia imediata do servidor acidentado, pelo próprio servidor, pela família, pelo médico assistente ou por qualquer pessoa que tenha presenciado o mesmo;

- caberá a GESAS/SEA emitir parecer conclusivo acerca da caracterização, ou não, do acidente em serviço, estabelecendo o indispensável nexos causal entre as lesões verificadas e o exercício da atividade laborativa do servidor;

- no caso de acidente em serviço que causar a morte do servidor, deverá ser comunicado a respectiva autoridade policial;

- a GESAS deverá, no prazo máximo de 10 (dez) dias, proceder a caracterização dos processos de acidente em serviço, bem como dos pedidos de ressarcimento e pagamento de despesas relativas ao servidor acidentado;

- na ocorrência de acidente em serviço que não resultar em atendimento médico, hospitalar ou ônus para o servidor, o seu registro deverá ser feito e encaminhado a GESAS, pois no surgimento de seqüelas decorrente dele, a caracterização já teria sido efetuada (DECRETO 1.456/96)”.  
.

## 2.4 O SUB-REGISTRO DO AT

Os dados estatísticos publicados a partir da segunda metade da década de 70 (século XX) para os segurados da Previdência Social no Brasil, indicavam uma tendência fortemente decrescente na incidência dos AT. Em 1970, ocorriam 167 acidentes por 1.000 trabalhadores expostos; em 1980, houve uma redução para 78 por 1.000 trabalhadores expostos e em 1990, para 30 por 1.000 (WÜNSCH FILHO, 1995).

Nestes últimos 30 anos não existem informações fidedignas sobre o registro dos AT e, sem dúvida, é notória a influência da subnotificação no período, com intensidades diferentes dependendo das conjunturas sócio-políticas específicas, atingindo, principalmente, os acidentes leves (WÜNSCH FILHO, 1995).

Uma vez que os dados estatísticos não traduzem a realidade faz-se necessário destacar, entre tantos, alguns fatores sobre o evento, como:

- os longos períodos recessivos da economia brasileira têm expulsado grandes contingentes de trabalhadores para a informalidade, sobre os quais não se têm qualquer informação sobre os AT (FERREIRA e VALENZUELA, 1996);
- a interpretação dada pela Fundação IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – “apesar de não se sustentar em nenhum critério científico mais bem definido, refere que o número de AT tem diminuído, a cada ano, em decorrência dos cursos sobre segurança do trabalho, ministradas pelas empresas públicas e particulares (WÜNSCH FILHO, 1995, p.297)”;
- em momentos de crescente crise econômica e social, há uma forte tendência da diminuição de notificação dos AT, onde os próprios trabalhadores se sentem inibidos em comunicar a notificação por medo de perderem seus empregos (BLANK, 1997);

- as estratégias empresariais de competitividade incluem, no elenco de indicadores que as promove como empresas exemplares, a redução do número de AT (FERREIRA e VALENZUELA, 1996), o que pode estar transferindo para o setor informal as etapas da produção que condicionam maior risco ao trabalhador (WÜNSCH FILHO, 1995);
- os custos sociais e econômicos continuam a ser transferidos para a classe trabalhadora, contribuinte ou não da Previdência Social, ou seja, para toda a população, principalmente após a Constituição de 88. A enormidade destes custos e sua injusta socialização impõem um movimento social amplo para evitar acidentes e doenças, estando ou não vinculados diretamente ao trabalho (RIBEIRO, 1994);
- as limitações decorrentes dos dados contidos nas principais e oficiais fontes (CAT e Declaração de Óbito - DO) de informações. A CAT, por exemplo, está restrita basicamente às regiões urbanas e os dados referem-se aos trabalhadores inseridos na força de trabalho formal, não incluindo os funcionários públicos, os autônomos e os pequenos comerciantes. As informações existentes e disponíveis nestas fontes, além de, muitas vezes, serem imprecisas, são pobres em variáveis para análises (WÜNSCH FILHO, 1995).

Em países desenvolvidos como a Suécia, as empresas maiores apresentam um sub-registro mais baixo (entre 5 a 8%) e as empresas de menor porte exibem uma subnotificação mais alta (em torno de 50%), já que existe uma tendência a não comunicação dos acidentes leves ocorridos (BLANK, 1997).

No Brasil, as diferentes fontes que geram as informações sobre o AT mostram que a região sudeste separadamente, registra cerca de 65% dos AT e juntamente com a região sul são responsáveis por 90% dos AT notificados no país (WÜNSCH FILHO, 1995).

BARATA, RIBEIRO e MORAES (2000) observaram que, no ano de 1994 em São Paulo, haveria, nos dados oficiais, isto é, nas notificações feitas na CAT, um sub-registro de AT em torno de 57,4% entre os trabalhadores assalariados do setor formal e, se fosse considerado o conjunto da população economicamente ativa, este sub-registro atingiria cifras bem maiores, como 71,1%.

Para os AT de um modo geral FISCHER (1985), citando POWELL et al. (1971), identificou que, nos locais de trabalho, somente de 5 a 7% deles são notificados e justificou que esta subnotificação, entre outros motivos, deve-se a:

- sentimento de culpa do trabalhador;
- falta de informação sobre a notificação do AT por parte do trabalhador;
- inexistência ou inadequada qualidade do serviço médico ao trabalhador na própria instituição;
- atitudes, impressões e opiniões negativas em relação ao pessoal do serviço médico ou de saúde;
- sistema de notificação e vigilância de acidentes ineficientes;
- efeito lembrança - um acidente é um evento rápido e, por vezes, chocante. A lembrança da sua ocorrência pode ser racionalizada ou mesmo distorcida, parcial ou totalmente;
- a não-percepção e a não-comunicação de pequenos acidentes de trabalho por parte do trabalhador.

Em relação a notificação dos AT típico, entre os profissionais da área da saúde FIGUEIREDO (1992), referenciando PICALUGA (1982), mostra que o seu registro incorreto atribuiu-se a vários fatores, entre eles

- a falta de tradição e insuficiente informação de profissionais em reconhecer essas situações;
- desconhecimento, pela maioria dos trabalhadores da área, quanto às conseqüências, principalmente as futuras, para a saúde;

- a burocracia que envolve a notificação do evento e
- somente a degeneração orgânica é apontada no ambulatório e na estatística do INSS.

Ao estudar a evolução do número de AT, entre os anos de 1987 a 1992, numa Empresa de Medicina de Grupo, com 3.000 empregados distribuídos em 05 hospitais e cerca de 30 centros médicos, com o cuidado permanente de informar e conscientizar os funcionários da necessidade e importância da comunicação destes acidentes (com ou sem afastamento), ZURITA (1992) revelou que somente a partir do quinto ano após a implantação, a comunicação do AT se mostrou eficiente.

Como já foi mencionado anteriormente, com a disseminação do HIV, HBV e HCV no ambiente de trabalho da saúde, constatou-se uma maior preocupação e interesse pelos AT sofridos em decorrência a objetos perfurantes, penetrantes ou cortantes, e, especialmente, contaminados com secreções, sangue etc. contaminados. Esta preocupação é mais atentamente observada em países desenvolvidos e em grande centros onde se encontram os hospitais de grande porte e cujas Comissões de Controle de Infecção Hospitalar - CCIHs exercem um rigoroso controle e monitoramento como também atuam na prevenção a exposição ocupacional a material biológico potencialmente contaminado.

É conveniente lembrar que esta prevenção se faz, basicamente, através de ações educativas constantes bem como na implementação de protocolos de registro do evento, avaliação, aconselhamento e acompanhamento nas pós-exposições.

## **2.5 OS PROFISSIONAIS DA SAÚDE E OS AT**

Inúmeras profissões, guardando as suas características próprias, favorecem mais ou menos a exposição a riscos e aos acidentes ocupacionais.

Na área da saúde, entretanto, é observável e estatisticamente comprovável, a presença de um grande número destes riscos, principalmente ao considerar a diversidade de atividades desenvolvidas e, ainda, ser a instituição de saúde (hospital, centro de saúde etc.) um dos principais meio ambiente de trabalho dos profissionais que atuam nesta área (SOUZA, 1994).

Apesar de estes profissionais estarem em constante risco de se acidentarem e de adquirir infecções, algumas doenças como a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – AIDS, as hepatites B, C, D, F e G, a contaminação com o Vírus da Imunodeficiência Adquirida - HIV, Vírus da hepatite B - HBV, Vírus da hepatite C - HCV entre outras, representam as maiores preocupações em ambientes de saúde e são os grandes responsáveis pela implementação de sistemas de notificação, investigação e ações preventivas em instituições de saúde, notadamente as hospitalares.

Inúmeros trabalhos tem demonstrado que a AIDS ocupacional é um fato concreto. Esta via de transmissão tomou maior dimensão entre os trabalhadores da saúde a partir do primeiro caso comprovado de contaminação (uma enfermeira, ao realizar um procedimento, perfurou o dedo com agulha não oca contendo grande quantidade de sangue fresco de doente) ocorrido em um hospital da Inglaterra, em 1984 (ODA, ROCHA, TEIXEIRA, 1996).

Para ODA, ROCHA e TEIXEIRA (1996) as taxas de infecção ocupacional com o HIV têm sido da ordem de 0,2-0,5%. Além de ter o poder invasor menor, o HIV necessita de concentrações bastante elevadas para produzir um processo infeccioso.

Ainda, os autores acima, relataram os casos de Aids ocupacional no setor saúde dos Estados Unidos por ocupação profissional, entre janeiro de 91 a setembro de 92, identificando o enfermeiro com 14 casos, pessoal da limpeza e manutenção (12 casos), técnico de laboratório clínico (12 casos), médico de emergência e paramédico (07 casos), médico (não-cirurgião) (07 casos), dentistas (06 casos), atendente e ajudante de saúde (05 casos), legista e patologista (03 casos), médico (cirurgião) (02 casos) e outras ocupações de saúde (08 casos).

O Ministério da Saúde - MS recomenda (Anexo 2) que o sangue e fluídos corpóreos de qualquer paciente e/ou cliente sejam considerados potencialmente infecciosos para o HIV, HBV, HBC e outros patógenos sanguíneos. Recomenda também, o uso de barreiras de proteção, cujo objetivo é reduzir o risco de exposição tanto da pele como das membranas mucosas do profissional a material infectante; manejo adequado do lixo hospitalar e ambulatorial; manejo correto de materiais/objetos/instrumentos perfuro-cortantes entre outros. Para os casos já registrados ou suspeitos de Aids ocupacional, principalmente em hospitais, existe um sistema de monitoramento que tem permitido identificar a magnitude do risco, bem como seus níveis nas diferentes atividades realizadas no setor saúde (ODA, ROCHA, TEIXEIRA, 1996).

Em relação ao vírus da hepatite B, a primeira comprovação do risco de sua transmissão ocupacional em profissionais da área da saúde, data de 1949, muito antes da descoberta do antígeno austrália, quando pesquisadores relataram um caso de hepatite por soro homólogo, como era chamada naquela época, diagnosticada em um trabalhador de banco de sangue (FERNANDES et al., 1999).

No mundo, quase 350 milhões de indivíduos são portadores crônicos do HBV. O risco de morte por cirrose e hepatocarcinoma decorrente da infecção por este vírus é estimado em mais de 50% nestes portadores em comparação ao risco de 2% na população geral. O câncer de fígado está entre os 10 tipos mais comuns no mundo e o HBV é a causa de, pelo menos, 80% deles.

A prevalência da infecção pelo HBV é variável, apresentando regiões de caráter endêmico, geralmente em países em desenvolvimento, enquanto que a baixa prevalência (<2% de portadores) do vírus é observada em países industrializados. Em áreas de baixa prevalência, a sua transmissão ocorre na faixa de adultos - jovens e adultos, principalmente em grupos de risco como profissionais de saúde, receptores de sangue e hemoderivados, pacientes de hemodiálise, usuários de drogas, homossexuais e indivíduos com múltiplos parceiros sexuais.

Estudos demonstram que nos indivíduos que trabalham em algumas áreas hospitalares a prevalência de infecção vigente ou pregressa pelo HBV chega a alcançar índices superiores a 30%, correspondendo a uma frequência 10 vezes maior que a encontrada na comunidade onde o hospital está localizado. Estão submetidos ao maior risco o pessoal de enfermagem, hemoterapeutas, hemodinamicistas, médicos cirurgiões, dentistas, pessoal que trabalha na hemodiálise, endoscopia digestiva e de laboratório de análises clínicas (FERNANDES et al., 1999).

Outros estudos epidemiológicos reafirmaram e demonstraram que profissionais da saúde, têm aproximadamente uma prevalência de 5 a 10 vezes maior de marcadores sorológicos de Hepatite B do que a população de doadores de sangue. Profissionais da área laboratorial, patologistas, médicos, dentistas, enfermeiros, técnicos e auxiliares que trabalham em salas cirúrgicas, unidades de terapia intensiva, unidades de diálise, atendimentos de emergência e pronto-socorros estão particularmente sob o risco de adquirir a doença (YOSHIDA, 1996).

As medidas gerais para prevenir a exposição do sangue contaminado em instrumentos cortantes foram desenvolvidas no início da década de 1970 e permanecem como base das recomendações universais que foram rigorosamente implementadas quando se reconheceu que a AIDS também era uma doença transmitida pelo sangue. O principal fator é reconhecer que todo sangue, derivado do sangue ou fluido orgânico é potencialmente infeccioso. Seu contato deve ser prevenido por barreiras técnicas (Anexo 2) como o uso de luvas, máscaras e óculos de proteção. Devem-se ainda incluir métodos seguros de descarte de agulhas contaminadas e de outros instrumentos afiados e adotar medidas que visem à segurança, como a proibição do ato de fumar, fazer refeições e beber em laboratório, assim como pipetar com a boca em quaisquer materiais.

A prevenção e o controle da hepatite B se faz através da vacinação segura e eficaz (3 doses). O ideal é a profilaxia pré-exposição a todos os profissionais da saúde. Porém, nos casos de profilaxia pós-exposição, incluem-se as imunoglobulinas específicas hiperimunes – HBIG associadas à vacinação (YOSHIDA, 1996).



Outra grande preocupação para os profissionais da saúde é o aumento dos casos de hepatite C. O risco de transmissão deste vírus está associado à exposição percutânea ou mucosa ou outro material biológico contaminado por sangue.

A probabilidade de infecção por este vírus, após exposição percutânea é de 1,8% e, dependendo do teste utilizado para o diagnóstico desta patologia, o risco médio pode variar de 1 a 10%. A resolução espontânea do quadro de hepatite C é rara e, no momento, a terapia medicamentosa apresenta eficácia experimental em 40 a 50% dos casos. É importante lembrar que, após a exposição ocupacional, não existe intervenção específica para a sua prevenção e, até o presente momento, não foram desenvolvidas vacinas contra o HCV. Estudos ressaltam que esse vírus tem sido identificado em várias superfícies odontológicas e se mantém estável a temperatura ambiente por mais de 05 dias (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999).

Com relação as hepatites F e G, estas são as mais recentes mutações da família da hepatite virótica. É transmitida por via parenteral, sexual, vertical, sangue contaminado e hemoderivados, através de procedimentos cirúrgicos e odontológicos, solução de continuidade de pele e mucosa. Seu impacto para a saúde ainda não está muito esclarecido (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999).

## **2.6 A SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE**

A Secretaria Estadual de Saúde – SES é o órgão responsável pela execução da política de saúde de Santa Catarina. Sua organização atual é resultante da incorporação de parte do ex-INAMPS e da absorção, por extinção, do Departamento de Saúde Pública - DSP, voltado para ações da saúde pública e da Fundação Hospitalar de Santa Catarina - FHSC, responsável pela área hospitalar, desde o final dos anos 80.

Por volta de 1988, iniciou-se o processo de municipalização dentro das diretrizes de descentralização proposto pelo Sistema Único de Saúde – SUS, cujo modelo de atenção à saúde está alicerçado nos princípios de universalidade e equidade,

integralidade, descentralização, participação social, complementariedade do setor privado, regionalização e hierarquização (SANTA CATARINA, 1998).

A SES possui as seguintes instituições ou unidades:

**- Gestão Estadual**

Instituto de Anatomia Patológica – **IAP** (Florianópolis), Maternidade Dona Catarina Kuss – **MDCK** (Mafra), Hospital Miguel Couto – **HMC** (Ibirama), Centro de Hematologia e Hemoterapia de SC – **HEMOSC** (Florianópolis), Hospital Governador Celso Ramos – **HGCR** (Florianópolis), Centro de Pesquisas Oncológicas – **CEPON** (Florianópolis), Hospital Santa Teresa de Dermatologia Sanitária (antiga Colônia Santa Teresa) – **HSTDS** (São Pedro de Alcântara), Associação Santa Catarina de Reabilitação – **ASCR** (Florianópolis), Hospital Florianópolis – **HF** (Florianópolis), Hospital Colônia Santana – **HCS** (São José), Hospital Infantil Joana de Gusmão – **HIJG** (Florianópolis), Maternidade Carmela Dutra – **MCD** (Florianópolis), Hospital Nereu Ramos – **HNR** (Florianópolis), Policlínica de Referência Regional – **PRR** (Florianópolis), Laboratório Central de Saúde Pública – **LACEN** (Florianópolis), Laboratório Industrial e Farmacêutico de SC – **LAFESC** (Florianópolis), Hospital Regional Homero de Miranda Gomes – **HRHMG** (São José), Instituto de Cardiologia – **INCA** (São José) e 18 (dezoito) Regionais de Saúde – **18 RS**.

**- Gestão Municipal**

Maternidade Darcy Vargas – **MDV** (Joinville), Hospital Regional Hans Dieter Schmidt – **HRHDS** (Joinville), Hospital Hélio Ortiz – **HHO** (Curitibanos) e Hospital e Maternidade Teresa Ramos – **HMTR** (Lages).

Ainda, conta com unidades como Postos de Saúde, Centros de Saúde e Policlínica I e II que foram cedidas aos respectivos municípios e, no entanto, os seus servidores mantêm o vínculo empregatício com a SES.

Os servidores públicos da SES estão representados pelos ativos (efetivos, contratados e cargos comissionados) e os inativos, conforme Quadro 1. Ainda atuam, em algumas instituições, os servidores terceirizados – que executam, principalmente,

serviços de zeladoria, limpeza, manutenção, vigilância etc., cujo vínculo empregatício está sob a responsabilidade de empresas particulares contratadas pela SES.

**QUADRO 1 - DISTRIBUIÇÃO DOS SERVIDORES PÚBLICOS DA SES, SEGUNDO O VÍNCULO EMPREGATÍCIO, SC – 1997 A 1999**

CATEGORIA DO SERVIDOR	ANO		
	1997	1998	1999
	NÚMERO	NÚMERO	NÚMERO
<b>SERVIDOR ATIVO</b>			
<i>Efetivo</i>	8.925	8.619	8.452
Contratado (CLT)	975	1.329	1.339
Cargo Comissionado	132	129	105
SUB-TOTAL	10.032	10.077	9.896
<b>SERVIDOR INATIVO</b>	2.024	2.248	2.437
<b>TOTAL</b>	12.056	12.325	12.333

### **3 PERGUNTAS DE PESQUISA**

- Qual a magnitude e gravidade das lesões decorrentes de AT em servidores públicos estatutários atuantes e lotados em instituições da Secretaria Estadual da Saúde/ SC?

- Qual a Densidade de Incidência, Taxa de Incidência e o Risco Relativo das lesões decorrentes de AT em relação a algumas características funcionais do servidor?

- Qual a distribuição das lesões decorrentes de AT em relação ao cargo ocupado pelo servidor na instituição?

## **4 OBJETIVOS**

### **4.1 GERAL**

Investigar a distribuição das lesões decorrentes de AT em servidores públicos estatutários estaduais atuantes e lotados em instituições da SES/SC.

### **4.2 ESPECÍFICOS**

Descrever e analisar as lesões decorrentes de AT considerando variáveis ligadas ao servidor, características e gravidade do acidente;

Estimar a densidade de incidência, taxa de incidência e risco relativo das lesões decorrentes de AT em relação a algumas variáveis relativas às características funcionais do servidor;

Comparar a distribuição das lesões decorrentes de AT em relação ao cargo ocupado pelo servidor.

## **5 METODOLOGIA**

### **5.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA**

Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo com elementos analíticos realizado sobre lesões decorrentes de AT notificados, ocorridos no período de janeiro de 1997 a dezembro de 1999, registrados em documento oficial padronizado, em nível estadual - o formulário CEAT (Anexo 1).

PEREIRA (1995), BEAGLEHOLE, BONITA e KJELLSTRÖM (1996) comentam que os estudos descritivos reconhecem inicialmente uma determinada situação, possibilitando identificar grupos de risco (...) que poderiam beneficiar-se de medidas saneadoras e sugerir explicações para variações de frequência, servindo de base para outros estudos.

### **5.2 POPULAÇÃO DE ESTUDO**

A população de estudo foi composta pelos servidores públicos estaduais estatutários atuantes e lotados na área da saúde do Estado de Santa Catarina, mais especificamente em instituições da SES e que sofreram algum tipo de lesão decorrente de AT e este notificado na CEAT.

Foram consideradas as lesões decorrentes de AT classificados em típico e de trajeto registrados na CEAT, com ou sem afastamento do trabalho.

Foram excluídos os servidores públicos estaduais com contrato direto regido pela CLT, os contratados por empresas terceirizadas e o servidor que não atua na área da saúde.

### **5.3 COLETA DOS DADOS**

A coleta do dado foi feita através de pesquisa na CEAT e para atingir os objetivos propostos foram estudados os dados do Servidor (parte 2), os dados do Acidente (parte 3) e o Laudo Médico (Atendimento Médico) (parte 4).

### **5.4 VARIÁVEIS DE ESTUDO**

As variáveis estudadas foram as seguintes:

#### **5.4.1 As relativas às Características Funcionais do Servidor**

- **cargo**: conjunto de funções e responsabilidades inerentes a uma pessoa física, com denominação própria, confiado pelo Estado, no qual desenvolve atividades de interesse público. Os cargos estudados estão em conformidade com a lei n. 081, de 10/03/93, da Secretaria de Estado da Administração (Anexo 4);
- **lotação**: instituição de saúde, repartição ou setor no qual o servidor exerce suas atividades e/ou funções (Anexo 5);
- **faixa etária**: idade, em anos completos, registrada na data de ocorrência do acidente, notificada na CEAT;
- **sexo**: masculino e feminino;

- **anos de estudo:** escolaridade do servidor (primeiro grau completo ou incompleto, segundo grau completo ou incompleto, terceiro grau completo ou incompleto e ignorado);
- **tempo de serviço:** tempo, em anos, em que o servidor vinha exercendo suas atividades e/ou funções na instituição;
- **turno de trabalho:** período de horas diárias de trabalho na instituição. Foram considerados os turnos matutino (das 07:00 às 13:00 h.), vespertino (das 13:00 às 19:00 h.), noturno (das 19:00 às 07:00 h.) e Outra Categoria/Ignorado (OC/IGN);
- **carga horária de trabalho semanal:** total de horas de trabalho na semana realizada, pelo servidor, na instituição. Foram consideradas cargas de 40 h., 30 h., 20 h. e OC/IGN. Segundo a Lei 6.745, de 28/12/85 do Estatuto dos Funcionários Públicos Civis de SC (título III, cap. II, seção I, art. 23), o regime de trabalho para os servidores públicos estatutários são de 40 h./semanais ou 20 h./semanais, quando há redução de carga horária (art. 23). Contudo, em decorrência de movimentos grevistas ocorridos em 1994, ficou acordado verbalmente 30 h. de trabalhos semanais e, conseqüentemente, 6 h. de trabalhos diários;
- **carga horária de trabalho diária:** total de horas de trabalho no dia. Foram avaliadas 08 h., 06 h., 04 h. e OC/IGN;
- **atividade executada:** ação realizada pelo servidor no momento do acidente;
- **setor:** local de exercício da atividade que o servidor executa na instituição (Anexo 5).

#### 5.4.2 As relativas às Características do Acidente

- **município de ocorrência do AT:** município em que se localiza a instituição de saúde (descritos no item 2.6 – SES);
- **classificação:** acidentes típicos ou de trajeto;
- **data de ocorrência:** tempo (ano, mês e dia da semana) em que o servidor sofreu a lesão decorrente do acidente;



- **horário do acidente:** horário em que o servidor sofreu a lesão decorrente do acidente;
- **horas trabalhadas:** tempo, em horas, em que o servidor estava executando sua tarefa/atividade/procedimento no dia do acidente, até a sua ocorrência;
- **local:** setor, sessão etc. em que o servidor se encontrava quando da ocorrência da lesão decorrente do AT;
- **tarefa:** atividade/procedimento em que o servidor executava no momento do acidente. Neste estudo, as tarefas representam a seqüência de atos ou procedimentos específicos realizados em função do próprio cargo que o servidor exerce, de acordo com o que normatiza a instituição de saúde e a legislação. Elas foram agrupadas em duas categorias: (1) as de rotina – que são aquelas desenvolvidas junto ao paciente, de acordo com o cargo do servidor, e que envolvesse(m) objeto(s)/instrumental(is)/etc. perfurante(s), cortante(s) e penetrantes(s) contaminado(s) com material biológico e (2) as outras tarefas – que são as demais tarefas exercidas pelo servidor;
- **tipo:** energia ou força que causou a lesão;
- **parte(s) do corpo mais atingida(s):** localização, no corpo, da lesão;
- **objeto ou fonte causadora:** objeto, instrumento, máquina etc. que provocou diretamente a lesão. Na maioria das vezes, encontrava-se explicitado no campo descrição do acidente;
- **natureza da lesão:** tipo de lesão resultante do AT.

#### 5.4.3 As relativas ao Atendimento (Laud) Médico

- **duração provável do afastamento do trabalho:** tempo do afastamento, em dias, prescrito pelo médico (obtido na CEAT) e o real (verificado junto a Supervisão Pericial da GESAS/SEA) em consequência do acidente sofrido;
- **avaliação da gravidade inicial do acidente:** após a ocorrência do acidente, a gravidade da lesão do servidor foi inicialmente avaliado em grau 0 (acidente leve – com lesão sem perda funcional de parte do corpo), grau 1 (acidente moderado –

com lesão onde há perda funcional da parte do corpo atingida, que permita o retorno ao trabalho), grau 2 (acidente grave – com lesão onde há perda funcional a ser posteriormente avaliado quanto as conseqüências), óbito ou, ainda, sem necessidade de atendimento médico.

Para facilitar a visualização, o entendimento e a análise dos resultados, foram agrupadas algumas variáveis como a faixa etária, grau de instrução, tempo de serviço, atividade executada, setor, tarefa, agente causador, parte(s) do corpo atingida(s), objeto ou fonte causadora, natureza da lesão, afastamento prescrito pelo médico e o real.

## 5.5 PLANO DE ANÁLISE

De todos os AT registrados e encaminhados à Comissão Permanente de Avaliação Pericial -CPAP- GESAS/SEA, foram estudadas as notificações com código 1401 pertencentes as instituições (ou unidades) como hospitais, policlínicas etc. da SES.

Em princípio, foram avaliadas 569 CEATs entre os anos de 1996 a 1999. Porém, as notificações de 1996, em número de 30, foram excluídas do estudo por serem as primeiras notificações após a implantação do formulário, por representarem poucos registros e apresentarem uma grande quantidade de campos incompletos

Assim, foram analisadas 539 CEATs distribuindo-se em 487 (90,35%) acidentes típicos e 52 (9,65%) de trajeto. Todavia, para os AT classificados como típicos foram excluídos 03 formulários por apresentarem mais de 90% das variáveis com dados ignorados (484 – 90,30%). Ao final, considerou-se para análise deste estudo o total de 536 lesões decorrentes de AT.

Para estruturação, armazenamento e análise estatística das informações contidas no formulário, foi utilizado o aplicativo Epi-Info versão 6.0, com duas digitações independentes.

Foram calculadas Densidade de Incidência - DI, Taxa de Incidência – TI e Riscos Relativos - RR com Intervalo de Confiança -IC de 95% para as variáveis cargo e lotação. A Taxa de Incidência - número total de lesões decorrentes de acidentes dividido pelo número de servidores para o ano de 1999 - foi calculada para as instituições hospitalares onde ocorreram vinte ou mais lesões no período. Para o cálculo dos Riscos Relativos foram consideradas como população exposta (numerador) as categorias de cargo e lotação que apresentaram o maior número de servidores/ano de observação e número de servidores, respectivamente, uma vez que as classificações adotadas nos formulários não permitiram uma classificação mais específica quanto ao grau de exposição entre estas categorias.

Com o propósito de verificar a distribuição da frequência das lesões e sua variabilidade, foram calculados medidas de tendência central e dispersão para algumas variáveis relacionadas as características do servidor, do acidente e laudo médico.

Para análise da diferença de proporções entre as variáveis cargo, hora de ocorrência, hora trabalhada, tarefa, tipo de acidente, parte(s) do corpo mais atingida(s), objeto ou fonte causadora e natureza da lesão, foi utilizado o teste do qui-quadrado considerando como significativo o valor de  $p \leq 0,05$ . Ao cruzar as variáveis citadas, cada cargo foi contraposto aos demais cargos de interesse da pesquisa.

## **5.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS E ADMINISTRATIVAS**

Para este estudo foi utilizada uma fonte de dado secundária e mesmo tendo acesso as notificações individuais de cada acidente, ficou garantido o anonimato através da utilização de um código para cada notificação quando da estruturação e armazenamento dos formulários.

Com relação as administrativas, foram feitos contatos via telefone, ofícios e reuniões junto aos servidores da GESAS, SES e SEA visando formalizar o pedido de autorização para a pesquisa, coleta de dados e explanação do ante-projeto de pesquisa.

## 6 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados mostram, primeiramente, um panorama geral das lesões decorrentes de AT abarcando os acidentes típicos e de trajeto. A partir daí, as discussões e análises dos resultados ficam centralizadas somente nas variáveis relacionadas as lesões decorrentes de AT típicos, uma vez que elas estão no liame do exercício da atividade laboral.

O Quadro 2 exhibe o número total de lesões decorrentes de AT em servidores estatutários, no qual 90,30% foram classificados em típicos e 9,70% em de trajeto. Para o período estudado, o ano de 1997 apresentou 25,93% das lesões notificadas, o ano de 1998, 37,40% e em 1999, 39,37%. A Densidade de Incidência destas lesões foi de 18,57 para as decorrentes de acidentes típicos, 1,99 para as de trajeto e 20,56 para o total das lesões.

**QUADRO 2 - NÚMERO DAS LESÕES DECORRENTES DE AT, NÚMERO DE SERVIDORES EFETIVOS E DENSIDADE DE INCIDÊNCIA POR 1.000 SERVIDORES/ANO, SC – 1997 A 1999**

Lesões decorrentes de AT 1997-99	536 (100,00%)
Típico	484 (90,30%)
Trajeto	52 ( 9,70%)
Número total de lesões notificadas	
1997	139 (25,93%), 120 típicos (86,33%) e 19 de trajeto (13,67%)
1998	186 (34,70%), 172 típicos (92,47%) e 14 de trajeto (7,53%)

Continuação

1999	211 (39,36%), 192 típicos (92,90%) e 19 de trajeto (9,00%)
Número de servidores efetivos	
1997	8.925
1998	8.619
1999	8.452
Servidores/ano de observação (em 03 anos)	26.065
Densidade de incidência das lesões decorrentes de AT (por 1000 servidores/ano)	
Típico	18,57
Trajeto	1,99
Total	20,56

## 6.1 ACIDENTES TÍPICOS

### 6.1.1 VARIÁVEIS RELACIONADAS AS CARACTERÍSTICAS FUNCIONAIS DO SERVIDOR

#### 6.1.1.1 Cargo

O cargo é uma variável importante quando se trata de identificar a atividade específica de cada servidor. O seu estudo ajuda a dimensionar, com maior clareza, os movimentos, ritmos, fluxos, instrumentos/equipamentos usados, espaços utilizados, tipo e duração da tarefa, entre outras circunstâncias. Também dimensiona um potencial de acidentabilidade a que o trabalhador está exposto (FERREIRA e VALENZUELA, 1996) e, por conseguinte, atuar na prevenção.

Para esta variável, identificou-se o cargo de Agente em Atividade em Saúde II<sup>3</sup> (AAS II) com 39,88%) e o Agente de Serviços Gerais<sup>4</sup> (ASG - 22,11%) com as maiores frequências dos casos registrados. Logo, vieram o Técnico em Atividades de Saúde<sup>5</sup> (TAS) com 18,18%, o Enfermeiro (Enf.) e o Médico, com 7,44% e 4,55%. Em sexto lugar, o cargo de Artífice II<sup>6</sup> (Art. II – 3,92%) e, por fim, 3,92% das notificações distribuíram-se entre Outras Categorias<sup>7</sup>/Ignorado (OC/IGN).

A literatura destaca que, dentre os profissionais atuantes na área da saúde, os de enfermagem<sup>8</sup> são os que mais se acidentam. SOUZA (1999) reafirma que a equipe de enfermagem representa a maior parte do contingente de trabalhadores da saúde e além disso, possui algumas características, como a rotina/atividade profissional, o contato maior e continuado com o paciente/cliente/usuário, acompanhante, visitante, companheiro de profissão, outros servidores, equipamentos, instrumentais etc., que justificam e acentuam sua posição frente aos riscos laborativos.

<sup>3</sup> AAS II – composto pelo agente em atividades de saúde II, auxiliar de serviço hospitalar e assistencial, auxiliar de laboratório, atendente de saúde pública, auxiliar de nutrição, agente auxiliar de saúde pública, auxiliar de enfermagem, auxiliar de serviços de obstetrícia, agente operacional de equipamentos de saúde e auxiliar de serviços assistenciais; esta categoria desenvolve atividades auxiliares na área dos serviços de saúde ligados à área técnica, laboratorial, sanitária e hospitalar em geral no apoio aos técnicos de saúde; conclusão do primeiro grau;

<sup>4</sup> ASG – representado por agente de serviços gerais, agente de portaria, vigia, auxiliar de cozinha, auxiliar de serviços diversos, auxiliar de serviços gerais, copeiro, servente, lavadeira e vigilante; este cargo executa trabalhos de natureza operacional, abrangendo serviços braçais, de zeladoria, limpeza, copa, protocolo e vigilância; conclusão da quarta série do primeiro grau;

<sup>5</sup> TAS – representado pelo técnico em atividade de saúde, técnico de enfermagem, técnico em laboratório, técnico em radiologia, técnico em prótese ortopédica, técnico auxiliar de reabilitação fisioterapia e massagista, operador em raio X e agente de saúde pública; esta categoria desenvolve serviços referentes à citotecnia, epidemiologia, saneamento, vigilância sanitária, serviços auxiliares de obstetrícia, serviços de enfermagem em geral, serviços auxiliares de operação e manutenção de Raio X, revelação radiográfica, execução de serviços de laboratório, serviços auxiliares de fisioterapia, serviços de massagens e prótese ortopédica; conclusão de curso de segundo grau na área específica de atuação, caso houver, e registro no respectivo Conselho Regional;

<sup>6</sup> Artífice II – composto pelo artífice I, artífice II, cozinheiro, padeiro, costureiro e telefonista; este cargo abrange serviços especializados de natureza profissional nas áreas de manutenção, confecção, produção e operação de ferramentas e maquinário em geral; conclusão da quarta série do primeiro grau e qualificação profissional ou experiência na área de atuação;

<sup>7</sup> Outras Categorias – motorista, técnico em atividade administrativa, fiscal sanitaria, médico-veterinário, assistente social, cirurgião-dentista, farmacêutico, bioquímico etc.;

<sup>8</sup> A equipe de enfermagem, segundo a resolução 177/94 do COFEN – Conselho Federal de Enfermagem, são representados pelo enfermeiro, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem. Para a SES/SC esta equipe, além do enfermeiro, também pode estar representada pelos TAS e AAS II

MAGALHÃES et al. (1998), SILVA (1999), SILVA (1988), PEREIRA & SILVA (1998), LEME et al. (1994), SANTOS et al. (1989), OLIVEIRA, MAKARON, MORRONE (1982) entre outros, verificaram que as lesões decorrentes de AT ocorrem com frequência mais elevada entre o pessoal de enfermagem. Alguns destes autores advertiram que, entre este pessoal, a maior incidência está entre o atendente de enfermagem, seguido pelo auxiliar de enfermagem e, por último, o enfermeiro. Já mais recentemente, SOUZA (1999) e DUROVNI et al. (1998) mostraram que 32,2% e 34% dos acidentes ocorridos na saúde aconteceram com os auxiliares de enfermagem. Igualmente, PINTO et al. (1996) também mencionaram que a porcentagem de auxiliar e técnico de enfermagem que sofreram lesões, considerando todos os outros profissionais de saúde, foi de 39,00%

No entanto, ressalta-se o não registro destas lesões na categoria funcional de médico. Pesquisadores como LEME et al. (1994), FIGUEIREDO (1992) e PADOVEZE et al. (1988) chamaram atenção para a quantidade inexpressiva de notificação de AT, confirmando a tendência da não comunicação deste evento por eles. Este fato, sugere uma subnotificação do registro e, conseqüentemente, altera sensivelmente os índices de acidentes conhecidos. Por outro lado, HUERTAS et al. (1995), no México, relataram registros de acidentes entre os estudantes de medicina (20,00%), residentes de medicina (7,00%), médicos cirurgiões (4,00%) e médicos anestesistas (2,00%).

No que diz respeito aos AT de natureza tipicamente industrial, OLIVEIRA, MAKARON, MORRONE (1982) verificaram que, em instituições hospitalares, as atividades exercidas na cozinha e lavanderia, assumem grande preocupação quando da avaliação da incidência dos AT. Da mesma forma, SUBERO, FERNANDEZ, CASTIEL (1987) revelaram que, na Espanha, a acidentabilidade é significativamente superior entre o pessoal que não está atendendo diretamente o paciente como os faxineiros, cozinheiros, auxiliares de cozinha, costureiros, passadores etc. em relação ao pessoal que está envolvido diretamente no cuidado ao paciente. Neste último, o risco de acidentes se revelou mais baixo na categoria dos médicos.

A Tabela 1 denota que, para o período de 1997 a 1999, a DI das lesões decorrente de AT para o cargo de ASG foi de 50,52 casos por 1.000 servidores-ano de observação, do AAS II foi de 30,81, do Enf. foi de 28,71, do TAS foi de 14,73, do Art. II foi de 14,38, do Médico foi de 7,60 e 3,53 deu-se em OC/IGN.

As categorias funcionais de ASG, AAS II e Enfermeiro estiveram mais fortemente sujeitos a ocorrência de lesões conseqüentes ao AT.

Já o RR entre os cargos revela que o AAS II apresentou um risco duas vezes maior de sofrer lesões decorrentes de AT comparado ao TAS e ao Artífice II, quatro vezes maior comparado ao Médico e dez vezes maior comparado a OC/IGN.

**TABELA 1 - DENSIDADE DE INCIDÊNCIA (DI) E RISCO RELATIVO (RR) DAS LESÕES DECORRENTES DE AT DO AAS II EM RELAÇÃO AOS DEMAIS CARGOS, SC – 1997 A 1999**

Cargo	N.	PESSOAS/ ANO	DI	RR(IC 95%)	P
AAS II	193	6.264	30,81	---	---
TAS	88	5.973	14,73	2,09 (1,63 – 2,69)	<0,001
ASG	107	2.118	50,52	0,61 (0,48 – 0,77)	<0,001
ARTÍFICE II	19	1.321	14,38	2,14 (1,34 – 3,43)	<0,01
ENFERMEIRO	36	1.254	28,71	1,07 (0,75 – 1,53)	NS
MÉDICO	22	2.896	7,60	4,06 (2,61 – 6,30)	<0,001
OC/IGN	19	6.239	3,53	10,12 (6,32 – 16,21)	<0,001

**FONTE:** CEAT/GESAS

#### 6.1.1.2 Lotação

Atualmente, a instituição hospitalar é entendida como uma empresa que produz serviços de saúde à comunidade. Todavia, o AT nesta instituição é um fato um tanto comum e autores como MONTEIRO, CARNIO, ALEXANDRE (1987) e FONSECA et al. (1982) lembraram que, muitas vezes, elas pouco têm se preocupado com a promoção, proteção e manutenção da saúde de seus servidores.



Em relação a lotação dos servidores estatutários atuantes em instituições da SES, ficou caracterizado que o HRHMG (22,73%), localizado no município de São José, apresentou o maior contingente de servidores lesionados. A seguir, o HMTR (17,56%) localizado em Lages e o HRHDS (10,12%) pertencente ao município de Joinville. A quarta frequência mais elevada foi registrada na MCD (9,50%) situada em Florianópolis. A partir daí, em ordem decrescente, estiveram o HCS (5,99%) em São José, a MDCK (5,39%) em Mafra, a MDV (4,75%) em Joinville, o HIJG (4,55%) em Florianópolis, o HNR (4,34%) em Florianópolis, o HGCR (4,13%) também em Florianópolis e, por último, 10,95% dos registros distribuíram-se em outras instituições.

Ainda, em relação as instituições hospitalares, BULHÕES (1994), assevera que o hospital representa o principal meio ambiente de trabalho dos servidores que atuam na área.

“Etimologicamente, este local lembra hospitalidade e tem como um de seus principais objetivos a recuperação da saúde (...). Na prestação de seus serviços assistenciais, que garantias de qualidade podem oferecer hospitais com tão degradado meio ambiente? Se isto sequer pode ser dado à clientela do hospital, para quem a permanência em seu meio por alguns poucos dias já representa um risco, quais serão as consequências da exposição diária e esse ambiente nocivo, por anos e anos, para os trabalhadores aí engajados? (p.39)”

Entretanto, a maioria destas instituições, hoje, possui as CCIHs – Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - com atuação bastante intensa e rígida junto aos servidores na prevenção de acidentes e em situações que possam desencadear doenças ocupacionais graves como a AIDS, hepatites etc. Por esta razão, acredita-se que houve um aumento do número de notificações de AT, nestas instituições, nos últimos 05 anos.

Na área ambulatorial como postos de saúde, policlínicas etc. o AT é também um fato comum. Porém, observa-se que os típicos, independentes do grau de severidade, não são notificados. Pensa-se que estes servidores não estejam informados e tão pouco qualificados quanto as medidas (precauções) de segurança preconizadas

pelo MS, bem como da importância da própria notificação do acidente ocorrido, havendo até um desconhecimento quanto a legislação e os procedimentos pertinentes.

A Tabela 2 revela que, para o ano de 1999, a TI das lesões decorrentes de AT na MDCK foi de 273,68 casos por 1.000 servidores, 236,11 para HMTR, 123,32 para MCD, 124,04 para o HRHMG, 103,14 para a MDV, 78,95 para o HNR, 68,72 para o HRHDS, 49,57 para o HCS, 32,26 para o HIJG e 28,49 para o HGCR.

Chama atenção as instituições MDCK, HMTR, MCD, HRHMG e MDV cujos servidores foram os que mais freqüentemente sofreram lesões.

Para o RR entre os servidores das instituições (unidades) da SES, observou-se que os lotados e atuantes no HRHMG (São José) apresentaram risco quase quatro vezes maior de lesionarem-se quando comparados com os lotados no HGCR e HIJG (ambos em Florianópolis), risco de quase duas vezes e meia maior de sofrer lesões se confrontados com os lotados no HCS (São José), risco quase duas vezes maior se conferidos com os lotados no HRHDS (Joinville), risco de uma vez e meia maior se contrastados com os lotados no HNR (Florianópolis) e MDV (Joinville).

**TABELA 2 - TAXA DE INCIDÊNCIA (TI) E RISCO RELATIVO (RR) DAS LESÕES DECORRENTES DE AT, SEGUNDO SERVIDORES LOTADOS NO HRHMG (SÃO JOSÉ) EM RELAÇÃO AS DEMAIS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES DA SES, SC – 1999**

LOTAÇÃO	N.	SERVIDORES	TI	RR (IC 95%)	P
HRHMG	110	894	123,04	---	---
HMTR	85	360	236,11	0,57 (0,44- 074)	<0,001
HRHDS	49	713	68,72	1,70 (1,23 – 2,35)	<0,001
MCD	46	373	123,32	1,0 (0,72 –1,38)	NS
HCS	29	585	49,57	2,32 (1,56 –3,46)	<0,001
MDCK	26	95	273,68	0,51 (0,35 –0,75)	<0,001
MDV	23	223	103,14	1,17 (0,76 –1,80)	<0,001
HIJG	22	682	32,26	3,51 (2,24 –5,48)	<0,001
HNR	21	266	78,95	1,50 (0,96 – 2,34)	<0,001
HGCR	20	702	28,49	3,96 (2,48 – 6,31)	<0,001

FONTE: CEAT/GESAS

A Tabela 3 mostra a comparação das variáveis cargo e lotação, no qual evidenciou-se uma concentração maior de lesões decorrentes de AT entre os servidores ocupando os cargos de AAS II, ASG, Art. II, Enf., Médico e OC/IGN lotados no HRHMG, este localizado no município de São José. Sobressai a frequência das lesões ocorridas na categoria TAS lotado no HMTR, situado em Lages.

**TABELA 3 - DISTRIBUIÇÃO PORCENTUAL DAS LESÕES DECORRENTES DE AT, SEGUNDO CARGO E INSTITUIÇÃO LOTACIONAL, SC – 1997 A 1999**

CARGO	LOTAÇÃO						TOTAL N=484 %
	HRHMG (n=110) %	HMTR (n=85) %	HRHDS (n=49) %	MCD (n=46) %	HCS (n=29) %	Outro/IGN (n=165) %	
AAS II	21,76	18,13	10,36	7,77	7,25	34,73	193 39,88
TAS	14,77	43,18	6,82	7,95	4,55	22,73	88 18,18
ASG	24,30	5,61	14,02	14,02	6,54	35,51	107 22,11
ARTÍFICE II	21,05	5,26	10,53	5,26	10,53	47,37	19 3,92
ENFERMEIRO	27,78	00	5,56	16,66	5,56	44,44	36 7,44
MÉDICO	45,45	9,10	00	00	00	45,45	22 4,55
OC/IGN	26,32	15,78	21,05	10,53	00	26,32	19 3,93

FONTE: CEAT/GESAS

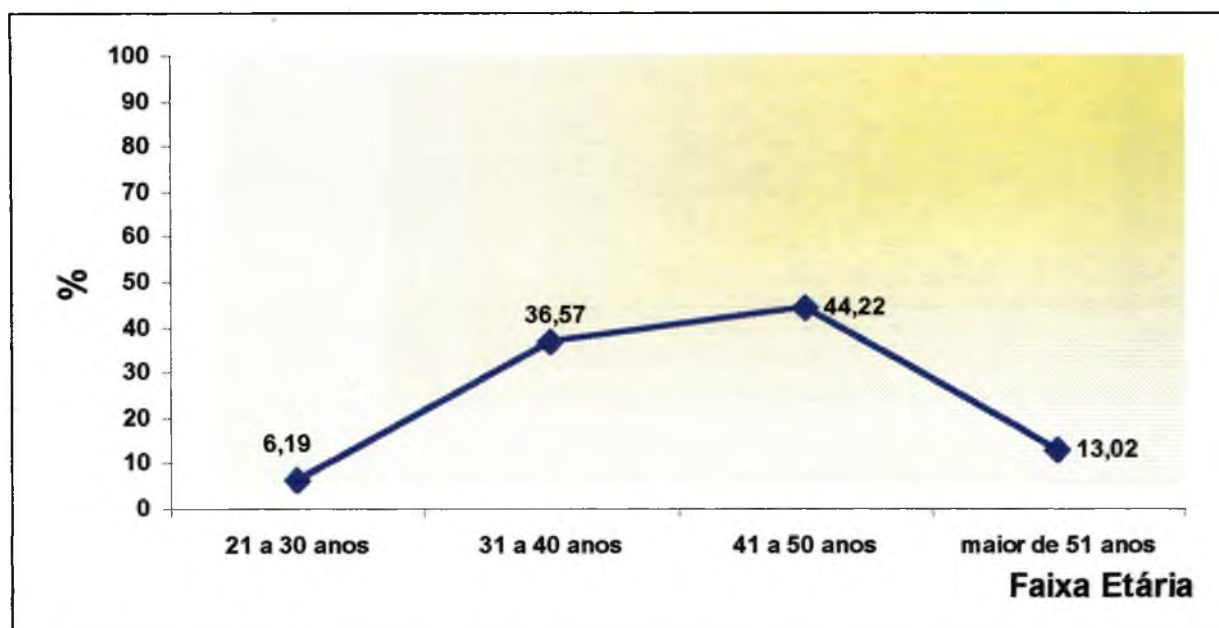
#### 6.1.1.3 Faixa Etária

Quanto a faixa etária, quando do agrupamento em faixas de 10 anos, percebeu-se o maior número de notificações na faixa etária de 41 a 50 anos (44,22%). Em segundo e terceiro lugares, encontrou-se, respectivamente, o grupo de idade de 31 a 40 anos (36,57%) e maiores de 51 anos (13,02%). O grupo etário de 21 a 30 anos representou 6,19% dos casos notificados (gráfico 1).

Nestes acidentes, os servidores apresentaram a média de 42.21 anos de idade, a mediana de 42 anos, a moda de 43 anos e o desvio padrão de 8.63.

SANTOS et al. (1989), SILVA (1988) e OLIVEIRA, MAKARON, MORRONE (1982) ao analisarem a distribuição de acidentes quanto a faixa etária, observaram que estes estão distribuídos de forma relativamente homogênea entre a faixa de idade de 20 a 49 anos de idade. Contudo, pesquisas como as de NEVES & SOUZA (1998), DUROVNI et al. (1998) e MACHADO et al. (1992) encontraram a média de idade de 39, 35 e 33 anos, respectivamente. Igualmente, SOUZA (2000) verificou, entre servidores de 03 hospitais públicos que sofreram AT, a média de idade de 37,4, 37,3 e 47,2 anos.

**GRÁFICO 1 - DISTRIBUIÇÃO DAS LESÕES DECORRENTES DE AT, SEGUNDO FAIXA ETÁRIA, SC-1997 A 1999**



**FONTE:** CEAT/GESAS/SEA

A Tabela 4 revela que, quando do cruzamento entre as variáveis cargo e idade, o ASG e o Enfermeiro mais frequentemente acidentaram-se na faixa de 31 a 40 anos e o AAS II, TAS, Art. II e o Médico na faixa de idade de 41 a 50 anos.

No entanto, a maioria das lesões decorrentes de AT, para todos os cargos concentrou-se na faixa etária de 31 a 50 anos (em média 42 anos). Estas lesões situam o AT em um nicho específico, a do servidor em plena fase produtiva da vida, cuja consequência deste acidente pode ser grave a ele e sua família.

**TABELA 4 - DISTRIBUIÇÃO PORCENTUAL DAS LESÕES DECORRENTES DE AT, SEGUNDO CARGO E FAIXA ETÁRIA, SC – 1997 A 1999**

CARGO	FAIXA ETÁRIA				TOTAL	
	21 a 30 anos (n= 30) %	31 a 40 anos (n= 177) %	41 a 50 anos (n= 214) %	> de 51 anos (n= 63) %	N=484	%
AAS II	2,07	33,68	52,33	11,92	193	39,88
TAS	7,95	43,18	46,59	2,28	88	18,18
ASG	12,15	34,57	31,78	21,50	107	22,11
ARTÍFICE II	5,26	15,79	68,42	10,53	19	3,92
ENFERMEIRO	13,89	69,44	13,89	2,78	36	7,44
MÉDICO	00	27,27	54,55	18,18	22	4,55
OC/IGN	00	15,78	42,11	42,11	19	3,92

**FONTE:** CEAT/GESAS

#### 6.1.1.4 Sexo

Do total dos AT típicos notificados, as mulheres representaram a maioria (80,58%) dos casos notificados (gráfico 2).

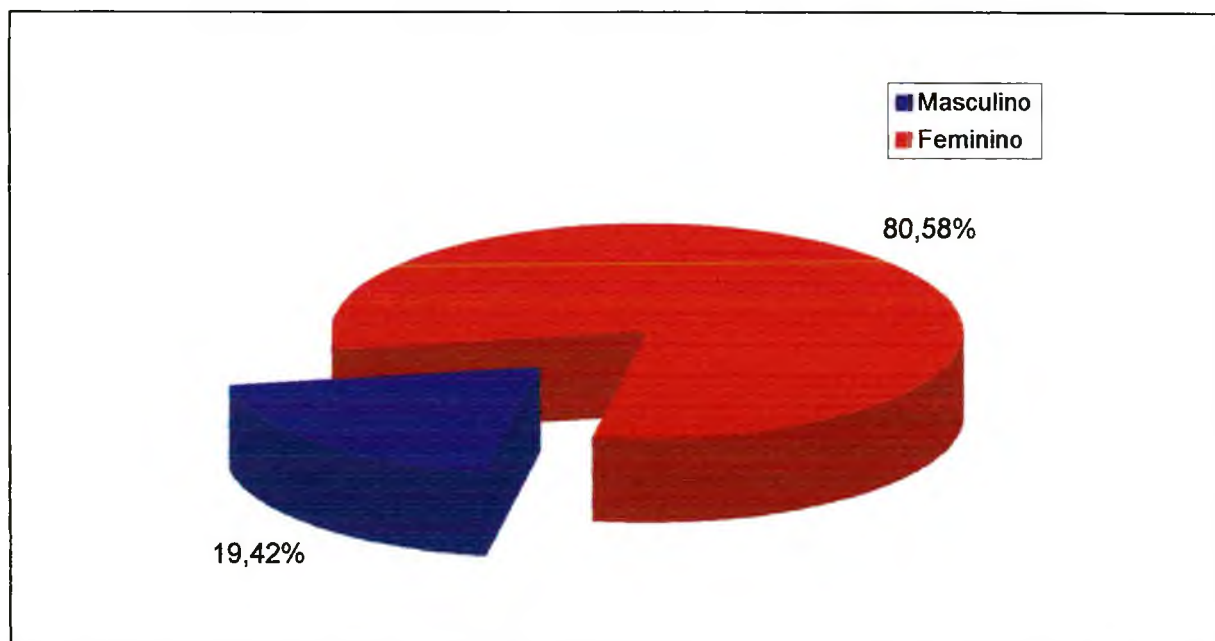
SOUZA (2000) e NEVES & SOUZA (1998) reafirmaram que a maioria significativa dos AT registrados na área da saúde (85% e 89%) ocorreram em mulheres.

Para o período estudado, a SES apresentara a média de 8.665 servidores efetivos, e, destes, o sexo feminino representara 63,40%.

Os cargos que obtiveram as maiores frequências de lesões decorrentes de AT foram os do sexo feminino como o Enfermeiro, AAS II, TAS e ASG. As menores frequências no sexo masculino se apresentaram entre os Médicos e Artífice II.

Considerando somente os profissionais que estiveram em maior contato com o paciente - AAS II e TAS – grande parte eram mulheres. Estes cargos, em sua grande maioria, representam a equipe de enfermagem.

**GRÁFICO 2 - DISTRIBUIÇÃO DAS LESÕES DECORRENTES DE AT, SEGUNDO SEXO, SC-1997 A 1999**



**FONTE:** CEAT/GESAS/SEA

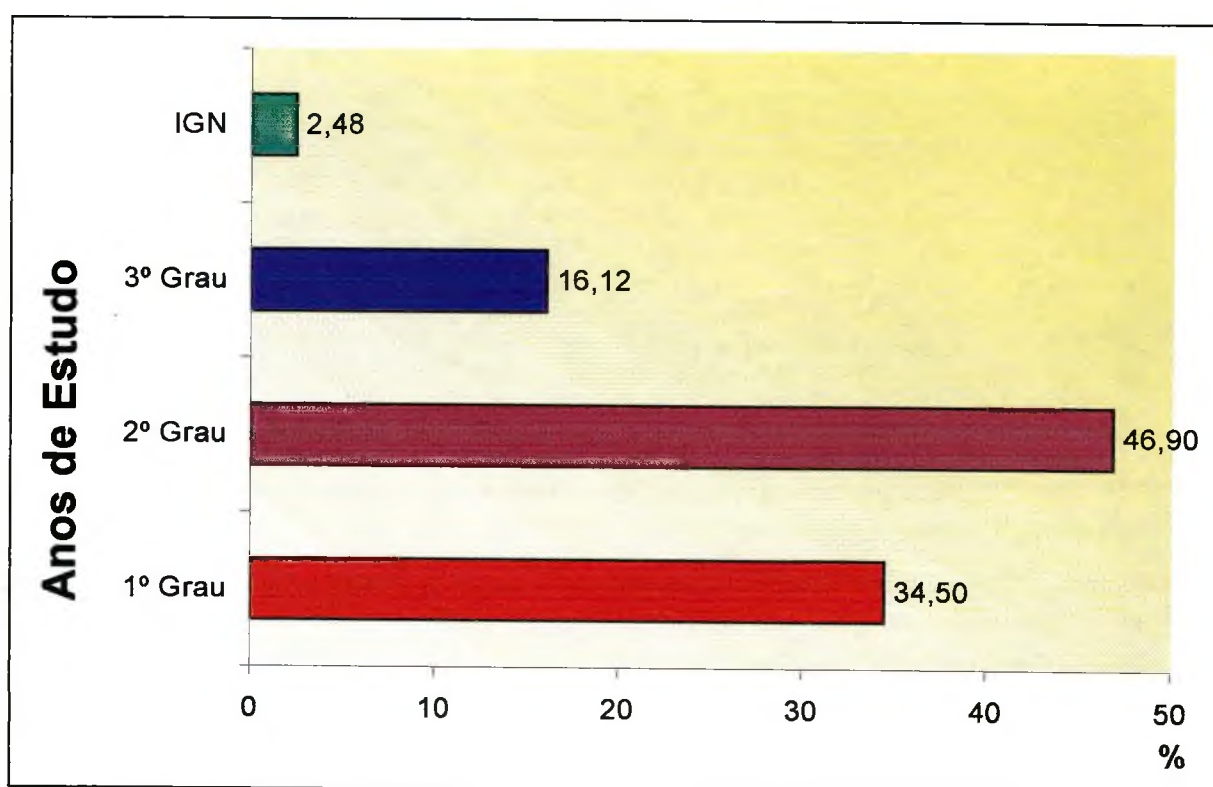
A respeito da participação feminina no contingente de trabalhadores da saúde, MEDICI e PAIM (1987) informaram que esta ascende a nada menos que 70% . Eles asseguraram que 90% dos postos de trabalho em enfermagem são hegemonicamente femininos, apesar de um tímido aumento da cota masculina em alguns destes. Ainda, asseveraram que tal informação é válida para todos os países onde existe a profissão.

Para MACHADO et al. (1992), a feminização do emprego do setor saúde pode ser explicada referenciando-se três particularidades como (1) o maior ingresso das mulheres nas universidades, a partir da década de setenta, particularmente nos cursos que detinham tradição masculina como a medicina e odontologia; (2) o papel que o emprego feminino passou a ter na composição do orçamento doméstico e (3) mudanças sócio-culturais do país que favoreceu maiores níveis de aceitação social da mulher no mercado de trabalho.

### 6.1.1.5 Anos de Estudo

Para a variável anos de estudo, a maior ocorrência foi observada entre os servidores com segundo grau (46,90%). Logo, a segunda maior porcentagem de registros foi verificada entre os profissionais com o primeiro grau (34,50%) e, depois vieram os servidores com nível superior (16,12%) e IGN (2,48%) (gráfico 3).

**GRÁFICO 3 - DISTRIBUIÇÃO DAS LESÕES DECORRENTES DE AT, SEGUNDO ANOS DE ESTUDO, SC-1997 A 1999**



**FONTE:** CEAT/GESAS/SEA

SILVA e KUREGANT (1993) lembraram que a maioria dos profissionais de saúde estão inseridos no sistema educacional formal, porém os riscos ocupacionais no ambiente de trabalho, bem como os efeitos sobre a sua saúde não estão inseridos formalmente no processo ensino-aprendizagem vivenciados por eles. Eles conhecem de forma fragmentada ou desconhecem totalmente as situações e/ou as fontes de riscos a que estão expostos quando da prestação da assistência ao paciente ou em outra atividade desenvolvida na própria instituição de saúde. Muitas vezes, as experiências



vivenciadas por eles, não propiciam o desenvolvimento de habilidades requeridas para a execução segura de procedimentos específicos executados na área da saúde.

Outros autores salientaram aspectos que, em certo sentido, estão relacionados com esta variável. Segundo FERREIRA e VALENZUELA (1996), quando mencionam HIRANO, REDKO, FERRAZ (1990), sublinharam a seguinte afirmação “observa-se que nos acidentes mais graves a freqüência é mais alta entre os servidores qualificados, o que indica que quanto mais adestrada e treinada for a mão dele, maior é o risco a que ela está exposta (p.147)”. Tal situação tem a ver com o fato de eles sentirem-se mais seguros quanto ao manejo de instrumental/máquina/equipamento/etc. e essa sua capacitação e experiência conduz a um servidor mais confiante, menos atento e menos temeroso e, conseqüentemente, com a maior possibilidade de ocorrência de AT. Essa afirmação contraria o consenso sobre a relação existente entre qualificação e acidentabilidade, ou seja, servidores profissionalizados e experientes estariam menos submetidos ao risco de acidentarem-se.

Ainda FERREIRA e VALENZUELA (1996) reconhecem uma proximidade entre níveis salariais e qualificação profissional, ou seja, os servidores com menor escolaridade, por conseguinte, com menor preparo no ambiente de trabalho ou que ocupam postos que exijam menor qualificação, possuem os salários mais baixos.

#### 6.1.1.6 Tempo de Serviço

A segmentação em faixas de tempo de serviço de 05 anos, permitiu identificar que a maior parte dos acidentes ocorreu nos primeiros 10 anos (58,06%) com maior freqüência entre o sexto e o décimo ano de serviço (32,85%) (gráfico 4).

A média do tempo de serviço para os servidores acidentados esteve em torno de 9,66 anos de trabalho, a mediana de 9 anos, a moda de 10 anos e o desvio padrão 6,55.

É importante ressaltar que para a SES/SC, o último concurso público foi realizado em 1994. O tempo de serviço, na instituição, dos últimos servidores

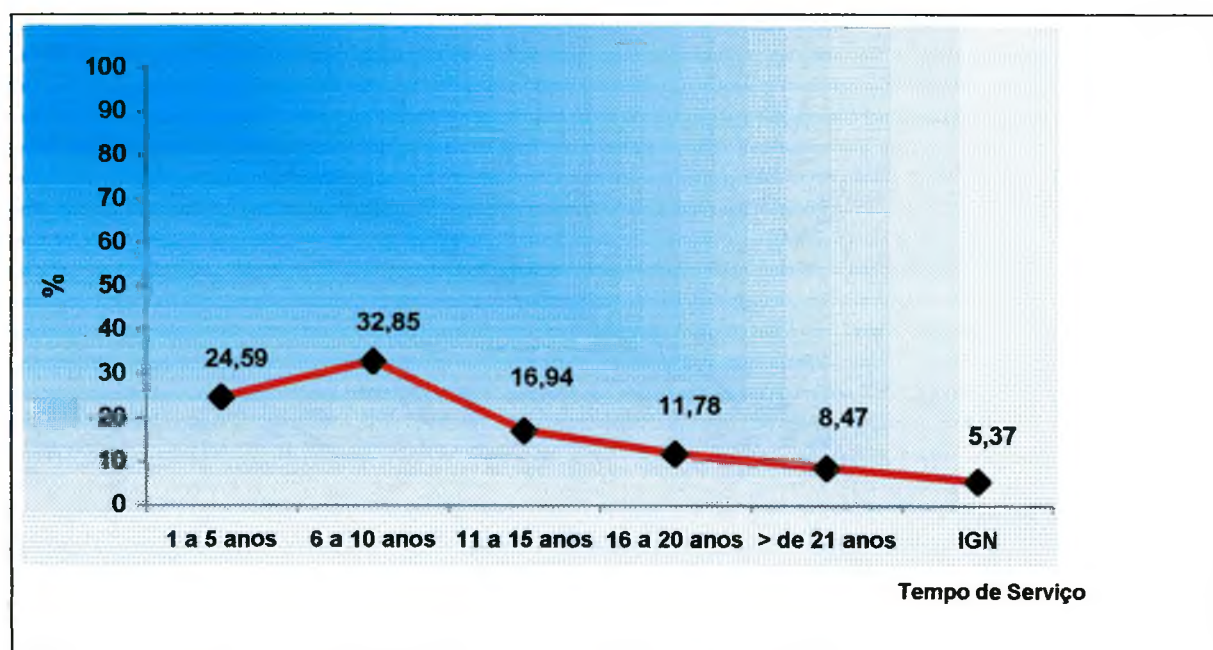


efetivados gira em torno de 05 anos ou mais. Tal fato também pode explicar a maior frequência de AT em servidores nos primeiros 10 anos de serviço.

FISCHER (1985), novamente mencionando POWEL et al.(1971), diz que o tempo de serviço é uma variável considerada importante na avaliação da ocorrência do AT. Para POWELL (1971) isto significa que quanto menos tempo de serviço numa instituição realizando alguma atividade, quando não qualificado adequadamente, tanto maior a frequência do AT. Concordando com o autor acima, CHAN et al. (1998) verificaram que 57% dos AT típicos ocorreram durante o primeiro ano de trabalho.

Foi verificado em outros estudos diferentes médias de tempo de serviço, como os de SUBERO, FERNANDEZ, CASTIEL (1987) que encontraram o tempo médio de trabalho do acidentado em 9,09 anos e o de SOUZA (1999) que apontou, em 05 hospitais estudados, a média de 8,6; 12,5; 13,5; 3,8 e 7,1 anos, respectivamente.

**GRÁFICO 4 - DISTRIBUIÇÃO DAS LESÕES DECORRENTES DE AT, SEGUNDO O TEMPO DE SERVIÇO, SC-1997 A 1999**



FONTE: CEAT/GESAS/SEA

A Tabela 5 retrata que, ao ordenar as variáveis cargo e tempo de serviço na instituição, o Enfermeiro lesionou-se mais nos primeiros 05 anos de trabalho. No

período do sexto ao décimo ano de serviço o AAS II, TAS, ASG e Art. II mais comumente sofreram lesões. O Médico, igualmente nos primeiros 10 anos de tempo de serviço e para OC/IGN as lesões distribuíram-se a partir do primeiro ano de serviço.

**TABELA 5 - DISTRIBUIÇÃO PORCENTUAL DAS LESÕES DECORRENTES DE AT, SEGUNDO CARGO E O TEMPO DE SERVIÇO, SC – 1997 A 1999**

CARGO	TEMPO DE SERVIÇO						TOTAL N=484 %
	01 a 05 anos (n= 119) %	06 a 10 anos (n= 159) %	11 a 15 anos (n= 82) %	16 a 20 anos (n= 57) %	> de 21 anos (n= 41) %	Ignorado (n= 26) %	
AAS II	15,03	34,20	19,69	11,92	14,51	4,65	193 9,88
TAS	19,32	28,41	17,05	21,59	3,41	10,22	88 18,18
ASG	33,64	41,12	12,16	6,54	3,74	2,80	107 22,11
ART. II	26,32	36,84	21,05	5,26	00	10,53	19 3,92
ENF.	58,33	16,67	11,11	8,33	00	5,56	36 7,44
MÉDICO.	31,82	31,82	22,73	00	9,09	4,54	22 4,55
OC/IGN	21,05	21,05	15,79	21,05	21,05	00	19 3,92

FONTE: CEAT/GESAS

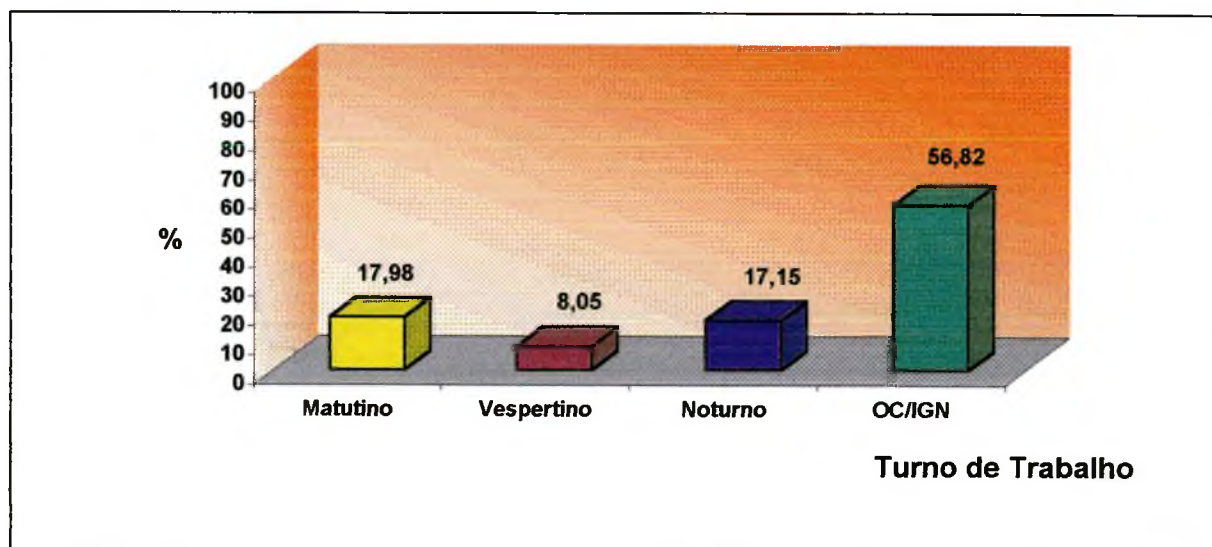
#### 6.1.1.7 Turno de Trabalho

Em relação ao turno de trabalho (horário de trabalho), as OC/IGN apresentaram a maior frequência dos registros dos acidentes (56,82%). Em segundo e terceiro lugares, vieram os turnos matutino (das 07:00 às 13:00 h.) com 17,98% das notificações e o noturno (das 19:00 às 07:00 h.) com uma distribuição de 17,15%. Por último, o turno vespertino (das 13:00 às 19:00 h.) com 8,05% dos casos notificados (gráfico 5).

A avaliação desta variável ficou prejudicada em função de muitos dos servidores, além de exercerem a sua jornada de trabalho normal na instituição no turno matutino, vespertino ou noturno ainda faz em hora-plantão (até 120 horas mensais), plantão de 12 h. no mesmo ou em outro setor da própria instituição em que está lotado, ou ainda, em outra instituição. Desta forma, não detectou-se, como era o esperado,

maior frequência de AT no período matutino, como demonstram a maioria das pesquisas.

**GRÁFICO 5 - DISTRIBUIÇÃO DAS LESÕES DECORRENTES DE AT, SEGUNDO O TURNO DE TRABALHO, SC-1997 A 1999**



**FONTE: CEAT/GESAS/SEA**

Para os trabalhos em turnos (matutino, vespertino e noturno), FISCHER (1981) comenta que este tipo de trabalho pode alterar a relação existente entre agente (físicos, químicos ou biológicos), ambiente (luminosidade, calor etc.) e hospedeiro (homem). Esta alteração gera o estresse e, por conseguinte, a diminuição da eficiência biológica (desempenho) e como consequência a variação no ritmo circadiano. A autora observou que nos períodos do dia quando era menor a eficiência biológica como por exemplo das 09:00 às 10:00 h., 17:00 às 18:00 h. e 22:00 às 24:00 h., maior era a ocorrência do número de acidentes.

Estudos como os de SANTOS et al. (1989) e MONTEIRO, CARNIO, ALEXANDRE (1987) demonstraram que no período da manhã (das 06:00 às 15:00 h. e das 07:00 às 13:00 h., respectivamente) está concentrado grande parte do contingente de servidores e onde existe a intensificação das atividades de assistência, fato este que justificaria a ocorrência de maior número de acidentes neste turno de trabalho.

Já LEME et al. (1994) encontraram maior incidência de acidentes, com um coeficiente de 76,90 AT/1000 trabalhadores, no período diurno de trabalho (das 07:00 até 19:00 h.) comparado ao período noturno (das 19:00 às 07:00 h.) com 15,40 AT/1.000 trabalhadores. Este autor comenta que “embora a noite haja mais tranquilidade por ter menos pessoas circulando e menos atividade dentro do hospital (que determina menor incidência de acidente de trabalho), o cansaço e as dificuldades burocráticas para a notificação do acidente são fatores que podem determinar a subnotificação dos mesmos (p.38)”.

#### 6.1.1.8 Carga Horária de Trabalho Semanal

Para esta variável, a maior ocorrência de AT verificou-se nos servidores que trabalhavam 30 h./semana, com 47,11% dos registros. Após, encontravam-se os trabalhadores com 40 h./semana (29,13%) e OC/IGN (20,04%). E, por fim, os com 20 h./semana, apresentando 3,72% dos casos notificados (gráfico 6).

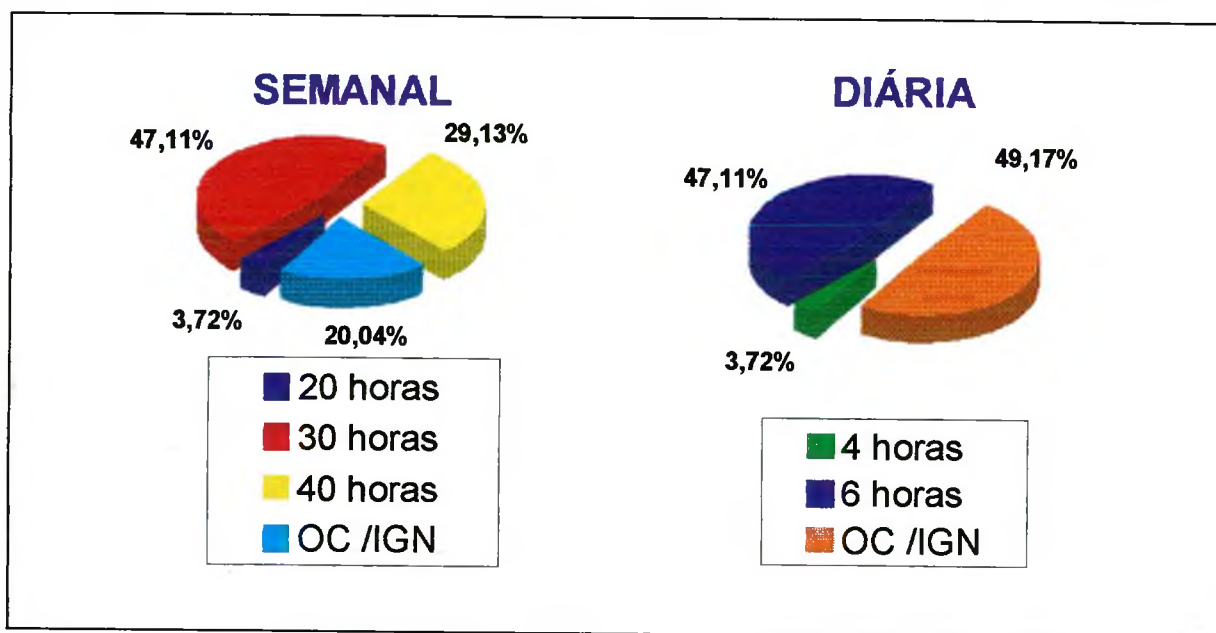
#### 6.1.1.9 Carga Horária de Trabalho Diária

Quanto as horas de trabalho diária, a maior parte dos registros apresentou-se distribuído entre as OC/IGN (49,17%) e em servidores que trabalhavam 06 h./dia (47,11%). E, ao final, 3,72% das notificações diluíram-se na categoria de servidores que trabalhavam 04 h./dia (gráfico 6).

Uma interpretação mais apurada das duas variáveis acima (horas de trabalho semanal e diária) ficou prejudicada, como já era esperado, em função da diversificação da jornada de trabalho.



**GRÁFICO 6 - DISTRIBUIÇÃO DAS LESÕES DECORRENTES DE AT, SEGUNDO CARGA HORÁRIA SEMANAL E DIÁRIA, SC-1997 A 1999**

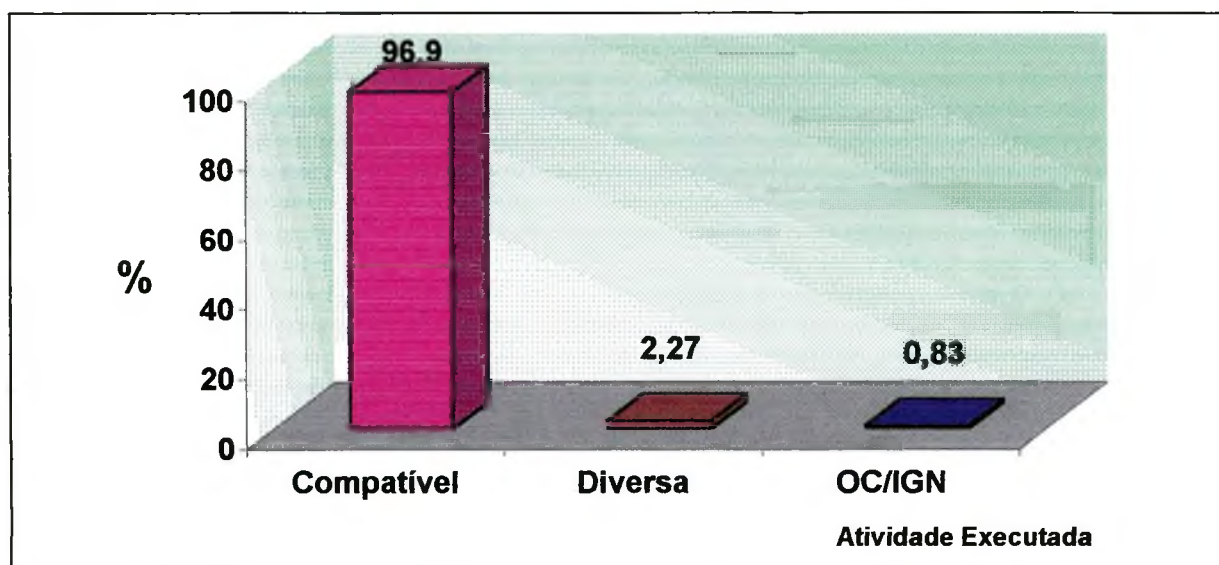


**FONTE: CEAT/GESAS/SEA**

#### 6.1.1.10 Atividade Executada

Com relação a atividade executada, a maioria, com 96,90% dos registros mostrou o servidor, quando da ocorrência do acidente, desempenhando atividades compatíveis com sua categoria funcional e, somente, 2,27% das notificações apontou o servidor desenvolvendo atividades diversas ao cargo ocupado, isto é, poucos servidores em desvio de função (gráfico 7).

**GRÁFICO 7 - DISTRIBUIÇÃO DAS LESÕES DECORRENTES DE AT, SEGUNDO A ATIVIDADE EXECUTADA, SC-1997 A 1999**

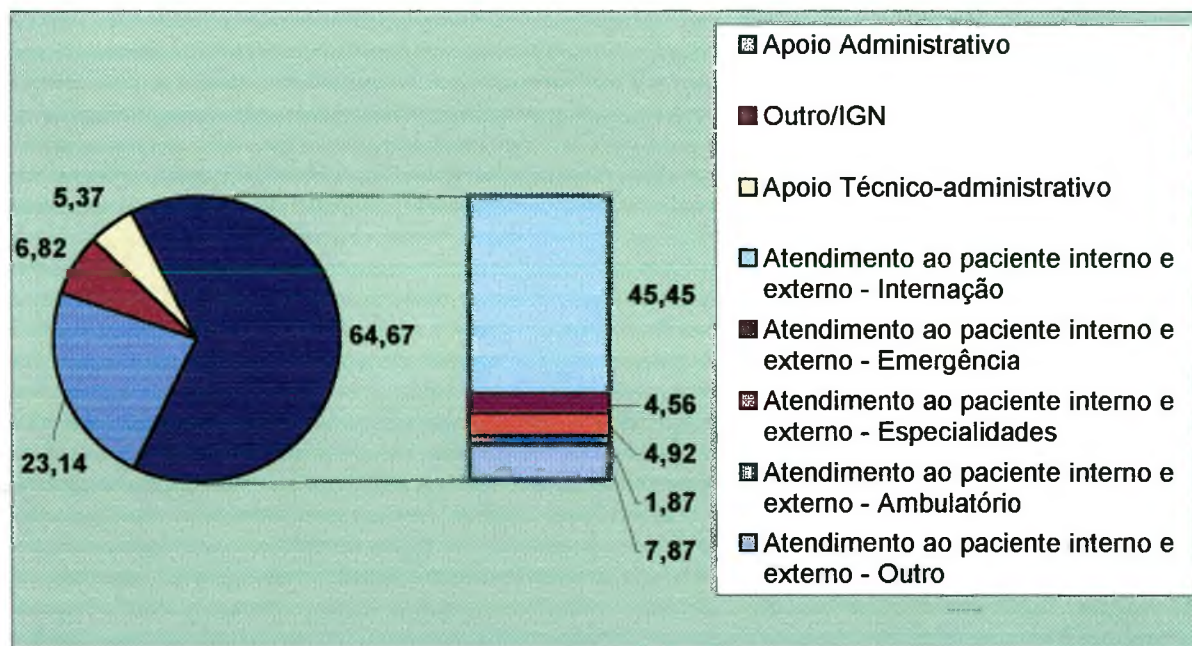


**FONTE:** CEAT/GESAS/SEA

#### 6.1.1.11 Setor

O agrupamento em setores afins nas instituições estudadas da SES (agrupamentos descritos no anexo 5) possibilitou aglutinar as frequências e observar que os servidores que atuavam nos setores que prestavam atendimento direto ou junto ao paciente interno e externo como emergência, UTI, centro cirúrgico, isolamento, pediatria, sala de parto, internação, especialidades, ambulatório etc. representaram 64,67% dos registros dos acidentes. Depois, vieram os setores de apoio administrativo como a zeladoria, manutenção, farmácia, nutrição e dietética, refeitório, almoxarifado, processamento de roupa (lavanderia) etc. com 23,14% dos casos e em OC/IGN os acidentes distribuíram-se em 6,82% das notificações. Em quarto lugar, observou-se os setores de apoio técnico-administrativo como laboratório de análises clínicas, central de material e esterilização, radiologia, sala de leitura de exames etc. com 5,37% dos registros (gráfico 8).

**GRÁFICO 8 - DISTRIBUIÇÃO PORCENTUAL DAS LESÕES DECORRENTES DE AT NOTIFICADOS, SEGUNDO SETOR, SC - 1997 A 1999**



**FONTE:** CEAT/GESAS/SEA

Os resultados são compatíveis com os estudos de SOUZA (1999), MONTEIRO, CARNIO, ALEXANDRE (1987), SILVA (1996), HUERTAS et al. (1995) e SANTOS et al. (1989) uma vez que verificaram que as unidades que mais apresentaram registros de AT típicos foram as que atendiam diretamente o paciente como os de internação, emergência, terapia intensiva, pronto-socorro, centro cirúrgico etc.

A ocorrência de acidentes nestas unidades de atendimento, concordam MONTEIRO, CARNIO, ALEXANDRE (1987) e HENDERSON (1995), podem estar relacionado com o seu próprio ritmo de trabalho desenvolvido.

Ainda HUERTAS et al. (1995) mencionaram que, na área hospitalar, a minoria dos acidentes típicos aconteceram em unidades como a lavanderia, sala de incineração, sala de coleta de material, entre outros, como também a ocorrência mínima de acidentes em espaços abertos do hospital, como os jardins e corredores.

Por outro lado, SUBERO, FERNANDEZ, CASTIEL (1987) registraram mais acidentes nas áreas onde estão localizadas as oficinas de manutenção, as caldeiras e a lavanderia, além dos serviços de anatomia patológica e medicina nuclear.

WAKAMATSU et al. (1986) analisaram os diferentes agentes agressivos a que estão expostos os servidores de hospitais. Em alguns setores como a lavanderia os servidores estão sujeitos ao calor, a roupa contaminada por agentes biológicos, umidade, ruído e iluminação deficiente e frio e, geralmente, está localizada no subsolo. Já na área de manutenção e reparos exige muita atenção do servidor envolvido uma vez que se impõe a necessidade de a instituição hospitalar estar em condições de funcionamento nas 24 horas do dia.

## **6.1.2 VARIÁVEIS RELATIVAS AS CARACTERÍSTICAS DO AT**

### **6.1.2.1 Município de Ocorrência**

Quanto ao município de ocorrência dos AT, o de São José apresentou o maior percentual dos registros (32,44%) e, em seguida, o de Florianópolis (26,03%). Em terceiro e quarto lugares, os municípios de Lages (17,15%) e Joinville (15,28%) e, por último, 9,10% dos casos ocorreram em outros municípios.

O município de São José faz parte da região da Grande Florianópolis e pertence a 18ª Regional de Saúde. Nele, estão localizados o HRHMG, INCA e HCS que são instituições de referência para os pacientes da própria região e de outros municípios do interior do Estado em especialidades como saúde mental, cardiologia, oftalmologia, ortopedia, cirurgia geral entre outras.

Em Florianópolis, a capital do Estado e sede da 18ª Regional de Saúde, situa-se o HGCR, HIJG, HNR, ASCR, MCD, HF, PRR, IAP, HEMOSC, CEPON, LACEN, LAFESC entre outras. São instituições de saúde de referência para toda Santa Catarina em pediatria, reabilitação, hematologia, oncologia, consultas médicas, anatomia patológica, cirurgias especializadas, doenças infecto-contagiosas, ginecologia e obstetrícia etc.



Na cidade de Lages, situada no planalto serrano catarinense e sede da 15ª Regional de Saúde, localiza-se o HMTR que é referência em oncologia, hemoterapia, ginecologia e obstetrícia, cirurgia geral etc. aos pacientes residentes no município e na própria região.

Joinville, uma das maiores cidades catarinense, localiza-se na região norte do Estado e é sede da 13ª da Regional de Saúde. Lá estão a MDV e HRHDS que são referência em várias especialidades para os residentes daquela região. Nesta última instituição, destacam-se os transplantes renais e de córnea, cirurgia ginecológica, pneumologia, psiquiatria entre outras.

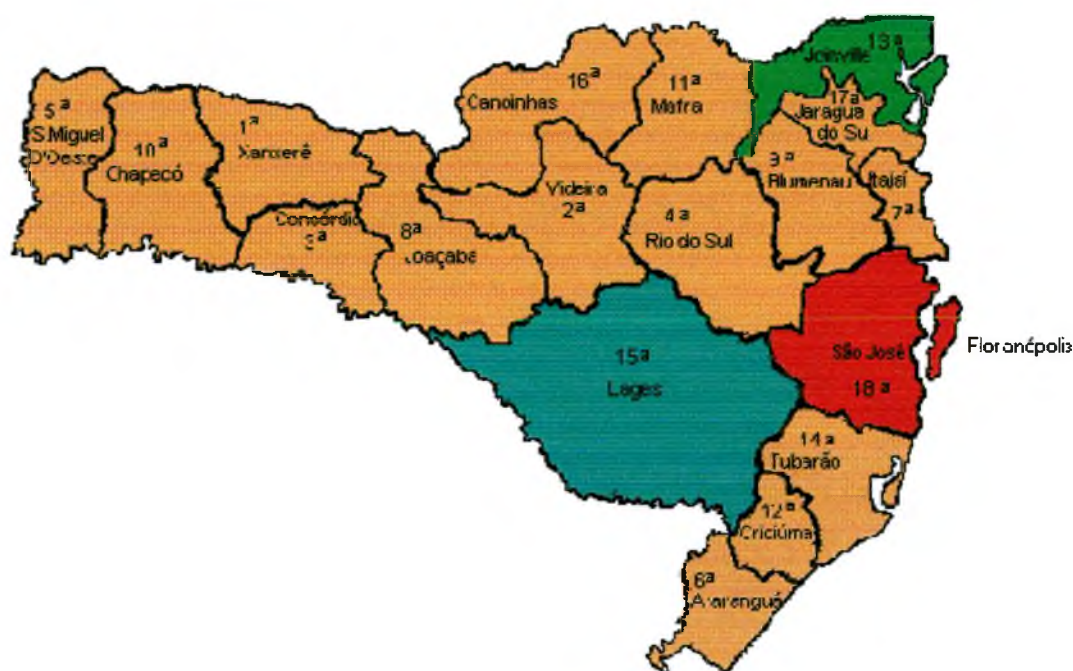
A Tabela 6 revela que, ao cruzar as variáveis cargo e município de ocorrência, com exceção do TAS no município de Lages, observou-se grande concentração de servidores acidentados (AAS II, ASG, Art. II, Enfermeiro, Médico e OC/IGN) nos municípios de São José e Florianópolis. Nestes dois municípios estão concentrados o maior número de instituições de saúde da SES.

**TABELA 6 - DISTRIBUIÇÃO PORCENTUAL DAS LESÕES DECORRENTES DE AT, SEGUNDO CARGO E O MUNICÍPIO DE OCORRÊNCIA, SC – 1997 A 1999**

CARGO	MUNICÍPIO					TOTAL	
	São José (n= 157) %	Florianópolis (n= 126) %	Lages (n= 83) %	Joinville (n=74) %	Outros (n= 44) %	n=484	%
AAS II	31,09	23,32	18,13	17,10	10,36	193	39,88
TAS	23,87	27,27	40,91	7,95	00	88	18,18
ASG	37,38	24,30	5,61	20,56	12,15	107	22,11
ARTÍFICE II	31,58	21,05	5,26	21,05	21,05	19	3,92
ENFERMERO	44,44	47,22	00	5,56	2,78	36	7,44
MÉDICO	50,00	13,64	9,09	00	27,27	22	4,55
OC/IGN	15,79	36,84	15,79	31,58	45,50	19	3,92

FONTE: CEAT/GESAS

**FIGURA 2 - REGIONAIS DE SAÚDE E MUNICÍPIOS COM MAIOR FREQUÊNCIA DE SERVIDORES ACIDENTADOS**



#### 6.1.2.2 Data de Ocorrência

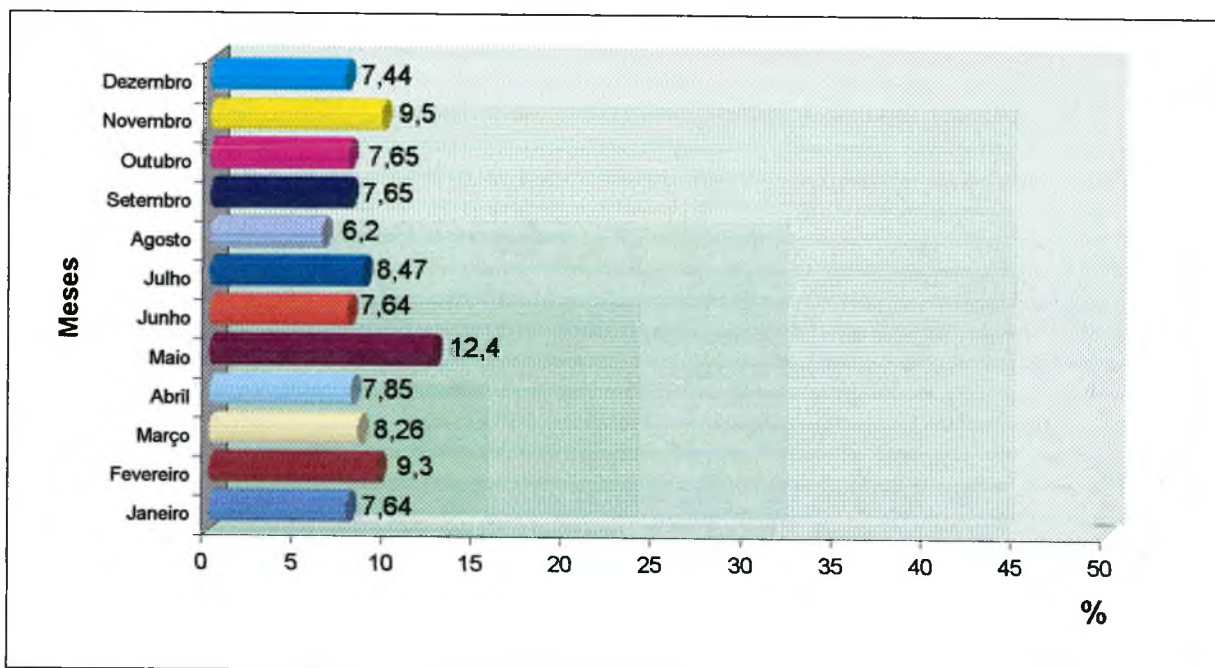
ANO – já descrito no quadro 2.

MÊS – em relação aos meses do ano, a ocorrência de lesões decorrentes de AT se expressam de forma quase homogênea, variando de 6,00% a 9,00% dos casos notificados. No entanto, verificou-se um pequeno aumento do seu número no mês de maio (12,40%). Nestes acidentes, a média mensal esteve em torno de 40,58 acidentes, moda de 37 e mediana de 39 acidentes. Para esta variável, não evidenciou-se mês(es) específico(s) com maior(es) frequência(s) de lesão(ões) decorrente(s) de acidente (gráfico 9).

Em estudos como os de LEME et al. (1994) o maior número de registros aconteceu nos meses de agosto e outubro com uma média mensal de 3,5 acidentes. Já SILVA (1999) verificou que, para o pessoal da enfermagem que trabalha na unidade

de centro de material, a maior ocorrência foi registrada nos meses de maio (12,3%), março e agosto (11,3%) e a menor nos meses de julho (4,1%) e setembro (5,1%).

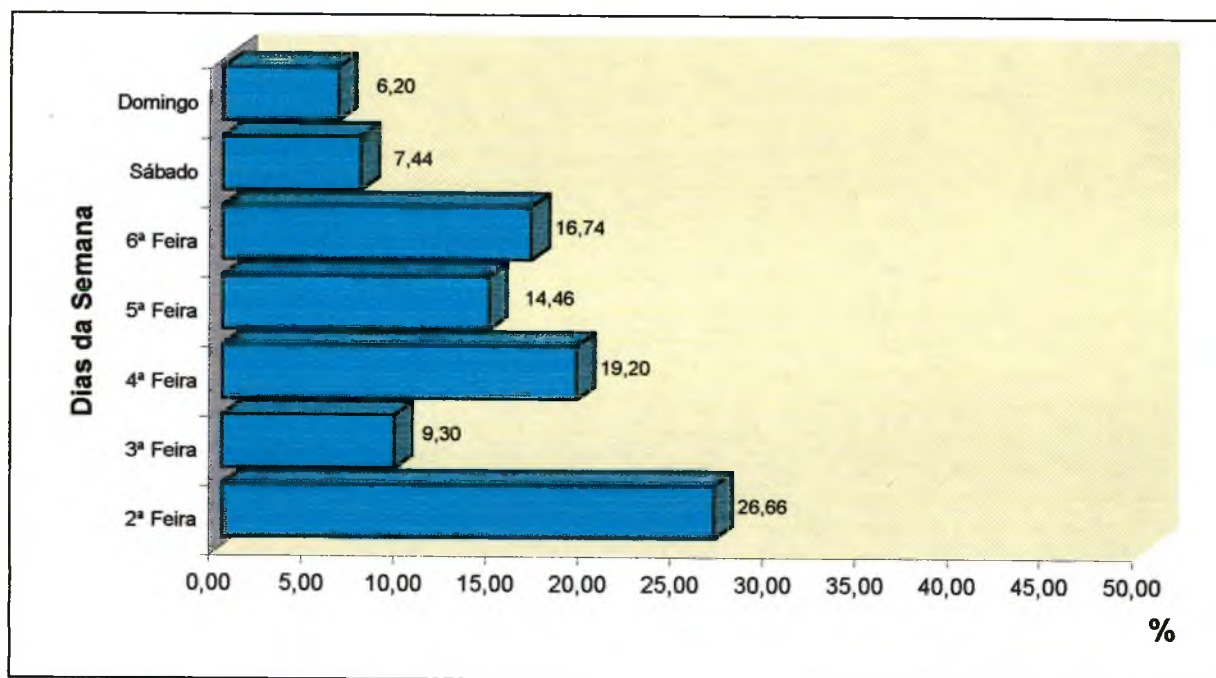
**GRÁFICO 9 - DISTRIBUIÇÃO DAS LESÕES DECORRENTES DE AT, SEGUNDO OS MESES DO ANO, SC-1997 A 1999.**



**FONTE: CEAT/GESAS/SEA**

**DIA DA SEMANA** – o gráfico 10 mostra que esta variável apresentou frequência de, em ordem decrescente, na segunda-feira (26,66%), quarta-feira (19,20%), sexta-feira (16,74%), terça-feira (9,30%), quinta-feira (14,46%), sábado (7,44%) e domingo (6,20%).

**GRÁFICO 10 - DISTRIBUIÇÃO DAS LESÕES DECORRENTES DE AT, SEGUNDO OS DIAS DA SEMANA, SC-1997 A 1999**



**FONTE:** CEAT/GESAS/SEA

Também não ficou definido um padrão diário e/ou semanal de frequência das lesões. Todavia, como grande parte das lesões decorrentes de AT ocorreram em servidores lotados e atuantes em unidades hospitalares e estes, normalmente, trabalham seguindo uma escala de serviço de 12:00 horas de trabalho por 36:00 horas de descanso, sugere-se, por conseguinte, que nas segundas-feira, quartas-feira e sextas-feira a possibilidade de ser sempre o mesmo grupo de servidores que sofreram as lesões.

Autores como FIGUEIREDO (s.d.) detectou que 32,5% do absenteísmo (por doença) em trabalhadores de enfermagem se inicia no sábado, domingo ou feriado. Já NOGUEIRA (1980) referiu que a maior incidência de licenças acontece na segunda-feira, tendo como provável justificativa as atividades realizadas no fim de semana, como excesso alimentar ou distensão muscular.

Especificamente para o AT, SILVA (1999) observou a segunda, terça e quarta-feira com maior ocorrência dos acidentes típicos, seguido da quinta-feira e da sexta-feira e menor frequência no sábado e domingo. A autora justificou que esses resultados possam estar relacionados com o maior volume de trabalho verificado nas segundas, terças e quartas-feiras, pois no final de semana há redução no número de trabalhadores e, conseqüentemente, são realizadas as atividades estritamente necessárias.

### 6.1.2.3 Horário do Acidente

Para esta variável, a maioria dos casos registrou-se entre 09:00 até 12:00 h. da manhã (40,50%) e o menor número verificou-se entre 07:00 e 09:00 h. (9,92%). No período da tarde, observou-se a ocorrência dos acidentes de forma homogênea (entre 8,00% e 9,00%). À noite, das 21:00 até 02:00 h. ocorreu o maior número de acidentes (13,01%) e a menor quantidade de casos foi verificado entre 02:00 e 04:00 h. da madrugada (4,75%).

Os acidentes que acontecem no início de cada turno, segundo SILVA (1999), podem estar relacionados à distância entre a moradia e o trabalho, necessitando o servidor sair mais cedo da sua residência, utilizar duas ou mais conduções e, começar o período de trabalho mais cansado e irritado. A autora refere que 80,3% dos acidentes ocorreram no período das 06:00 às 18:00 h., tendo frequência elevada entre 05:00 e 06:00 h., 10:00 e 11:00 h., 13:00 às 17:00 h. Da mesma forma, FERREIRA e VALENZUELA (1996) assinalam que os AT que correm no início da jornada de trabalho podem ser em conseqüência a fatores como má alimentação, cansaço das jornadas de trabalho anteriores, duplas jornadas de trabalho entre outros. Por outro lado, NOGUEIRA, GOMES, SAWAIA (1981) revelaram que o aumento dos AT que ocorrem nas duas últimas horas de trabalho, provavelmente dá-se por fatores como cansaço, estresse, fadiga.

Para a avaliação do qui-quadrado, cruzando as variáveis cargo e hora de ocorrência do AT, os dados indicaram uma diferença estatisticamente significativa maior que o esperado da ocorrência de lesões decorrentes de AT no horário noturno e



menor no matutino para o AAS II e TAS (quadro 3). Este fato sugere que (1) eles devem representar o maior número de servidores no período noturno realizando atividade(s)/procedimento(s)/etc. junto ao paciente quando comparado com o número de médico, bioquímico, enfermeiro, ASG, artífice II etc., (2) pensa-se que o trabalho noturno provoca cansaço, estresse e fadiga já que estes diminuem vertiginosamente os sistemas de vigilância humano conjugados a atenção e a concentração, (3) o trabalho noturno e em turno alteram o ritmo biológico (ritmo ou ciclo circadiano - ciclo sono-vigília) do servidor, (4) apesar do conhecimento, a não utilização das precauções de segurança e o uso de EPIs, preconizadas pelo MS, quando o procedimento assim o exige, (5) quando da ocorrência do AT, as atividades burocráticas como o preenchimento de formulários bem como o Setor de RH encontrar-se fechado durante este período, dificultam a sua notificação e ainda (6) a possibilidade de eles possuírem dois ou mais empregos.

ASG apresentou uma diferença significativa maior que o esperado no horário matutino e menor no horário vespertino, o que sugere uma concentração mais alta de atividades como as de copa, protocolo, vigilância e principalmente de limpeza e zeladoria no respectivo período.

Para o Art. II, os dados também mostraram uma diferença significativa maior de ocorrência de acidentes no período matutino e menor no vespertino. Igualmente sugerindo maior volume de serviços de manutenção, confecção, produção, operação e conserto de ferramentas, equipamentos, máquinas, mobiliário etc. no referido período.

Quanto os cargos de Enfermeiro e Médico não foi observada qualquer diferença estatisticamente significativa.

**QUADRO 3 - VALORES DE QUI-QUADRADO PARA O CRUZAMENTO ENTRE O CARGO E HORÁRIO DE OCORRÊNCIA, SC-1997 A 1999**

CARGO x H. DE OCOR.		QUI-QUADRADO	VALOR DE p (<0,05)
AAS II	Noturno	7.37	0,025
TAS	Noturno	6.14	0,045
ASG	Matutino	17.07	0,00019

Continuação

ARTIFICE II	Matutino	6.66	0,0358
ENFERMEIRO	-	2.98	0,2252
MÉDICO	-	2.34	0,3109

#### 6.1.2.4 Horas Trabalhadas

Com referência as horas trabalhadas, os acidentes sucederam com maior frequência entre a segunda e a quarta hora após o início do turno/período de trabalho (33,26%). Em segundo lugar, verificou-se da quarta a sexta hora trabalhada (20,66%), em terceiro lugar, observou-se a frequência nas primeiras duas horas trabalhadas (22,11%) e os demais acidentes ocorreram após a sexta hora trabalhada, com 23,97% dos casos registrados.

Segundo FERREIRA e VALENZUELA (1996) é fundamental avaliar a ocorrência do AT sob o ponto de vista de sua distribuição no tempo (horário do AT e hora trabalhada). Estas informações permitem averiguar e ordenar o evento acidentário ao longo do período trabalhado, observar as horas do dia/noite em que ocorrem o seu maior número, o tamanho da jornada de trabalho e/ou o seu prolongamento, as características diferentes e semelhantes de cada turno de trabalho, a variabilidade dos acidentes entre os cargos e seu horário de trabalho etc.

Na Tabela 7, ao mostrar as variáveis cargo e hora trabalhada, o AAS II, TAS, ASG e Art. II sofreram mais lesões decorrentes de AT entre a segunda até a quarta hora de trabalho. O Enfermeiro e Médico lesionaram-se com mais frequência na primeira hora trabalhada.

**TABELA 7 - DISTRIBUIÇÃO PORCENTUAL DAS LESÕES DECORRENTES DE AT, SEGUNDO CARGO E HORA TRABALHADA, SC – 1997 A 1999**

CARGO	HORA TRABALHADA					TOTAL	
	< 01h59min (n=107) %	02h a 03h59min (n=161) %	04h a 05h59min (n=100) %	06h a 07h59min (n=47) %	> 08 horas (n=69) %	N=484	%
AAS II	20,21	32,12	19,17	10,36	18,14	193	39,88
TAS	14,77	37,50	27,27	6,82	13,64	88	18,18
ASG	26,17	36,45	19,63	7,48	10,27	107	22,11
ARTÍFICE II	5,26	52,63	21,06	15,79	5,26	19	3,92
ENFERMEIRO	30,56	19,44	25,00	11,11	13,89	36	7,44
MÉDICO	36,36	27,28	9,09	9,09	18,18	22	4,55
OC/IGN	36,84	21,05	15,79	21,05	5,27	19	3,92

**FONTE:** CEAT/GESAS

A análise do qui-quadrado, ao contrapor as variáveis cargo e hora trabalhada não mostrou diferença estaticamente significativa entre eles.

#### 6.1.2.5 Local de Ocorrência

Grande parte dos servidores acidentados encontravam-se em seu local habitual de trabalho dentro da própria instituição, com 89,67% dos casos registrados

Corroborando com estes dados, FERREIRA et al. (1980) verificaram que o local de maior ocorrência dos AT típicos é a própria unidade em que o servidor exerce sua atividade, seguido por aquela fora do setor e da instituição. Da mesma forma OLIVEIRA, MAKARON, MORRONE (1982) observaram que estes acidentes distribuíram-se da seguinte forma (1) na própria seção onde o servidor desenvolve sua atividade (26,50%) e (2) fora do hospital (16,10%). Estes autores lembram, ainda, que assumem grande importância os acidentes que ocorrem em trânsito, no interior da instituição com destaque para as operações de transporte de alimentos, roupas e pacientes, bem como as quedas em escada em razão de saliências e depressões do piso por escorregamento.



#### 6.1.2.6 Tarefa

Quanto a tarefa que estava sendo realizada no momento em que ocorreu a lesão decorrente de AT, grande parte delas (67,15%) aconteceu ao iniciar/ realizar e/ou concluir atividade(s)/procedimento(s)/tarefa(s) de rotina junto ao paciente, envolvendo material pérfuro-cortante e contaminado com material biológico (sangue, secreções etc.).

Segundo MOREIRA et al. (1998), para o pessoal que trabalha na área hospitalar, é elevada a frequência de lesões decorrentes de AT envolvendo a execução de procedimentos rotineiros (antes/durante ou após) com objeto/instrumental pérfuro-cortante como a agulha oca e não-oca, *scalp*, lâmina de bisturi, entre outros e contaminados com sangue, secreção etc.

HUERTAS et al. (1995) destacaram que 36,00% das lesões deram-se durante atividades de rotina como procedimentos cirúrgicos, administração de medicação, limpeza e higienização de instrumental, outros procedimentos invasivos etc. e 43,00% aconteceram depois da realização do procedimento como a colocação do material pérfuro-cortante fora da caixa descartável, manipulação errônea da caixa descartável e reencapamento de agulhas etc. O autor comenta que, após constantes e insistentes treinamentos, o pessoal da CCIH conseguiu diminuir sensivelmente estes acidentes, principalmente, pelo reencapamento de agulhas.

JAGGER et al. (1988) afirmaram que a quantidade de lesões conseqüentes a acidentes, em especial na equipe de enfermagem, por reencepe de agulhas é elevado e que 1/3 deles está relacionado com dificuldade de transportá-las até o recipiente apropriado mais próximo para o descarte. O estudo de ADEGBOYE et al. (1994) relata que 41,00% deste tipo de lesão ocupacional ocorriam nas mesmas circunstâncias e com os mesmos profissionais. Também CORREIA & SOUZA (1998) verificaram que o reencepe de agulhas descartáveis previamente utilizadas como responsáveis por 29,3% dos acidentes.

ROWE & GIUFFRÉ (1991) constataram que 60 a 90% das lesões ocorridas durante a realização de procedimentos de rotina, principalmente envolvendo agulhas contaminadas, aconteceram com o pessoal da enfermagem (atendentes, auxiliares, técnicos e enfermeiros). Da mesma forma, YASSI & MACGILL (1992) mencionaram que estudantes de enfermagem apresentaram um risco mais alto para acidente por picada de agulha durante a realização de tarefas de rotina como injeções (26%), reencapamento de agulhas contaminadas (15%), descarte de agulha de forma inadequada (14%), flebotomia (12%) entre outras. Igualmente CARDO et al. (1998) averiguaram 1.543 notificações de AT em profissionais da saúde, cujas tarefas envolviam sangue e fluidos corpóreos contaminados, e, destes, 44% faziam parte da equipe de enfermagem e 31% eram médicos.

Na Tabela 8, ao distribuir as variáveis cargo e tarefa, o AAS II, TAS, Enfermeiro e Médico apresentaram maior frequência de lesões decorrentes de AT desenvolvendo atividade(s)/procedimento(s)/tarefa(s) de rotina junto ao paciente, envolvendo material/equipamento/instrumental/etc. pérfuro-cortante e contaminado com material biológico. Para o ASG é importante ressaltar que, apesar de as tarefas de rotina serem típicas da área da saúde, em torno de 16,00% destes servidores estavam desenvolvendo atividades próprias da enfermagem, isto é, em desvio de função. O Art. II, ao se lesionar, estava realizando outras tarefas condizentes com o seu cargo.

**TABELA 8 - DISTRIBUIÇÃO PORCENTUAL DAS LESÕES DECORRENTES DE AT, SEGUNDO CARGO E TAREFA, SC – 1997 A 1999**

CARGO	TAREFA		TOTAL	
	Tarefas de rotina (n=325) %	Outras tarefas (n=159) %	n=484	%
AAS II	87,56	12,44	193	39,88
TAS	90,91	9,09	88	18,18
ASG	15,89	84,11	107	22,11
ARTÍFICE II	00	100,00	19	3,92
ENFERMEIRO	86,11	13,89	36	7,44
MÉDICO	100,00	00	22	4,55
OC/IGN	31,58	68,42	19	3,92

FONTE: CEAT/GESAS

Na avaliação do qui-quadrado (quadro 4), ao cruzar as variáveis cargo e tarefa (de rotina e outras tarefas), os dados indicaram uma diferença estatisticamente maior que o esperado para as de rotina e menor para as outras tarefas quando executada pelo AAS II, TAS, Enfermeiro e Médico. Este dado condiz com as funções executadas pelos cargos citados.

Para o ASG e o Art. II, verificou-se uma diferença estatisticamente maior em relação aos acidentes envolvendo outras tarefas e menor para as de rotina. O resultado se ajusta com as atividades exercidas pelos cargos assinalados.

**QUADRO 4 - VALORES DE QUI-QUADRADO PARA CRUZAMENTO ENTRE O CARGO E TAREFA, SC - 1997 A 1999**

CARGO x TAREFA		QUI-QUADRADO	VALOR DE p (<0,05)
AAS II	Rotina	60.65	0,00001
TAS	Rotina	27.53	0,00001
ASG	Outras tarefas	163.63	0,0001
ARTÍFICE II	Outras Tarefas	40.42	0,00001
ENFERMEIRO	Rotina	5.44	0,0196
MÉDICO	Rotina	9.77	0,00177

#### 6.1.2.7 Tipo

A maioria dos acidentes ocorreu na categoria “atingido” por “batida/impacto/respingo/objeto/máquina/instrumental/etc.” (82,44%) e nessa situação, o servidor foi mais “atingido por batida e/ou impacto contra objeto/máquina/instrumento/etc. estacionário (parado)” com 59,92% dos registros. Após, vieram as “quedas” (7,85%) e a seguir, em ordem decrescente, sucederam o “esforço físico” (2,69%), “OC/IGN” (2,46%), “contato” (2,28%), “agressão física” (2,07%) e “pisada em” (0,41%).

Autores como YASSI & MAcGILL (1992) averiguaram os acidentes registrados por respingos, no qual 50% estavam relacionados a respingos nos olhos e 50% por respingos em pele não íntegra.

Em pesquisas como as de CORTEZ et al. (1986), SILVA (1999), FERREIRA et al. (1980), MONTEIRO, CARNIO, ALEXANDRE (1987), MORRONE e OLIVEIRA (1979) encontraram nas quedas, em decorrência do piso escorregadio, presença de objetos no chão, escadas etc., a causa freqüente das lesões decorrentes de AT entre os trabalhadores da saúde e especialmente os da enfermagem.

De acordo com FERREIRA e VALENZUELA (1996), é alta a freqüência dos acidentes com trabalhadores em ocupações de saúde ocasionadas pelas quedas, choques e perda de equilíbrio (57,3%). A seguir, aparecem, com 17,9%, as circunstâncias reunidas na categoria “esforços físicos estáticos e dinâmicos excessivos” muito comum em atendentes e auxiliares de enfermagem no manejo com pacientes, no leito hospitalar ou fora dele. Ainda referem que, para os acidentes de trajeto, as quedas, choque e perda de equilíbrio representaram 80,9% das notificações.

Na Tabela 9, quando da visualização entre as variáveis cargo e tipo de acidente, observou-se que o AAS II, TAS, ASG, Enfermeiro e o Médico sofreram as lesões quando foram atingidos por “batida/impacto por objeto/instrumental/etc. parado (estacionário)” e o Art. II por outro tipo de acidente.

**TABELA 9 -DISTRIBUIÇÃO PORCENTUAL DAS LESÕES DECORRENTES DE AT, SEGUNDO CARGO E O TIPO – 1997 A 1999**

CARGO	TIPO			TOTAL	
	Atingido por objeto parado (n= 290) %	Batida/impacto/a-tingido por objeto em movimento (n=69) %	Outro tipo (n=125) %	n=484	%
AAS II	67,35	9,33	23,32	193	39,88
TAS	73,86	14,77	11,37	88	18,18
ASG	44,86	16,82	38,32	107	22,11
ARTÍFICE II	31,58	31,58	36,84	19	3,92
ENFERMEIRO	58,33	13,89	27,78	36	7,44
MÉDICO	59,09	27,27	13,64	22	4,55
OC/IGN	36,84	15,79	47,67	19	3,92

FONTE: CEAT/GESAS

Ao analisar o qui-quadrado (quadro 5), no cruzamento das variáveis cargo e tipo, os dados demonstraram que houve uma diferença estatisticamente maior que o esperado para o AAS II e TAS em relação ao tipo “atingido” por “batida e/ou impacto contra objeto/máquina/instrumental/etc. parado (estacionário)” e menor para “batida e/ou impacto contra objeto/(...) em movimento”. Este dado sugere uma relação com a tarefa e a função realizada pelos cargos acima, uma vez que a movimentação e o manuseio do objeto/instrumental/equipamento/etc., neste caso, é do servidor.

Para os cargos de ASG e Art. II, os dados indicaram uma diferença estatisticamente maior para as lesões decorrentes de acidente “outro tipo” e menor para o tipo “atingido” “(...)/objeto em movimento” e “estacionário”. Este dado enquadra-se na relação função/tarefa exercida por estas categorias funcionais.

Os dados não indicaram diferença estatisticamente significante para o Enfermeiro e Médico.

**QUADRO 5 - VALORES DE QUI-QUADRADO PARA CRUZAMENTO ENTRE O CARGO E O TIPO, SC – 1997 A 1999**

CARGO x AGENTE CAUSADOR		QUI-QUADRADO	VALOR DE p (<0,05)
AAS II	Parado	9.22	0,0099
TAS	Parado	12.22	0,0022
ASG	Outro tipo	14.13	0,00085
ARTÍFICE II	Outro tipo	7.74	0,0208
ENFERMEIRO	-	0.08	0,9621
MÉDICO	-	4.07	0,1308

#### 6.1.2.8 Parte(s) do Corpo mais Atingida(s)

Quanto a(s) parte(s) do corpo mais atingida(s) pelos servidores acidentados, os membros superiores (ombro/braço/cotovelo/antebraço/ punho/mão/dedo) apresentaram 77,48% das notificações e, nestes, o dedo representou 61,57% dos casos. A cabeça

(crânio/face/olhos/nariz/boca) e pescoço somaram-se 9,50% dos registros e os membros inferiores (glúteo/coxa/joelho/perna/ tornozelo/pé/dedo) representaram 6,36% dos casos. O tronco (costa/coluna vertebral/peito/abdome) com 3,06% e as múltiplas localizações/outra(s) parte(s) ignorada(s) com 2,89% dos casos notificados.

A predominância de lesões em membros superiores entre os trabalhadores da área saúde quando atuam mais próximo do paciente em instituições hospitalares, nos AT típicos, têm sido relatadas em estudos realizados por FERREIRA et al. (1980), MACHADO et al. (1992), SILVA (1988), WILKINSON et al. (1993) entre outros. Da mesma forma LEME et al. (1994) mostraram que os membros superiores foram, em relação a outras partes do corpo, 32 vezes mais atingidos, 17 das quais nas mãos e nestas, 12 vezes nos dedos. Também MONTEIRO, CARNIO, ALEXANDRE (1987) verificaram que a região do corpo mais atingida foram as mãos (25,53%), seguidos pelos membros superiores, com 21,28% (exceto mãos) e inferiores, com 21,27% (exceto pés). Logo depois, encontraram a região lombar (12,77%), lesada no transporte de pacientes e no manuseio de equipamentos hospitalares.

Para o pessoal da enfermagem, SILVA (1999) relatou que os membros superiores foram a região do corpo mais atingida (51,5%), logo em seguida os membros inferiores (19,6%) e cabeça e pescoço (11,4%). As regiões menos atingidas foram o tronco e a coluna vertebral e os acidentes que ocorreram na cabeça e pescoço comprometeram especialmente os olhos, o supercílio e o pescoço.

A Tabela 10, mostra que no cruzamento entre as variáveis cargo e a(s) parte(s) do corpo mais atingida(s), todos apresentaram os membros superiores como a parte mais atingida.

**TABELA 10 - DISTRIBUIÇÃO PORCENTUAL DAS LESÕES DECORRENTES DE AT, SEGUNDO CARGO E PARTE(S) DO CORPO MAIS ATINGIDA(S), SC – 1997 A 1999**

CARGO	PARTE(S) DO CORPO				TOTAL	
	Cabeça e Pescoço (n=46) %	Membros Inferio- res (n=33) %	Membros Superiores (n=375) %	Out. partes/múlt. partes/ign (n=30) %	n=484	%
AAS II	10,88	3,11	80,83	5,18	193	39,88
TAS	5,68	1,14	93,18	00	88	18,18
ASG	6,54	20,56	64,49	8,41	107	22,11
ARTÍFICE II	10,53	00	73,68	15,79	19	3,92
ENFERMEIRO	19,44	2,78	72,22	5,56	36	7,44
MÉDICO	13,64	00	81,82	4,54	22	4,55
OUTRO/IGN	5,26	15,79	52,63	26,32	19	3,92

**FONTE:** CEAT/GESAS

Na análise do qui-quadrado (quadro 6), quando da contraposição entre as variáveis cargo e parte(s) do corpo mais atingida(s), os dados realçaram para o AAS II uma diferença estatisticamente significativa maior de lesões ocorridas nos membros superiores, outra(s) parte(s)/múltiplas localizações e cabeça e pescoço e menor para os membros inferiores. Este dado sugere que, além de esta categoria funcional possuir um dos maiores contingentes de servidores atuando nos hospitais e executar(em) a(s) atividade(s)/procedimento(s)/tarefa(s) condizente(s) ao próprio cargo ainda exerce(m) atividade(s) voltada(s) ao apoio da área técnica, laboratorial etc. Sugere, também, apesar do conhecimento, a não adoção de medidas de segurança preconizadas pelo MS, bem como a não utilização de EPIs.

Para o TAS, a diferença estatística apresentou-se maior que o esperado nas lesões localizadas nos membros superiores e menor nos membros inferiores, cabeça e pescoço e para outras partes/múltiplas/IGN sugerindo que a(s) atividade(s)/tarefa(s)/procedimento(s) executada(s) por ele(s) é(são) de natureza assistencial como o preparo e administração de medicação, coleta de material para exames, preparação de produtos imunobiológicos entre outros.

Já o ASG revelou diferença estatística maior para lesões situadas nos membros inferiores e menor para os membros superiores, cabeça e pescoço e outras partes/múltiplas partes/IGN sugerindo ser compatível com a função exercida pelo cargo, na maioria das vezes em situações como as quedas de escadaria, escada móvel, cortes, escorregões etc. em decorrência da necessidade de locomoção, acesso a locais com diferença de nível, manipulação de objetos – entre eles o lixo etc. caracterizando as atividades de limpeza do ambiente, zeladoria etc.

Para o Enfermeiro, o Médico e o Art. II não houve diferença estatisticamente significativa em relação a alguma parte do corpo.

**QUADRO 6 - VALORES DE QUI-QUADRADO PARA CRUZAMENTO ENTRE O CARGO E PARTE(S) DO CORPO MAIS ATINGIDA(S), SC – 1997 A 1999**

CARGO x PARTE(S) MAIS ATINGIDA(S)		QUI-QUADRADO	VALOR DE p (<0,05)
AAS II	Membros Superiores, Cabeça e pescoço e outras partes/múltiplas localizações	8.12	0,0436
TAS	Membros superiores	16.84	0,00076
ASG	Membros inferiores	43.40	0,0001
ARTÍFICE II	-	4.34	0,2268
ENFERMEIRO	-	5.14	0,1619
MÉDICO	-	2.14	0,5432

#### 6.1.2.9 Objeto ou Fonte Causadora

Com referência ao objeto ou fonte causadora a “parte afiada e/ou pontiaguda de objeto/instrumental/etc.” estiveram presentes em 61,99% dos casos registrados.

O acidentes ocupacionais com artigos como agulhas, lâmina de bisturi, lâmina de barbear, vidro quebrado, instrumentais etc. ocorrem de forma repetida e são devido, principalmente, ao não atendimento das precauções de segurança, como, por exemplo, o hábito de reencapar agulhas, deixar agulhas expostas após procedimento de rotina,



entre outros (AMATO NETO, MANRIQUE (s.d.), DECARTERET (1987), PINTO e SILVA (1993), SELICK JR., HAZAMY, MYLOTTE (1992), SOUZA e VIANNA (1993) e TRIOLO (1989).

Vários autores como CORTEZ et al. (1986), DECARTERET (1987), MATOS e ALVES (s.d.), SOUZA e VIANNA (1993), WILKINSON et al. (1993) constataram a alta frequência destes acidentes em decorrência a objetos perfuro-cortantes bem como o risco de transmissão de patógenos veiculados pelo sangue como a AIDS, hepatites B e C, cuja forma mais comum de infecção ocupacional é a via percutânea.

O estudo de HUERTAS et al. (1995) comprovaram que 88% das lesões decorrentes de AT típicos foram causados por objetos perfuro-cortantes como agulhas ocas e não ocas, lâminas de bisturi, *abocath*, *scalp*, vidrarias entre outros. Na mesma situação, SOUZA (2000) e PINTO et al. (1996) encontraram nas agulhas, entre outros objetos perfuro-cortantes, as responsáveis por 69% e 75% dos acidentes estudados. Ainda, SOUZA (2000) registrou também que as lesões em consequência de AT típicos aconteceram durante e após o procedimento realizado (28,0% e 37,0%) e em 26,7% o objeto causador (agulha) foi desprezado ou “esquecido” em local impróprio.

COOPER (1993) em seu estudo sobre prevenção de HIV e hepatites, considerou que o risco de adquirir estas infecções por picada de agulha oca contaminada com material biológico quando do seu reencape é cerca de 40 vezes maior que por outro procedimento. Também IPPOLITO et al. (1994) analisaram os casos relacionados de soroconversão para HIV após AT típicos e verificaram que as agulhas ocas utilizadas por via intravenosa representaram um risco triplicado, comparado com os outros instrumentais como o *scalp*, vidraria, lâmina de bisturi etc.

Na Tabela 11, quanto as variáveis cargo e objeto ou fonte causadora, o AAS II, TAS, Enfermeiro e Médico apresentaram como fonte causadora das lesões decorrentes de AT mais freqüente o objeto/instrumental/etc. afiado e/ou pontiagudo como instrumentais, agulhas ocas e não ocas, lâmina de bisturi, *scalp*, *abocath* etc. Como era esperado, os cargos de ASG e Art. II acidentaram-se mais em decorrência de outros objetos.

**TABELA 11 - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS LESÕES DECORRENTES DE AT, SEGUNDO CARGO E OBJETO OU FONTE CAUSADORA, SC – 1997 A 1999**

CARGO	OBJETO		TOTAL	
	Objeto afiado/pontiagudo * (n=300) %	Outro Objeto (n=184) %	n= 484	%
AAS II	69,95	30,05	193	39,88
TAS	81,82	18,18	88	18,18
ASG	41,12	58,88	107	22,11
ARTÍFICE II	21,05	78,95	19	3,92
ENFERMEIRO	66,67	33,33	36	7,44
MÉDICO	81,82	18,18	22	4,55
OC/IGN	15,79	84,21	19	3,92

FONTE: CEAT/GESAS

\*parte de objeto/instrumental/etc. afiado/pontiagudo

Ao contrapor, na avaliação do qui-quadrado (quadro 7), as variáveis cargo e objeto ou fonte causadora, os resultados mostraram para o AAS II e o TAS uma diferença estatisticamente significativa maior que o esperado para lesões decorrentes de acidentes ocorridos por objeto/instrumental/etc. afiado/pontiagudo e menor para outros objetos. Refere-se, possivelmente, aos materiais pérfuro-cortantes usados na execução de tarefas de rotina como agulha, *scalp*, *abocath*, lâmina de bisturi, pinça etc. e, principalmente, a não adoção de medidas de segurança preconizadas pelo MS bem como a não utilização de EPIs.

Para o ASG e o Art. II revelaram a existência de uma diferença estatisticamente maior que o esperado para as lesões decorrentes de acidentes com outros objetos e menor para os objetos afiados/pontiagudos. Este dado é compatível com as funções exercidas pelos cargos como serviços braçais, zeladoria, limpeza, copa, protocolo, manutenção, produção e operação de ferramenta, instrumental e maquinário em geral entre outros.

Os cargos de Enfermeiro e Médico não apresentaram diferença estatisticamente significativa a qualquer objeto.

**QUADRO 7 - VALORES DE QUI-QUADRADO PARA CRUZAMENTO ENTRE O CARGO E OBJETO OU FONTE CAUSADORA, SC – 1997 A 1999**

CARGO x OBJETO OU FONTE CAUSADORA		QUI-QUADRADO	VALOR DE p (<0,05)
AAS II	Obj. afiado/pontiagudo.	8.64	0,0033
TAS	Obj. afiado/pontiagudo	17.96	0,000038
ASG	Outros objetos	25.37	0,00001
ART. II	Outros objetos	12.31	0,00045
ENF.	-	0.35	0,5474
MÉDICO	-	3.02	0,08241

#### 6.1.2.10 - Natureza da Lesão

Quanto a natureza da lesão, o tipo de lesão mais frequente foi a perfuração/corte superficial, com 60,74% dos casos registrados, em segundo lugar apresentou-se OC/IGN com 13,42% e, por último, estivera a perfuração/corte profundo, com 9,30% das notificações.

A natureza da lesão é uma variável importante na avaliação da gravidade do AT, uma vez que doenças extremamente graves como a AIDS e as hepatites representam para os profissionais de saúde uma real e grande preocupação.

Autores como MONTEIRO, CARNIO e ALEXANDRE (1987) averiguaram que, para o pessoal de enfermagem, foram identificados os ferimentos cortantes e penetrantes causados por instrumentos do tipo vidro quebrado, lâmina de bisturi, lâmina de barbear, agulha etc. Também HUERTAS et al. (1995) comprovaram a repetida frequência de lesões como cortes superficiais (11%), perfurações superficiais ocorridas por picadas de agulhas (75%) e outros (2%). Da mesma forma, CARDO et al. (1998) constataram que 53% dos acidentes ocupacionais com exposição a sangue e

fluidos corpóreos contaminados ocorreram através de perfurações profundas com agulhas ocas entre o pessoal de enfermagem e médicos.

Na Tabela 12, a distribuição das variáveis cargo e natureza da lesão, o AAS II, TAS, Enfermeiro e o Médico apresentaram uma frequência mais elevada de lesão/corte de natureza superficial. O Art. II apresentou mais da metade da ocorrência com lesão de outra natureza. O cargo de ASG oscilou entre lesão/corte superficial e lesão de outra natureza.

**TABELA 12 - DISTRIBUIÇÃO PORCENTUAL DAS LESÕES DECORRENTES DE AT, SEGUNDO CARGO E A NATUREZA DA LESÃO, SC – 1997 A 1999**

CARGO	NATUREZA DA LESÃO			TOTAL	
	Lesão/corte superficial (n=294) %	Lesão/corte profundo (n=45) %	Outra natureza de lesão (n=145) %	n=484	%
AAS II	66,32	9,33	24,35	193	39,88
TAS	75,00	11,36	13,64	88	18,18
ASG	45,79	10,28	43,93	107	22,11
ARTÍFICE II	21,05	15,79	63,16	19	3,92
ENFERMEIRO	66,67	2,77	30,56	36	7,44
MÉDICO	81,82	00	18,18	22	4,55
OC/IGN	26,31	10,53	63,16	19	3,92

FONTE: CEAT/GESAS

Ao cruzar, na avaliação do qui-quadrado (quadro 8), as variáveis cargo e natureza da lesão, os dados expressaram para o AAS II e o TAS, uma diferença estatisticamente significativa maior que o esperado para a lesão/corte superficial e menor para lesão/corte profundo e de outra natureza. Este dado condiz com as tarefas de rotina realizadas por este pessoal como o preparo e administração de medicamentos, coleta de sangue, punção venosa, retirada de soro, higienização dos instrumentais, etc. Sugere também o não envolvimento completo no trabalho, talvez em decorrência do estresse e fadiga, e, por conseguinte, a realização de tarefas com

descuido e desatenção. Sugere, também, a não utilização de medidas de segurança (precauções) preconizadas pelo MS e a não utilização de EPIs.

O Enfermeiro e Médico não mostraram diferença estatisticamente significativa quanto a natureza da lesão.

O ASG apresentou uma diferença estatisticamente significativa maior para a lesão/corte superficial e menor para a lesão/corte profundo e de outra natureza o que, possivelmente, pode ser em decorrência de atividades como as de zeladoria, limpeza, copa, protocolo etc.

Já para o Art. II houve uma diferença estatisticamente significativa maior para lesões de outra natureza quando comparado a lesão/corte superficial e profundo. Possivelmente em consequência das atividades exercidas no setor de manutenção, confecção, produção e operação de ferramentas e maquinário em geral.

**QUADRO 8 - VALORES DE QUI-QUADRADO PARA CRUZAMENTO ENTRE O CARGO E NATUREZA DA LESÃO, SC – 1997 A 1999**

CARGO x NATUREZA DA LESÃO		QUI-QUADRADO	VALOR DE p(<0,05)
AAS II	Lesão/corte superficial	5.01	NS
TAS	Lesão/corte superficial	13.66	0,001082
ASG	Lesão/corte superficial	14.14	0,00085
ARTÍFICE II	Outra natureza	13.30	0,00129
ENFERMEIRO	-	2.01	0,3555
MÉDICO	-	4.89	0,0865

### 6.1.3 VARIÁVEIS RELATIVAS AO ATENDIMENTO MÉDICO

#### 6.1.3.1 Afastamento Prescrito pelo Médico

Com relação ao afastamento prescrito pelo médico aos servidores após a ocorrência do acidente, a maioria deles ficou por volta de 0 (zero) até 03 dias

(85,33%), com a média de 2,01 dias de ausências, mediana 0 (zero) dias e desvio padrão de 10,22.

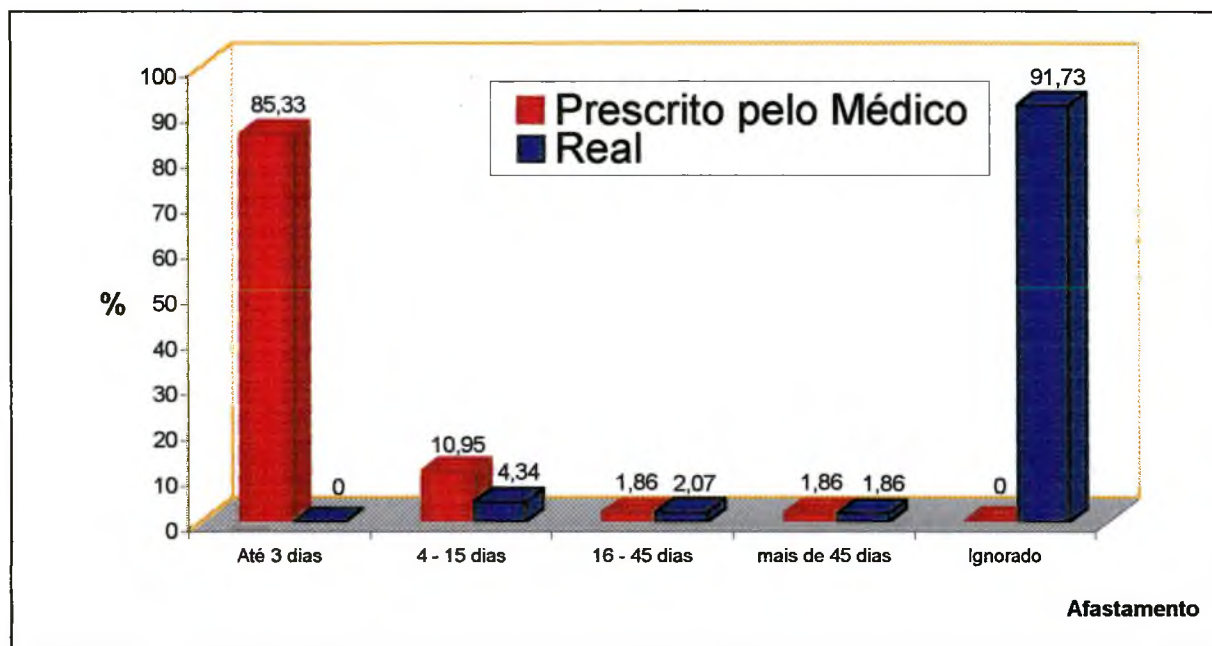
Este tipo de afastamento prescrito define uma decisão médica expressa numa projeção sobre o que possa ocorrer frente ao quadro clínico apresentado no momento do AT (FERREIRA e VALENZUELA, 1996). De acordo com o estatuto dos servidores públicos estatutários estaduais, o servidor poderá permanecer afastado do local de trabalho por um período de até 03 (três) dias. Após este limite, acredita-se que a situação dele possa configurar-se mais séria e ele deverá ser avaliado por um médico perito na GESAS/SEA.

#### 6.1.3.2 Afastamento Real

Quanto a variável afastamento real do servidor após o AT, verificou-se que 91,73% dos servidores estiveram ausentes por um período ignorado, impossibilitando assim uma análise e comparação entre o afastamento prescrito e o real (gráfico 11).

Segundo SILVA (1999) a necessidade de afastamento real, para o pessoal de enfermagem, do ambiente de trabalho ocorreu em 85,6% dos acidentes. A maioria dos acidentes (86,8%) ocasionou a perda de até 30 dias do trabalho e nestes dias de afastamento a frequência mais elevada ficou em torno de 07 dias. ROBAZZI et al. (1990) mostraram que o número de afastamento real por AT (19,5%) de funcionários lotados na Clínica Cirúrgica de um Hospital de São Paulo, durante o ano de 1985, por categoria funcional foi assim apresentado: escriturário (10,7 dias), auxiliar de enfermagem (9 dias), enfermeiro (5,6 dias), atendente (4,2 dias), barbeiro (03 dias) e enfermeiro-chefe (1,5 dias).

**GRÁFICO 11 - DISTRIBUIÇÃO DAS LESÕES DECORRENTES DE AT, SEGUNDO O AFASTAMENTO PRESCRITO PELO MÉDICO E O REAL, SC-1997 A 1999**



FONTE: CEAT/GESAS

### 6.1.3.3 Avaliação Inicial da Gravidade do Acidente

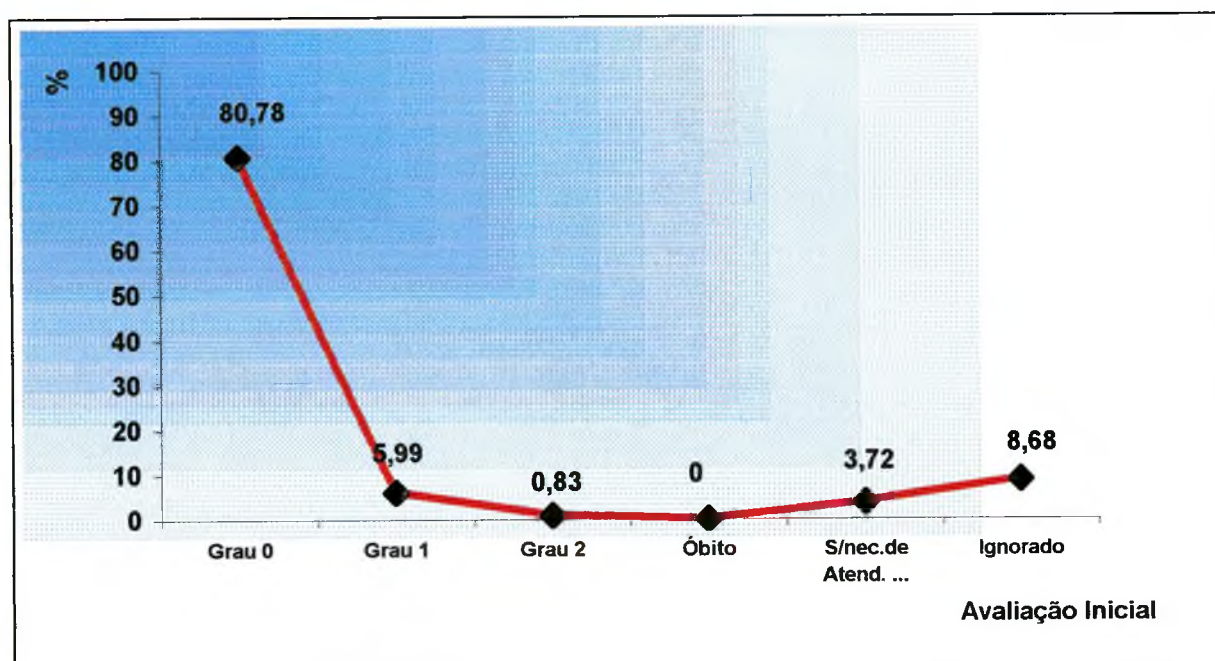
Em decorrência do acidente notificado, a lesão avaliada que recebeu grau 0 (acidente leve: com lesão sem perda funcional de parte do corpo) representou 80,78% dos casos registrados (gráfico 12). A lesão com grau 01 (acidente moderado: com lesão onde há perda funcional de parte do corpo atingida, que permita retorno ao trabalho) espelhou 5,99% dos registros. A seguir, a lesão que obteve grau 02 (acidente grave: com lesão onde há perda funcional a ser posteriormente avaliado quanto as conseqüências) revelou 0,83% dos casos.

As lesões decorrentes de AT que não tiveram necessidade de atendimento médico apontaram 3,72% dos casos notificados.

A gravidade da lesão decorrente de AT pode ser mensurada através do número de dias perdidos ou afastados do trabalho e avaliação da gravidade do acidente. Entretanto, para os servidores atuantes na área da saúde, além destas medidas de gravidade, deve-se verificar atentamente outra variável de grande importância que é a natureza da lesão.

É importante salientar que, ao contrário de setores industriais, na área da saúde ocorre a notificação, por parte dos servidores, dos acidentes graves. Este fato pode ser reflexo das atividades desenvolvidas pelas CCIHs, cujo propósito primordial é reduzir a transmissão de doenças ocupacionais graves como a AIDS, hepatites etc.

**GRÁFICO 12 - DISTRIBUIÇÃO DAS LESÕES DECORRENTES DE AT, SEGUNDO AVALIAÇÃO INICIAL DA GRAVIDADE DO ACIDENTE, SC-1997 A 1999**



FONTE: CEAT/GESAS

Na Tabela 13, ao distribuir as variáveis cargo e avaliação da gravidade inicial do acidente, a maioria dos servidores ao serem avaliados inicialmente, obtiveram grau 0 (zero).



**TABELA 13 - DISTRIBUIÇÃO PORCENTUAL DAS LESÕES DECORRENTES DE AT, SEGUNDO CARGO E AVALIAÇÃO INICIAL DA GRAVIDADE DO ACIDENTE, SC – 1997 A 1999**

CARGO	AVALIAÇÃO INICIAL						TOTAL n=484 %	
	Grau 0 (n= 391) %	Grau 01 (n=29) %	Grau 02 (n=04) %	Óbito (n=0) %	Sem nec.aten Médico (n=18) %	Ignorado (n=42) %		
AAS II	80,31	4,66	00	00	4,66	10,37	193	39,88
TAS	93,18	3,41	1,14	00	00	2,27	88	18,18
ASG	72,90	12,15	1,87	00	3,74	9,34	107	22,11
ARTÍFICE II	89,48	5,26	00	00	00	5,26	19	3,92
ENFERMEIRO	69,44	2,78	00	00	13,89	13,89	36	7,44
MEDICO	95,45	00	00	00	00	4,55	22	4,55
OC/IGN	68,42	10,53	5,26	00	00	15,79	19	3,92

FONTE: CEAT/GESAS

## 6.2 ACIDENTES DE TRAJETO

### 6.2.1 VARIÁVEIS RELACIONADAS AS CARACTERÍSTICAS FUNCIONAIS DO SERVIDOR

#### 6.2.1.1 Cargo

As lesões decorrentes destes acidentes, em ordem decrescente, ficou evidenciada no cargo de AAS II (40,38%), ASG (25,00%), OC/IGN (13,46%), TAS (11,54%), Artífice II (5,77%) e Médico (3,85%).

#### 6.2.1.2 Lotação

Foi observado uma frequência maior destas lesões entre os servidores lotados no HRHDS (23,08%) e na categoria “outra instituição de saúde” (21,15%). Depois,

vieram HMTR (15,38%), HRHMG (11,54%), HIJG e HNR (ambos com 7,69%), MCD (5,77%), MDCK(3,86%) e por último, HGCR e HCS com 1,92% dos casos registrados

#### 6.2.1.3 Faixa Etária

Esta variável apresentou maior frequência na faixa etária de 41 a 50 anos com 44,23% dos registros. Após, vieram, com 25,00% e 23,08% das notificações, os agrupamentos de 31 a 40 anos e mais de 50 anos de idade, e, por fim, com 7,69% dos casos a faixa de 21 a 30 anos.

#### 6.2.1.4 Sexo

As mulheres representaram 80,77% dos servidores lesionados enquanto que os homens, 19,23% dos casos registrados.

#### 6.2.1.5 Anos de Estudo

A metade das lesões decorrentes de AT de trajeto (50,00%) aconteceu com servidores com segundo grau. Após, vieram os com o primeiro grau (36,54%), nível superior (7,69%) e IGN (5,77%).

#### 6.2.1.6 Tempo de Serviço

A maior frequência dos servidores lesionados apresentou até 10 anos de serviço (57,69%), principalmente no agrupamento do sexto ao décimo ano (30,77%). Depois, verificou-se na faixa de mais de 21 anos de tempo serviço (19,23%) e, ainda, os agrupamentos de 11 a 15 e 16 a 20 anos mostraram 11,54% dos registros cada um.

#### 6.2.1.7 Turno de Trabalho

Os servidores que desempenhavam suas atividades no turno matutino (das 07:00 às 13:00 h.) revelaram 25,00% das lesões notificadas, os do noturno (das 19:00 às 07:00 h.) figuraram 17,31% dos casos, os do vespertino (das 13:00 às 19:00 h.) com 13,46% e a OC/IGN com 44,23% dos registros.

#### 6.2.1.8 Carga Horária de Trabalho Semanal

Os servidores estatutários com carga de trabalho de 30 h./semanais representaram 40,38% das lesões registradas. Logo, vieram os servidores com carga de 40 h./semanais (36,54%), os com carga de 20 h./semanais (5,77%) e OC/IGN (17,31%).

#### 6.2.1.9 Carga Horária de Trabalho Diária

Para a carga de trabalho diária, a maioria dos servidores lesionados estava representada pela OC/IGN (53,85%). Logo, vieram os servidores com 06 h./de trabalho diário (40,38%) e os com 04 h./de trabalho diário (5,77%).

#### 6.2.1.10 Setor

Os servidores que prestavam atendimento interno e externo ao paciente como a emergência, ambulatório, internação, UTI etc. representaram 48,07% das lesões registradas, os que desempenhavam atividades na área de apoio administrativo como a zeladoria, manutenção, nutrição e dietética etc. exprimiram 28,85% dos registros, as OC/IGN revelaram 19,23% dos casos e, por fim, a área de apoio técnico administrativo como o laboratório, central de material e esterilização etc. sucederam 3,85% dos casos notificados.

### 6.2.2 VARIÁVEIS RELACIONADAS AS CARACTERÍSTICAS DO AT

#### 6.2.2.1 Município de Ocorrência

As maiores freqüências das lesões decorrentes destes acidentes aconteceram no município de Florianópolis (32,69%), Joinville (21,15%), Lages (17,31%), São José (15,30%) e em outros municípios (13,46%).

#### 6.2.2.2 Data de Ocorrência

ANO – já descrito no Quadro 2.

MÊS – em ordem decrescente, a distribuição mensal das lesões registradas, no período, foi abril e maio (17,31% cada), junho (15,38%), março (13,46%), janeiro, fevereiro e julho (9,62% cada), novembro e dezembro (3,84% cada). Em agosto, setembro e outubro não houve registros.

DIA DA SEMANA – o total das freqüências das lesões notificadas, em ordem decrescente, foi quarta-feira (23,08%), terça-feira (19,23%), segunda-feira (17,31%), sexta-feira (15,38%), quinta-feira e domingo (11,54%) e sábado (1,92%).

#### 6.2.2.3 Horário do Acidente

No período da manhã, as lesões mais freqüentemente ocorreram entre às 7:00 até 09:00 h. (15,38%) e 11:00 até 13:00 h. (11,54%). Para o período vespertino, as lesões aconteceram de forma homogênea e para o período noturno elas distribuíram-se entre às 19:00 até 21:00 h. (21,15%) e 04:00 até 07:00 h. (28,85%).

#### 6.2.2.4 Local

Observou-se que houve maior ocorrência das lesões (75,00%) em local fora da instituição de trabalho, as menores freqüências (23,08%) em outro local dentro da instituição e 1,92% em OC/IGN.

#### 6.2.2.5 Tarefa

Retratou-se o servidor em deslocamento da residência para o trabalho ou vice-versa (90,38%) e em horário de intervalo (almoço, jantar, lanche etc.) dentro ou fora da instituição (9,62%).

#### 6.2.2.6 Tipo

As “quedas” foram as responsáveis pela maioria das lesões registradas (57,69%), seguido pela categoria “atingido” por “batida e/ou impacto por objeto/máquina/instrumental/etc.” em “queda” (1,92%) e “em movimento” (26,92%). Ainda, há o tipo “pisada em” (9,61%) e OC/IGN (3,86%).

#### 6.2.2.7 Parte(s) do Corpo mais Atingida(s)

Estas lesões atingiram mais, em ordem decrescente, os membros inferiores (30,77%), múltiplas localizações/outras partes do corpo/IGN (30,77%), membros superiores (19,23%), cabeça e pescoço(13,46%) e tronco (5,77%).

#### 6.2.2.8 Objeto ou Fonte Causadora

O objeto/fonte causadora que mais comumente provocaram as lesões foram veículo (38,47%), OC/IGN (26,92%), obstáculo rígido (19,23%) e degrau de escada (15,38%).

#### 6.2.2.9 Natureza da Lesão

A contusão/entorse/luxação (44,23%) foram as lesões que mais ocorreram, depois vieram OC/IGN (30,77%), traumatismo (13,46%) e fratura (11,54%).

### **6.2.3 VARIÁVEIS RELACIONADAS AO ATENDIMENTO MÉDICO**

#### 6.2.3.1 Afastamento Prescrito Pelo Médico

A maior porcentagem de afastamento do servidor prescrito pelo médico mostrou-se de 0 até 03 dias de ausências (51,93%). Depois, em ordem decrescente, vieram de 04 até 15 dias (26,92%), de 16 até 45 dias (13,47%) e acima de 46 dias (7,69%).

#### 6.2.3.2 Afastamento Real

Nesta variável verificou-se o período de 04 a 15 dias de afastamento (34,62%), de 16 a 45 dias (7,69%), mais de 46 dias (5,77%) e OC/IG com 51,92% dos casos registrados.

### 6.2.3.3 Avaliação Inicial da Gravidade do Acidente

A avaliação inicial com acidente leve (grau 0) representou 57,69% dos registros, o acidente moderado (grau 01) com 25,99%, o acidente grave (grau 02) e o óbito mostrou 7,69% e 3,85% dos casos, respectivamente. As avaliações ignoradas contribuíram com 5,77% das notificações dos acidentes.

## 6.3 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

As principais limitações encontradas foram:

- Sub-registro dos AT - o sub-registro implica em uma diminuição da incidência da lesão decorrente de AT, isto é, resulta em subestimação dos dados e alteração dos coeficientes estudados;

- Desconhecimento, por grande parte dos servidores da SES do registro do AT no formulário CEAT, o que colabora grandemente para a sua subnotificação, principalmente pelos servidores lotados em instituições de saúde ambulatoriais;

- Viés de informação da CEAT – o preenchimento incorreto e/ou incompleto de importantes campos do formulário, tanto por parte dos servidores da área de RH da instituição a que pertencia o acidentado, quanto pelos próprios médicos e demais servidores prejudicou a análise de algumas variáveis e

- Não existência de um banco de dados dos servidores indicando, por exemplo, o percentual de homens e mulheres no quadro.

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Algumas observações conseqüentes ao estudo merecem as seguintes considerações:

### **7.1 PERFIL DAS LESÕES DECORRENTES DE AT TÍPICO POR CARGO**

Baseado nos testes do qui-quadrado, onde foram contrapostos as lesões decorrentes de AT de um cargo em relação aos demais cargos de interesse do estudo, foi possível identificar algumas características para os cargos de AAS II, TAS e ASG

AAS II – os Agentes em Atividades de Saúde II sofreram lesões decorrentes de AT mais no “turno noturno” (das 19:00 às 07:00 h.) quando estavam executando “tarefas de rotina” (ao iniciar/realizar/concluir atividade(s)/procedimento(s)/tarefa(s) de rotina envolvendo objeto(s)/instrumental(is) pérfuro-cortante(s) contaminado(s) com material biológico, junto ao paciente). Foram mais “atingidos” por “objeto/instrumental/máquina/etc.” “parado”, lesionando principalmente os “membros superiores, cabeça e pescoço e outras partes e/ou múltiplas partes do corpo”, cujo objeto causador caracterizava-se por ser “afiado/pontiagudo” e que resultou em “lesão/corte de natureza superficial”;

TAS – os Técnicos em Atividade de Saúde apresentaram lesões decorrentes de AT ocorridas mais no “período noturno” (das 10:00 às 07:00 h.) ao executarem

principalmente “tarefas de rotina”. Foram mais “atingidos” por “objeto/(...)” “parado”, com lesões localizadas mais nos “membros superiores, especialmente dedo da mão”, provocadas por objetos “afiados/pontiagudos”, na qual resultou em “lesão/corte de natureza superficial”;

ASG – os Agentes de Serviço Gerais mostraram lesões decorrentes de AT ocorridas mais no turno de “trabalho matutino” (das 07:00 às 13:00 h.) quando desenvolviam “outras tarefas”. Foram mais “atingidos” por “outro objeto”, cujas lesões eram provocadas por “outra fonte ou objeto causador” e localizavam-se principalmente nos “membros inferiores” caracterizando-se como “lesão/corte de natureza superficial”.

## **7.2 SOBRE O FORMULÁRIO CEAT**

Este formulário foi elaborado pelos profissionais da CPAP/GESAS/SEA e implantado no segundo semestre de 1996. Representa, no Estado, uma das poucas fontes oficiais de pesquisa disponível em AT não somente para os servidores da área da saúde mas também de outras áreas.

Comparando-o com a CAT, este formulário possibilita maior e mais abrangente análise de dados, por conter informações mais detalhadas em seus campos de preenchimento. Apesar disso, acredita-se que algumas variáveis devem ser revisadas, quais sejam:

### **DADOS DOS SERVIDORES:**

- no campo “horário de trabalho” deveria ser acrescentado o turno noturno;

### **DADOS DO ACIDENTE:**

- no campo onde faz referência ao “tipo” de acidente, esta variável significa a “classificação do AT” que pode ser, segundo a legislação, classificado em acidentes típico, de trajeto ou doença de trabalho;



- no campo relativo ao “agente causador do AT”, esta variável diz respeito ao “tipo do AT”, isto é, a energia ou força que causou a lesão decorrente do AT como por exemplo quedas (do mesmo ou diferente nível), esforço físico, agressão física, batida ou impacto contra objeto parado (estacionário) ou em movimento ou em queda entre outros. Esta variável é freqüentemente confundida com “o objeto ou a fonte causadora”. Por vezes, verificou-se as mesmas respostas para as duas variáveis.

### **7.3 QUALIFICAÇÃO DO SERVIDOR**

Já é sabido que a maioria das lesões decorrentes de AT está relacionada com o preparo técnico-específico do servidor, com a organização e condições de trabalho etc. No entanto, é imprescindível refletir sobre as ações e métodos empregados pelas instituições pertencentes a SES no sentido de melhor qualificar seus servidores. É importante ressaltar que não basta simplesmente apresentar um conjunto de normas e regras e provimento de EPIs. Mas, é preciso acreditar na sensibilidade do servidor que é onde se constrói o espírito de cooperação e prevenção, ou seja, despertá-lo a optar pelo seu bem-estar e a sua saúde no próprio ambiente ocupacional.

Faz-se necessário ações de educação continuada como a divulgação e a obrigatoriedade da notificação de todo e qualquer AT através do formulário CEAT, a todos os profissionais (estaduais estatutários) da saúde, quer seja na área hospitalar ou ambulatorial, enfatizando a prevenção das lesões decorrentes de objetos/materiais/equipamentos/etc. perfuro-cortantes, informação sobre ergonomia, definição de política de promoção da saúde nos ambientes de trabalho entre outras.

#### 7.4 FUTURAS INVESTIGAÇÕES

As lesões decorrente de AT representam, na verdade, uma amostra da totalidade das lesões que ocorrem em unidades ou instituições da SES/SC, uma vez que o sub-registro é consideravelmente alto.

Os servidores lesionados demonstram, em realidade, os AT ocorridos majoritariamente na área hospitalar. É preocupante a subnotificação destas lesões ocorridas em servidores atuantes na área ambulatorial como laboratório, policlínica etc. Nesta área laborativa, observou-se tão somente a notificação dos acidentes de trajeto.

Dadas as limitações apontadas neste estudo, torna-se necessário outras pesquisas com outros delineamentos de estudo para comparar e melhor explorar outras variáveis e outras populações como servidores contratados e terceirizados.

Espera-se que esses resultados possam servir de subsídios para complementação de trabalhos preventivos junto aos servidores da área hospitalar bem como da ambulatorial.

## 8 BIBLIOGRAFIA

ADEGBOYE, A. et al. The epidemiology of needlestick and sharp instrument accidents in a nigerian hospital. **Infection Control Hospital Epidemiology**, v.15, n.1, p.27-31, 1994.

ALVES, S.; LUCESI, G. Acidentes de trabalho e doenças ocupacionais no Brasil: a precariedade das informações. **Informe Epidemiológico do SUS**, v.1, n.3, p.7-11, agos.1992.

AMATO NETO, V.; MANRIQUE, E.; LEVIN, A.S. **Infecção ocupacional: medidas preventivas da exposição ocupacional dos profissionais de saúde aos vírus veiculados pelo sangue**. São Paulo, Faculdade de Medicina – USP, [ s.d.], parte I, p.5-8.

ANDERSSON, R. **The role of accidentology in occupational research**. Sweden, 1991. 130 p. Tesis - National Institute of Occupational Health, Karolinska Institutet.

\_\_\_\_\_. Injury causation, injury prevention and safety promotion: definitions and related analytical frameworks. In: LAFLAMME, L. and edictors. **Safety promotion research: a public health approach to accident and injury prevention**. DSM/DPHS/Karolinska Institutet, Sweden, 1999. p.16-42.

ARRUDA, M. A articulação trabalho-educação visando uma democracia integral. In: GOMES, C.M. e cols. **Trabalho e conhecimento: dilemas na educação do trabalhador**. 3 ed., São Paulo: Cortez, 1995, p 61-74.

BARATA, R. de C.B.; RIBEIRO, M.C.S. de A.; MORAES, J.C. de. Acidentes de trabalho referidos por trabalhadores moradores em área urbana no interior do Estado de São Paulo em 1994. **Informe Epidemiológico do SUS**, v. 9, n.3, p.199-210, jul/set 2000.

BEAGLEHOLE, R.; BONITA, R.; KJELLSTRÖM, T. **Epidemiologia básica**. São Paulo: Editora Santos, 1996.

BERGER, L.R.; MOHAN, D. **Injury control – a global view**. New Delli: Oxford University Press, 1996.

BLANK, V.L.G. **Occupational injuries and technological development: – studies in the swedish mining industry**. 152 p. Sweden, 1997. Tese [Doutorado em Medicina Social] - Department of Public Health Sciences, Karolinska Institutet.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Segurança no ambiente hospitalar – Departamento de Normas Técnicas**. Brasília, 1995.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Exposição ocupacional a material biológico: Hepatite e HIV**. Brasília, 1999.

BULHÕES, I. **Riscos do trabalho de enfermagem**. Rio de Janeiro, [s.n.], 1994.

CAMPOS, J.L.D. Acidente de trajeto, esse desconhecido. **SOS – Associação Brasileira para Prevenção de Acidentes**, São Paulo, n.190, p.34-37, 1997.

CARDO, D.M. et al. and the NaSH Surveillance Group CDC, Atlanta, GA. Exposures to blood and bloodborne pathogens among health care workers. In: INTERNATIONAL CONFERENCE ON EMERGING INFECTIOUS DISEASES. 1998, Atlanta-GA. **Abstracts**. p.146. [Abstract 249].

CHAN, P. et al. Health care workers exposure: analysis of 113 cases. In: WORLD AIDS, 12., 1998, Geneva. **Abstracts**. Conference de Geneva. p.408. [Abstract 23335].

CONCEIÇÃO, P.S.A.; LIMA, M.G. Estudo dos acidentes de trabalho na empresa de saneamento do Estado da Bahia, de 1987 a 1992: uma proposta de participação sindical na vigilância de saúde dos trabalhadores. **Rev. Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v.23, n.87/88, p.41-48, 1994.

COOPER, C.W. Prevention of HIV and HBV in general practice. **Medicine J. Aust.**, v.159, n.5, p.33-42, 1993.

CORRÊA FILHO, H.R. Outra contribuição da epidemiologia. In: ROCHA, L.E. e orgs. **Isto é trabalho de gente? Vida, doença e trabalho no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1994(a). p.187-214.

\_\_\_\_\_. **Percepção de riscos na ocupação precedendo lesões do trabalho**: um estudo no município de Campinas, São Paulo, 1992-1993. São Paulo, 1994(b). 162 p. Tese [Doutorado] – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.

CORREIA, S.B.; SOUZA, L.J.E.X. Exposição ocupacional com perfuro-cortantes em um hospital de emergência. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CONTROLE DE INFECÇÃO E EPIDEMIOLOGIA HOSPITALAR, 6., Campos de Jordão-SP, 1998. **Poster**. ABPCIEEH. p.92.

CORTEZ, T.C.E. et al. Estudo sobre os principais acidentes no trabalho detectados no exercício de enfermagem hospitalar. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 38., Rio de Janeiro. **Anais**, 1986.

DECARTERET, J.C. Needle-stick injuries: an occupational health hazards for nurses. **AAOHJN**, n.3, v.35, p.119-123, 1987.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**: estudo da psicopatologia do trabalho. 3. ed., São Paulo: Cortez Editora, 1988.

DUROVNI, B. et al. Profile of occupational exposures to blood and body fluids among health care workers in Rio de Janeiro City, Brazil. In: WORLD AIDS, 12., Geneva. **Abstracts**. Conference Geneva, 1998. p.408. [Abstract 23332].

FERNANDES, J.V. et al. Prevalência de marcadores sorológicos do vírus da hepatite B em trabalhadores do serviço hospitalar. **Rev. de Saúde Pública**. São Paulo, v.33, n.2, p.122-128, 1999.

FERREIRA, A.C.; MACHADO, A.O.; MIRANDA, C. Prevalência de acidentes com materiais perfuro-cortantes e ocorrência de infecções pelo HIV e HBV em um hospital escola do sul do Brasil. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CONTROLE DE INFECÇÃO E EPIDEMIOLOGIA HOSPITALAR, 5., Rio de Janeiro, 1996. **Anais. ABPCIEH**. p. 126. [Resumo 322].

FERREIRA, M.A.F.; VALENZUELA, M.C.I. **Estudos Epidemiológicos dos Acidentes de Trabalho em Porto Alegre – RS, Ano 1991**. Unisinos, 1996.

FERREIRA, N.R. et al. Acidente de trabalho num ambiente hospitalar e sua prevenção. In: CONGRESSO NACIONAL DE PREVENÇÃO EM ACIDENTE DE TRABALHO, 18., Salvador (BA), 1979. **Anais**. São Paulo, FUNDACENTRO, 1980. p.393-396.

FIGUEIREDO, R.M. de. Opinião dos servidores de um hospital-escola a respeito de acidentes com material perfuro-cortante na cidade de Campinas-SP. **Rev. Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v.20, n.76, p.26-33, jul/dez. 1992.

FIGUEIREDO, T.A.M. **Absenteísmo: doença na equipe de enfermagem do hospital universitário Cassiano Antônio Moraes -UFES**, [s.d.]. [mimeo].

FISCHER, F.M. Trabalhos em turnos: alguns aspectos econômicos, médicos e sociais. **Rev. Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v.9, n.36. p.1-40, out./dez. 1981. [Edição suplementar].

\_\_\_\_\_. Acidentes de trabalho entre trabalhadores de indústrias automobilísticas. **Rev. Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v.13, n.52, p.34-60, out./nov./dez. 1985.

FONSECA, R.N. et al. Riscos ocupacionais e morbidade em um hospital geral. In: CONGRESSO NACIONAL DE PREVENÇÃO DE AT. 5., **Anais**, São Paulo, 1981. FUNDACENTRO, 1982.

FREUD, S. **Obras Completas**. Rio de Janeiro: Imago, 1974.

FRIGOTTO, G. Trabalho, conhecimento, consciência e a educação do trabalhador: impasses teóricos e práticos. In: GOMES, C.M. e cols. **Trabalho e conhecimento: dilemas na educação do trabalhador**. 3 ed. São Paulo : Cortez, 1995. p.13-26.

HENDERSON, D.K. Post exposure prophylaxis for occupational exposures to hepatitis B and C and HIV. **Surgeon Clin. North America**, v.75, p.6, p.1175-1187, 1995.

HIRANO, S.; REDKO, P.; FERRAZ, V.R.T. A cidadania do trabalhador acidentado: (re)conhecimento do direito aos direitos sociais. **Tempo Social**, São Paulo-USP, v.2, n.1, p.127-150, 1990.

HUERTAS, M.A. et al. Accidentes laborales e incidencia de infección por VIH y hepatitis B y C en una institución mexicana. **Rev. de Investigacion Clinica**, México, v.47, n.3, p.181-187, mayo/junio 1995.

IPPOLITO, G. et al. Device-specific risk of needlestick injury in italian health care workers. **JAMA**, v.272, n.8, p.607-610, 1994.

JAGGER, J. et al. Rates of needle-stick injury caused by various devices in a university hospital. **New England J. Med.**, v.319, n.5, p.284-88, 1988.

LARSSON, T.J. **Accident information and priorities for injury prevention**. Stockholm, The Institute for Human Safety & Accident Research, IPSO, BILD & FORM, 1990.

LEME, M.A. et al. Aspectos epidemiológicos dos AT em um hospital. **Rev. Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, n.84, v.22, out./nov./dez. 1994.

LUNARDI FILHO, W.D.; LEOPARDI, M.T. **O trabalho da enfermagem: sua inserção na estrutura do trabalho.** Rio Grande: [s.n.], 1999.

MACHADO, A.A. et al. Risco de Infecção pelo HIV em profissionais da saúde. **Rev. de Saúde Pública**, v.26, n.1, p.54-56, 1992.

MACHADO, J.M.H. **Violência no Trabalho e na Cidade: epidemiologia da mortalidade por acidente de trabalho registrada no município do Rio de Janeiro em 1987 e 1988.** Rio de Janeiro, 1991. 298 f. Dissertação [Mestrado em Saúde Pública] – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Osvaldo Cruz.

MAGAHLÃES, A.C.G. et al. Acidente profissional com material orgânico no HU Clementino Fraga (UFRJ). In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CONTROLE DE INFECÇÃO E EPIDEMIOLOGIA HOSPITALAR, 6., Campos de Jordão-SP, 1998. **Poster**. ABPCIEH. p.92. [Resumo 9].

MATOS, L.S.S.; ALVES, M. **Risco Ocupacional em Centro Cirúrgico e Central de Esterilização em hospitais de ensino do Estado de M.G.,** [s.d.]. [mimeo].

MAYHEW, M.S. Strategies for promoting safety and preventing injury. **Nursing Clinics of North America, USA.** v.26, n.4, p.885-893, dec. 1991.

MEDICI, A.C.; PAIM, E.R. **Estrutura e dinâmica da força de trabalho em enfermagem.** Textos de Apoio – Planejamento I – RH em Saúde. 1 ed. Rio de Janeiro: PEC/ENSP, 1987.

MENDES, R. **Patologia do Trabalho.** São Paulo: Atheneu, 1996.

MONTEIRO, M.S.; CARNIO, A.M.; ALEXANDRE, N.M.C. Acidentes de trabalho entre o pessoal de enfermagem de um hospital universitário. **Rev. Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.40, n.2/3, p.89-92, abr./mai./jun./jul./ago./set. 1987.

MOREIRA, M. et al. Avaliação de acidentes percutâneos em profissionais de saúde de um hospital. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CONTROLE DE INFECÇÃO E



EPIDEMIOLOGIA HOSPITALAR, 6., Campos de Jordão-SP, 1998. **Temas Livres**. ABPCIEH. p.224. [Resumo 9].

MORRONE, L.C.; OLIVEIRA, M.G. de. Acidentes de trabalho em um hospital geral. **Rev. Médica IAMSPE**, v.10, p.19-27, 1979.

NEVES, S.M.F.; SOUZA, C.T.V. Perfil epidemiológico dos profissionais de saúde do Hospital Evandro Chagas acidentados com material biológico infectado pelo HIV. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CONTROLE E EPIDEMIOLOGIA HOSPITALAR, 6., Campos de Jordão-SP, 1998. **Poster**. ABPCIEH. p. 94. [Resumo 12].

NOGUEIRA, D.P. **Absenteísmo-doença: aspectos epidemiológicos**. São Paulo, 1980. 264 p. Tese [Doutorado] – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.

NOGUEIRA, D.P.; GOMES, J. da R.; SAWAIA, P. Acidentes graves do trabalho na capital do Estado de São Paulo. **Rev. de Saúde Pública**, São Paulo, v.15, n.1, p.3-13, 1981.

ODA, L.M.; ROCHA, S.S. da; TEIXEIRA, P. AIDS como doença ocupacional. In: TEIXEIRA, P.; VALLE, S. (orgs.). **Biossegurança: uma abordagem multidisciplinar**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996. p. 239-256.

OLIVEIRA, M.G. de; MAKARON, R.E; MORRONE, L.C. Aspectos epidemiológicos dos AT num hospital geral. **Rev. Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v.10, n.40, p.26-30, 1982.

OLIVEIRA, S.G. de O. **Proteção jurídica à saúde do trabalhador**. São Paulo: Editora LTr, 1996.

OLIVEIRA, S.G. de O. **A saúde não pode naufragar: proteção jurídica à saúde do trabalhador**. Porto Alegre, 1997. [mimeo].

PADOVEZE, M.C. et al. Acidentes de trabalho por material pérfuro-cortante em hospital universitário. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 42., Natal (RN), **Resumos**. 1988.

PEREIRA, E. P.; SILVA, L.D. Riscos físicos e o trabalhador da saúde intensivista. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 50., Bahia, 1998. **Poster**, p. 326.

PEREIRA, M.G. **Epidemiologia**: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.

PICALUGA, I.F. Saúde e trabalho. In: **Saúde e trabalho no Brasil**. Petrópolis: Ibase, 1982. p.37-42.

PINTO, C.G. et al. Estudo de casos de acidentes pérfuro-cortantes e outras exposições ocupacionais a sangue e secreções corporais entre os trabalhadores de saúde do Hospital Militar Odilon Behrens. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CONTROLE DE INFECÇÃO E EPIDEMIOLOGIA HOSPITALAR, 5., Rio de Janeiro, 1996, **Anais**. ABPCIEH. p. 126. [Resumo 321].

PINTO, R.B.; SILVA, A.L. Infecção ocupacional acidental por HIV entre profissionais de saúde: uma visão atual. **Rev. Brasileira de Medicina**, v.50, n.8, p.956-970, 1993.

PIRES, D. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. [S.l.]: Annablume, 1998.

POWELL, P. et al. **2000 Accidents. A shop floor study of their causes based on 42 month's continuous observation**. London: National Institute of Industrial Psychology, 1971. [Report n. 21].

RIBEIRO, H.P. O número de acidentes de trabalho no Brasil continua caindo: sonhegação ou realidade. **SOS – Rev. da Assoc. Brasileira para Prevenção de Acidentes**, São Paulo, ano XXIX CORESP, p.14-21, mar./abr.1994.

ROBAZZI, M.L.C. et al. Serviço de enfermagem: um estudo sobre os absenteísmo. **Rev Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v.18, n.69, p.65-70, jan./fev./mar. 1990.

ROBERTSON, L.S. **Injury epidemiology**. New York: Oxoford University Press, 1992.

ROWE, P.M.; GIUFFRE, M. Evaluating needlestick injuries in nursing personel. **AOHNJ**, v.39, n.11, p.503-507, 1991.

SAARI, J. Accident epidemiology. In: KARVONEN, M.; MIKHEEV, M.I. **Epidemiology of occupational health**. Copenhagen: OMS, 1986.

SANTA CATARINA. Lei 6.745, de 28 de dezembro de 1985. Dispõe sobre o Estatuto dos Funcionários Públicos Civis de SC, Secretaria de Estado da Administração. Atualizado, Florianópolis, 1987. p.13, 17.

\_\_\_\_\_. Decreto n. 1.456, de 23 de dezembro de 1996. Dispõe sobre a assistência aos servidores públicos estaduais, em decorrência de acidentes em serviço e doença profissional, nos órgãos da administração direta, autarquias e fundações do Poder Executivo. **Diário Oficial do Estado**, Florianópolis, n. 15.581, 23 de dez. 1996.

\_\_\_\_\_. Lei Complementar n. 081, de 10 de março de 1993. Estabelece Diretrizes para a Elaboração, Implantação e Administração do Plano de Cargos e Vencimentos do Pessoal Civil da Administração Direta, Autarquias e Fundações do Poder Executivo e dá outras providências. Secretaria de Estado da Administração. **Legislação Estadual**. Florianópolis: SEA, 1996. p. 118-181.

\_\_\_\_\_. Superintendência Regional do INSS/SC. Acidentes de trabalho registrados pelos trabalhadores da área da saúde em SC, 1997. [Relatório preliminar não-publicado].

\_\_\_\_\_. Gerência de Saúde do Servidor/SEA. Acidentes de trabalho em cinco hospitais da Grande Florianópolis, com profissionais da área de saúde, 1998. [Estudo não-publicado].

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano Estadual de Saúde**. Florianópolis: IOESC, 1998.

SANTOS, W.D.F. et al. Acidentes típicos de trabalho em pessoal de enfermagem: fatores associados. **Rev. Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v.17, n.68, p.38-42, 1989.

SELLICK JÚNIOR, J.A.; HAZAMY, P.A.; MYLOTTE, J.M. Occupational needlestick injuries: educational program and mechanical opening needle disposal boxes. **Today's OR Nurse**, v.14, n.4, p.19-25, 1992.

SILVA, A. Acidentes de trabalho na unidade de centro de material. **Rev. SOBECC**, São Paulo, v.4, n.2, p.20-25, abr./jun. 1999.

SILVA, V.E.F. da; KUREGANT, P. A saúde dos trabalhadores de enfermagem e os acidentes de trabalho. **SOS – Rev. da Assoc. Brasileira para Prevenção de Acidentes**, São Paulo, p.21-29, mai./jun. 1993.

SILVA, V.E.F. da. **Estudo sobre AT ocorridos com trabalhadores de enfermagem de um hospital de ensino**. São Paulo, 1988. 176 p. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

\_\_\_\_\_. **O desgaste do trabalhador de enfermagem**: estudo da relação trabalho de enfermagem e saúde do trabalhador. São Paulo, 1996. 289 p. Tese [Doutorado em enfermagem] – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

SOUZA, M.; VIANNA, L.A.C. Incidência do AT relacionada com a não utilização das precauções universais. **Rev. Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.46, n.3/4, p.234-244, 1993.

SOUZA, M. **Conhecimento e aplicação das precauções universais pelos elementos da equipe de enfermagem de um hospital governamental**. São Paulo, 1994. 105 f. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] – Departamento de Enfermagem, Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo.

\_\_\_\_\_. **Acidentes ocupacionais e situação de risco para a equipe de enfermagem: um estudo em cinco hospitais do município de São Paulo**. 1999. 163 p. Tese [Doutorado em Enfermagem] – Departamento de Enfermagem – Escola Paulista de São Paulo, Universidade Federal de São Paulo.

\_\_\_\_\_. Acidentes ocupacionais na equipe de enfermagem: um estudo em cinco hospitais do município de São Paulo. **Jornal Brasileiro de AIDS**, v.1, n.2, jan./fev./mar. 2000.

SUBERO, R.C.; FERNANDEZ, F.C.; CASTIEL, J.F. A Acidentabilidade laboral em um hospital geral. **Rev. Brasileira para o Desenvolvimento da Saúde Ocupacional**, [s.l.], v.1, n.3, p.176-181, 1987.

TRIOLO, P.K. Occupational health hazards of hospital staff nurses: part II. **AAOHNJ**, v.37, n.7, p.274-279, 1989.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ. Normas para apresentação de documentos científicos – **Referências**. Curitiba: Ed. UFPR, 2000.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Redação e editoração**. Curitiba: Ed. UFPR, 2000.

VIEIRA, S.I. **Acidentes de trabalho e em serviço, doença profissional e do trabalho**. 6. ed. rev. e ampl. Florianópolis: ACMT, 1997.

WAKAMATSU, C.T. et al. Riscos de insalubridade para o pessoal de hospital. **Rev. Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v.14, n.53, p.52-60, 1986.

WILKINSON, W.E. et al. Occupational injuries a study of health care workers at a northwestern health science center and teaching hospital. **AAOHNJ**, v.40, n.6, p.287-293, 1993.

WÜNSCH FILHO, V. Variações na morbimortalidade dos trabalhadores. In: MONTEIRO, C.A. (org.). **Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do país e de suas doenças**. São Paulo: HUCITEC/NUPENS/USP, 1995. p.289-330.

YASSI, A.; MACGILL, M. Determinants of blood and body fluid exposure in a large teaching hospital: hazards of the intermittent intravenous procedure. **Rev. de Informações Interdisciplinares em AIDS – REAIDS**, São Paulo, v.1, p.19, abr./maio/jun. 1992.

YOSHIDA, C.F.T. Hepatite B como doença ocupacional. In: TEIXEIRA, P.; VALLE, S. (orgs.). **Biossegurança: uma abordagem multidisciplinar**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996. p. 257-272.

ZURITA, I.E.O. Segurança do trabalho em ambientes hospitalares. **Rev. CIPA**, [São Paulo], p.21-31, 1992.

## **ANEXOS**

ANEXO 1 - CEAT

ESTADO DE SANTA CATARINA  
 SECRETARIA ESTADUAL DE ADMINISTRAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS  
 CIRCUNSCRIÇÃO ESTADUAL DE ACIDENTE DO TRABALHO - CEAT  
 DIRETORIAL DE RECURSOS HUMANOS  
 DADOS DO ÓRGÃO

Cod. Nome do Órgão

---

DADOS DO SERVIDOR

Matricula Nome

Endereço residencial Fone residencial

Descrição do Cargo Nome da Lotação

Dt. Nascimento Sexo Est. Civil Dependentes Grau Instrução

Dt. Admissão Horário de trabalho Horas de trabalho semanais  
 Nacional Desportivo

Atividade que exercia Setor

Assinatura do servidor  
 Data

---

DADOS DO ACIDENTE

Descrição do acidente

Endereço do acidente Município

Houve registro policial? Tipo  
 1 = Legít. Penal 2 = Tipico, 3 = Bateria

Dt. Ocorrência Hora/Dia Ocorreu após algumas horas de trabalho?

Qual o local onde ocorreu o A.T? Índice

Qual tarefa estava sendo executada? Código



Qual o agente causador do AT? ..... Código: | | | | |

Qual(is) parte(s) do corpo atingida(s)? ..... Código: | | | | |

Qual o objeto ou a fonte causadora das lesões? ..... Código: | | | | |

Qual a natureza das lesões? ..... Código: | | | | |

Assinatura Setorial de Recursos Humanos

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

LAUDO MEDICO

Diagnostico provavel / Descricao das lesoes: .....

Condiçoes patologicas pre-existentes .....

Duracao provavel de tratamento: \_\_\_\_ dias. Duracao provavel provavel de trabalho: \_\_\_\_ dias. CID: | | | | |

Avaliacao Inicial da gravidade do acidente:

1 - Acidente leve, com lesao sem perda funcional da parte do corpo.

2 - Acidente moderado, com lesao onde ha perda funcional da parte do corpo atingida, que permita retorno ao trabalho.

3 - Acidente grave com lesao onde ha perda funcional a ser posteriormente avaliada quanto as consequencias.

4 - Obito.

Assinatura do medico assistente

CRM: \_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

EXCLUSAO DO AT

Classificado como AT? ..... Data e Assinatura

Sim | Não

Partes:

.....

.....

.....

PLSACER



ESTADO DE SANTA CATARINA  
SECRETARIA ESTADUAL DE ADMINISTRACAO DE RECURSOS HUMANOS

DECLARACAO DE OCORRENCIA DE ACIDENTE DE TRABALHO

Declaramos para os devidos fins que presenciamos o acidente de trabalho, ocorrido na presente data, com o(a) servidor(a) \_\_\_\_\_

Telemóvel: \_\_\_\_\_

Local \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

TESTEMUNHAS

Nome: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Fone: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Fone: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Fone: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

IECI - CAT

## **ANEXO 2 - PRECAUÇÕES BÁSICAS PARA OS PROFISSIONAIS DA SAÚDE, SEGUNDO MS**

As precauções são medidas preventivas adotadas com a finalidade de reduzir o número de AT por exposição ocupacional a material biológico como o sangue e outros fluidos corpóreos (exsudatos, secreção vaginal etc.) incluindo os cuidados necessários para o manuseio e descarte de material pérfuro-cortante contaminado ou não.

### **Os Equipamentos de Proteção Individual – EPIs**

Os EPIs são: luva, máscara, gorro, óculos de proteção, capote/avental/jaleco e bota. Atendem as seguintes indicações:

- Luva – utilizá-las sempre que houver possibilidade de contato com sangue, secreções e excreções, com mucosas ou com áreas de pele não íntegra (ferimentos, escaras, feridas cirúrgicas e outros);
- Máscara, gorro e óculos de proteção – durante a realização de procedimentos em que haja possibilidade de respingo de sangue e outros fluidos corpóreos, nas mucosas da boca, nariz e olhos do profissional;
- Capote/avental/jaleco – devem ser utilizados durante os procedimentos com possibilidade de contato com material biológico, inclusive em superfícies contaminadas;
- Botas – proteção dos pés em locais úmidos ou com quantidade significativa de material infectante (centros cirúrgicos, áreas de necrópsia e outros).

### **Cuidados com Materiais Pérfuro-cortantes**

Algumas recomendações específicas devem ser seguidas durante a realização de procedimentos que envolvam manipulação de objeto/material/instrumental pérfuro-cortante, quais sejam:

- Prestar máxima atenção durante a realização de qualquer procedimento;
- Seguir rigorosamente as normas técnicas para a realização de qualquer procedimento;

- Jamais utilizar os dedos como anteparo durante a realização de procedimentos que envolva material pérfuro-corante;
- Utilizar pinças para a retirada de agulhas (ocas ou não);
- As agulhas não devem ser reencapadas, entortadas, quebradas ou retiradas da seringa com as mãos;
- Não utilizar agulhas para fixar papéis e/ou outros fins;
- Todo material pérfuro-cortante (agulhas ocas ou não, *scalp*, lâminas de bisturi, vidrarias entre outros), mesmo que estéril, deve ser desprezado em recipientes resistentes à perfuração e com tampa;
- Os recipientes específicos para descarte de material não devem ser preenchidos acima do limite de 2/3 de sua capacidade total e devem ser colocados sempre próximos do local onde é realizado o procedimento
- Se ocorrer, durante a realização de algum procedimento, a queda de material pérfuro-cortante no piso, no leito ou em outro local, mesmo em caso de extravio do material, a busca deverá ser imediata, evitando-se AT envolvendo os profissionais responsáveis pela limpeza, lavanderia, rouparia entre outros;
- Promover a substituição dos materiais com defeitos ou imperfeições, visando diminuir a possibilidades de AT durante a lavagem, esterilização e empacotamento dos referidos materiais;
- Solicitar a ajuda de colega de turno para a realização de procedimentos invasivos em pacientes agitados, excepcionais ou crianças.

### **Cuidado com as Mãos**

- lavar as mãos com água e sabão, antes e após o atendimento de cada paciente;
- lavar as mãos imediatamente e intensamente após o contato com sangue, fluídos corpóreos, secreções, excreções e/ou objetos contaminados;
- lavar as mãos imediatamente após a retirada das luvas;

- quando o profissional apresentar lesão de pele, cobri-la bem com curativo impermeável e
- o uso das luvas não dispensa a lavagem das mãos antes e após contatos que envolvam mucosas e outros fluidos corpóreos.

### **Alguns Cuidados Básicos**

- lavagem das mãos, sempre e intensamente, após contato ou não com sangue, fluidos corporais, secreções, excreções, objetos contaminados, entre outros;
- cuidado na manipulação de equipamentos, para proteção da pele, mucosa e vestimenta do profissional, assim como evitar a contaminação de outros pacientes e ambientes;
- cuidado na manipulação de roupas não descartáveis, contaminadas com sangue, fluidos corporais, secreções e excreções e o seu transporte deve ser feito em carro fechado até a área suja da lavanderia;
- cuidado no transporte do paciente, limitando os deslocamentos e o transporte fora do quarto, exceto para finalidades essenciais.

### ANEXO 3 - RELAÇÃO DOS CARGOS DE PROVIMENTO EFETIVO POR GRUPO OCUPACIONAL

Lei Complementar n. 081, de 10 de março de 1993, estabelece diretrizes para a elaboração, implantação e administração do plano de cargos e vencimentos do pessoal civil da administração direta, autarquias e fundações do Poder Executivo e dá outras providências.

GRUPO OCUPACIONAL	CARGO
Ocupações de Nível Auxiliar – ONA	Agente de Serviços Gerais
Ocupação de Nível Administrativo e Operacional - ONO I	Artífice I Motorista Operador Portuário Agente em Atividades Administrativas Agente em Atividade de Creche Agente em Atividade de Engenharia Agente em Atividade de Fiscalização Agente em Atividades de Saúde
Ocupações de Nível Administrativo e Operacional – ONO II	Artífice II Operador Gráfico Operador Portuário II Operador de Equipamentos Técnico em Atividades Administrativas Técnico em Desenho Técnico em Informática Técnico em Segurança do Trabalho Instrutor Monitor Técnico em Atividades Agropecuárias Técnico em Atividades de Creche Técnico em Atividades de Engenharia Técnico em Atividades de Fiscalização Técnico em Atividades de Saúde Técnico em Contabilidade
Ocupações de Nível Superior – NOS	Analista Técnico Administrativo I Auditor Interno Administrador Analista em Informática Analista Técnico Administrativo II Arquiteto Assistente Social Bibliotecário Biólogo

	Bioquímico Cirurgião-dentista Contador Economista Engenheiro Enfermeiro Farmacêutico Fiscal Sanitarista Fisioterapeuta Fonoaudiólogo Jomalista Geólogo Médico Médico Veterinário Nutricionista Psicólogo Terapeuta Ocupacional Procurador Jurídico Pedagogo Advogado Geógrafo
Ocupações de Educação Especial – OEE	Professor
Ocupações de Fiscalização e Arrecadação – OFA	Escrivão de Exatoria Fiscal de Mercadorias em Trânsito Exator Fiscal de Tributos Estaduais

### **Categoria Funcional: Enfermeiro**

- . Desenvolve serviços de enfermagem, empregando processos de rotina e/ou específicos;
- . Conclusão do Curso Superior de Enfermagem, com registro no respectivo Conselho Regional.

### **Categoria Funcional: Médico**

- . Efetua exames médicos, emite diagnósticos, prescreve medicamentos e realiza outras formas de tratamento para diversos tipos de enfermidades;
- . Conclusão de Curso Superior de Medicina, com registro no respectivo Conselho Regional.

A Lei Complementar n. 093, de 08 de agosto de 1993, determina o enquadramento:

**Categoria Funcional: Agente em Atividades de Saúde II – AAS II**

- . Desenvolve atividades auxiliares na área dos serviços de saúde ligados à área técnica, laboratorial, sanitária e hospitalar em geral no apoio aos técnicos da saúde;
- . Conclusão do 1 grau;
- . Nas funções de: auxiliar de serviços hospitalares e assistenciais, auxiliar de laboratório, atendente de saúde pública, auxiliar de nutrição, agente auxiliar de saúde pública, auxiliar de enfermagem, auxiliar de serviços de obstetrícia, agente operacional de equipamento de saúde e auxiliar de serviços assistenciais.

A Lei Complementar n. 1.177, de 06 de dezembro de 1994 determina o enquadramento:

**Categoria Funcional: Agente de Serviços Gerais - ASG**

- . Executa trabalhos de natureza operacional, abrangendo serviços braçais de zeladoria e limpeza, copa, protocolo e vigilância;
- . Conclusão da Quarta série de Curso de 1 grau.
- . Na função de: agente de serviços gerais, agente de portaria, vigia, auxiliar de cozinha, auxiliar de serviços diversos, auxiliar de serviços gerais, copeiro, servente, lavadeira e vigilante.

**Categoria Funcional: Artífice II**

- . Abrange serviços especializados de natureza profissional nas áreas de manutenção, confecção, produção e operação de ferramentas e maquinário em geral;
- . Conclusão da quarta série do 1 grau e qualificação profissional ou experiência profissional mínima de 02 anos na área de atuação.
- . Na função de: além dos artífice I e artífice II, os cozinheiro, padeiro, costureiro e telefonistas.

**Categoria Funcional: Técnico em Atividades de Saúde – TAS**

- . Desenvolve serviços referentes à citotecnia, epidemiologia, saneamento, vigilância sanitária, serviços auxiliares de obstetrícia, serviços de enfermagem em geral, serviços



auxiliares de operação e manutenção de raio X, revelação radiográfica, execução de serviços de laboratório, serviços auxiliares de fisioterapia, serviços de massagens e prótese ortopédica;

. Conclusão de curso de 2 grau na área específica de atuação, caso houver, e registro no respectivo Conselho Regional;

. Na função de: técnico em atividade de saúde, técnico de enfermagem, téc. em laboratório, téc. em radiologia, téc. em prótese ortopédica, téc. auxiliar de reabilitação fisioterapia e massagista, operador em raio X e agente de saúde pública.

## **ANEXO 4 - AGRUPAMENTO DE SETORES AFINS**

### **Setores de Apoio Administrativo**

Processamento de roupas, Zeladoria, Transporte, Farmácia, Nutrição e dietética, Almoxarifado, Refeitório, Recepção, Secretaria geral, Protocolo, entre outros.

### **Setores de Atendimento ao Paciente Interno e Externo**

Emergência (interna e externa);

Internação ( Isolamento, UTI, Clínica Médica Fem. E Masc., Clínica Cirúrgica Fem. e Masc., Clín. Pediátrica, Clín. Obstétrica, Clín. Ginecológica, Pediatria (berçário, neonatologia, UTI pediátrica, emergência), Centro Cirúrgico, C. Obstétrico e Sala de Parto;

Especialidades (Medicina Nuclear, Med. Interna, Cardiologia, Pneumologia, Neurologia, Gastroenterologia, Hematologia, Endocrinologia, Ortopedia, Urologia, Proctologia, entre outros);

Ambulatório (Consult. Médico em especialidades, Consult. Odontológico, Consult. de Enfermagem, Peq. Cirurgias, Triagem, sala de curativo, sala de vacina, entre outros).

### **Setores de Apoio Técnico-Administrativo**

Laboratório de Análises Clínicas, Radiologia, Anatomia Patológica, Central de Material e Esterilização, Posto de Enfermagem, Sala de Coleta de Material para Exames, Sala de Leitura de Exames, entre outros.

**Outro**

**Ignorado**