

UNIVERSIDADE DO PORTO

FACULDADE DE MEDICINA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR

Matilde Delmina da Silva Martin

**ACIDENTES DE TRABALHO NAS INSTITUIÇÕES DE
SAÚDE DO DISTRITO DE BRAGANÇA E SUA ASSOCIAÇÃO
COM O ABSENTISMO LABORAL**

Bragança, 2002

UNIVERSIDADE DO PORTO

FACULDADE DE MEDICINA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR

Matilde Delmina da Silva Martins

**“Acidentes de Trabalho nas Instituições de Saúde do Distrito de
Bragança”**

Bragança, 2002

Trabalho premiado pela Comissão de Fomento
da Investigação em Cuidados de Saúde.
Ministério da Saúde P.I. n.º 67/01

RESUMO

O tipo de actividade profissional e as condições em que é desempenhada constituem dois factores determinantes do risco para a Saúde os trabalhadores. As últimas estatísticas do DRHS sobre acidentes de trabalho nas instituições de saúde, apontam para um aumento da incidência de acidentes e, conseqüentemente, para o aumento do absentismo laboral e dos encargos que lhe são inerentes.

Com o objectivo de obter elementos necessários a uma correcta análise dos acidentes de trabalho nas instituições de saúde do distrito de Bragança, no período de 1996 a 2001, nomeadamente identificação das características do acidentado e do próprio acidente, desenhamos um estudo retrospectivo, a partir da análise dos registos dos inquéritos sobre acidentes de trabalho do DRHS, referente a 223 trabalhadores.

Os resultados revelaram um aumento progressivo da incidência dos acidentes de trabalho. O grupo profissional responsável pelo maior número de acidentes foi o dos enfermeiros (45,3%), o grupo etário mais acidentado foi entre os 45-49 anos, relativamente ao tempo de serviço, o maior número de acidentes aconteceu em pessoas com mais de 10 anos de serviço (64,12%), e a principal causa de acidente foi a picada de agulha (36,3%). Os factores que contribuíram significativamente ($p < 0,000$) para acidente com baixa, influenciando a média de dias perdidos, foram a idade superior a 45 anos, o baixo nível habilitacional, o desempenhar tarefa em horário fixo, os acidentes por quedas e as lesões musculoesqueléticas.

Os *Odds Ratios* e respectivos IC a 95% demonstraram que os trabalhadores com lesões musculoesqueléticas apresentam um risco maior de ter acidente com baixa (OR=18,113; IC=7,786-42,135). O possuir habilitações superiores ao 12º ano e o praticar horário por turnos revelaram-se como factores protectores (OR=0,325 e OR=0,451 respectivamente).

ABSTRACT

The activity professional type and the conditions under which it is performed constitute two factors that determine the hazards of workers health. The latest DRHS statistics on work-related accidents in institutions of health points towards an increase in number of accidents, and subsequently an increase work absenteeism and duties inherent to it.

Having as goal the gathering of necessary data in order to establish a correct analysis of work-related accidents in the institutions of health in the district of Bragança from 1996 to 2001, namely the characteristics not only of the victim but the accident itself, we drew a retrospective study, having as basis the data of inquiries recorded by the DRHS about work-related accidents, concerned with 223 workers sample.

The results showed a progressive increase in number of work-related accidents. The professional group responsible for the highest number of work-related accidents is nursing (45,3%), the age group relies between 45-49 years old, with more than 10 years of experience (64,12%), and the principal cause is pricked by needles (36,3%).

The factors that contributed significantly ($p < 0,000$) to work-related accidents that caused absenteeism and influenced the average of missing days from work is related with age higher than 45 year old, with low educational level, with fixed schedule, accidents involving falls and musculoskeletal lesions.

The *Odds Ratios* and respective C.I. at 95% showed that the workers with musculoskeletal lesions have a higher risk of being involved in accidents on work absent, (OR=18,113; C.I.=7,786-42,134). Having a higher education than the 12th grade and a rotative work schedule revealed themselves as protecting factors (OR=0,325 and OR=0,451 respectively).

SIGLAS

AAM - Auxiliares de Acção Médica

AES - Acidente de Exposição a Sangue

BO - Bloco Operatório

CDC - Center for Disease Control and Prevention

CS - Centro de Saúde

DPI - Dispositivo de Protecção Individual

DRHS - Departamento de Recursos Humanos da Saúde

DETEFP/MTS - Departamento de Estatística do Trabalho Emprego e Formação Profissional/Ministério do Trabalho e Solidariedade

DETEFP - Departamento de Estatística do Trabalho Emprego e Formação Profissional

DL - Decreto-lei

EU - União Europeia

EUA - Estados Unidos da América

HDB - Hospital Distrital de Bragança

HDMC - Hospital Distrital de Macedo de Cavaleiros

HDM - Hospital Distrital de Mirandela

IDICT - Instituto de Desenvolvimento e Inspeção das Condições de Trabalho

IC - Intervalo de Confiança

INE - Instituto de Estatística Nacional

OMS - Organização Mundial de Saúde

PIB - Produto Interno Bruto

SHST - Saúde Higiene e Segurança no Trabalho

SIDA - Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

SPSS - *Statistical Package for Social Sciences*

SU - Serviço de Urgência

UCI - Unidade de Cuidados Intensivos

VHI - Vírus da Imunodeficiência Adquirida

AGRADECIMENTOS

À Senhora Professora Doutora Olga Mayan, orientadora deste trabalho, pela disponibilidade pessoal e científica e permanente apoio.

Aos Presidentes dos Conselhos de Administração, aos Senhores Enfermeiros/as Directores/as e à Coordenadora da Sub-região de Saúde, pela receptividade do assunto e disponibilidade de toda a informação necessária para a realização deste estudo.

Aos chefes dos serviços de pessoal e a outras pessoas destas instituições que disponibilizaram o seu tempo para me ajudar na recolha de informação.

À Augusta Mata por todo o apoio, colaboração, estímulo e solidariedade.

A todos aqueles que nos momentos mais difíceis souberam dar um incentivo, em especial à Sissi.

Aos meus pais e irmãos pela paciência, compreensão, carinho e essencialmente pelos momentos em que estive ausente.

Ao Norberto por tudo.

SUMÁRIO

	Página
PARTE I	12
1 – INTRODUÇÃO	12
1.1 – SAÚDE OCUPACIONAL	14
1.2 – PRINCIPAIS RISCOS OCUPACIONAIS PARA OS TRBALHADORES DAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE	18
1.3 – ACIDENTES DE TRABALHO	28
1.3.1 – Regime Jurídico dos Acidentes de Trabalho	28
1.3.2 - Participação dos Acidentes de Trabalho	32
1.3.3 - Estatísticas dos Acidentes de Trabalho	33
1.4- CUSTOS DOS ACIDENTES DE TRABALHO	35
PARTE II	37
2 – MATERIAIS E MÉTODOS	37
3 – RESULTADOS	42
4 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	77
5 – CONCLUSÕES	88
6 – BIBLIOGRAFIA	91
ANEXOS	100
ANEXO A – Autorizações dos Presidentes dos Conselhos de Administração das Instituições de Saúde do Distrito de Bragança	101
ANEXO B – Instrumento de colheita de dados	102
ANEXO C – Critérios para agrupamento das variáveis	103

INDICE DE TABELAS

	Página
Tabela 1 - Distribuição dos acidentes por ano e instituição	42
Tabela 2 - Distribuição dos acidentes por grupos profissionais e tipo de lesão	43
Tabela 3 - Distribuição dos acidentes por tempo de serviço e relação jurídica com o emprego	44
Tabela 4 - Distribuição dos acidentes por tipo de horário e nível habilitacional	45
Tabela 5 - Distribuição dos acidentes por sexo e grupo etário	46
Tabela 6 - Distribuição dos acidentes por local	47
Tabela 7 - Hora de ocorrência dos acidentes	47
Tabela 8 - Distribuição dos acidentes por mês	48
Tabela 9 - Distribuição dos acidentes por dia da semana	48
Tabela 10 - Distribuição dos acidentes por número de horas cumpridas até ao momento do acidente e dia do acidente face ao último dia de descanso semanal	49
Tabela 11 - Local de prestação de primeiros socorro	50
Tabela 12 - Distribuição dos acidentes por acção que conduziu à lesão	50
Tabela 13 - Relação entre a acção que conduziu à lesão e o grupo profissional	51
Tabela 14 - Agente de lesão	52
Tabela 15 - Distribuição dos acidentes segundo o tipo de lesão e a parte do corpo atingida	53
Tabela 16 - Tipo de incapacidade provocada pelos acidentes	53
Tabela 17 - Número de dias de trabalho perdidos por acidente com baixa	54

Tabela 18 - Realização de marcadores víricos após acidente por picada de agulha	55
Tabela 19 - Utilização de DPI nos acidentes por picada de agulha	55
Tabela 20 - Actividades relacionadas com o acidente	56
Tabela 21 - Encargos com os acidentes de trabalho 1996-2001	57
Tabela 22 - Relação entre ausências e instituição	58
Tabela 23 - Relação entre ausências e grupo profissional	58
Tabela 24 - Relação entre ausências e nível habilitacional	59
Tabela 25 - Associação entre ausências e tipo de horário	59
Tabela 26 - Relação entre ausências e a idade	60
Tabela 27 - Relação entre ausências e local de ocorrência do acidente	60
Tabela 28 - Relação entre ausências e hora em que ocorreu o acidente	61
Tabela 29 - Associação entre ausências e acção que conduziu à lesão	61
Tabela 30 - Relação entre o agente de lesão e ausências	62
Tabela 31 - Relação entre o tipo de lesão e ausências	63
Tabela 32 - Relação entre ausências e a parte do corpo atingida	63
Tabela 33 - Influência da instituição sobre o número de dias perdidos	72
Tabela 34 - Influência dos grupos profissionais sobre o número de dias perdidos	73
Tabela 35 - Influência do agente de lesão no número de dias perdidos	74
Tabela 36 - Influência do tipo de lesão no número de dias perdidos	74

INDICE DE GRÁFICOS E QUADROS

	Página
Gráfico 1 - Ausências ao trabalho após acidente	54
Quadro I - Distribuição dos acidentes de trabalho pelas instituições de saúde	38
Quadro 2 - Relação entre as ausências e outras variáveis	64
Quadro 3 - Magnitude das correlações entre as variáveis	68
Quadro 4 - Comparação da média de dias perdidos com a idade	69
Quadro 5 - Comparação da média de dias perdidos com a modalidade de horário praticado	70
Quadro 6 - Comparação entre a média de dias perdidos e as habilitações literárias	70
Quadro 7 - Influência do sexo sobre a mediana de dias de trabalho perdidos	71
Quadro 8 - Influência da relação jurídica de emprego na mediana dias de trabalho perdidos	71
Quadro 9 - Influência do tempo de serviço na mediana de dias de trabalho perdidos	72
Quadro 10 - Avaliação dos factores que mais contribuem para aumentar o risco de ter acidente com baixa	75

PARTE I

1 – INTRODUÇÃO

As preocupações crescentes por parte das diferentes sociedades, nomeadamente na União Europeia (EU), com a Saúde Higiene e Segurança no Trabalho (SHST), estão patentes através da produção de um vasto conjunto de directivas. Estas directivas, com introdução obrigatória nos países membros, criaram o enquadramento legal desta área em Portugal. É de referir o Decreto-lei (DL) 441/91 de 14 de Novembro, que estabelece o regime jurídico do enquadramento da SHST e explicitamente obriga as entidades públicas e privadas à prevenção de riscos profissionais. No que diz respeito aos acidentes de trabalho, a Lei 100/97 de 13 de Setembro aprova o novo regime dos acidentes de trabalho e doenças profissionais, sendo adaptada às especificidades da função pública através do DL 503/99 de 20 de Agosto.

No entanto, Portugal embora disponha de enquadramento legal para prevenção de riscos profissionais continua a apresentar elevadas taxas de sinistralidade laboral. Segundo informação do Departamento de Estatística do Trabalho Emprego e Formação Profissional, Ministério do Trabalho e Solidariedade (DETEFP/MTS), no ano de 1999, ocorreram 212177 acidentes de trabalho notificados, dos quais 236 foram mortais. De realçar que estas estatísticas são baseadas nas participações ao DETEFP pelas entidades seguradoras, não incluindo toda a população activa, nomeadamente a administração pública, sector primário e profissionais liberais. – DETEFP/MTS, (2001)

Também nas instituições dependentes do Ministério da Saúde a sinistralidade laboral é uma realidade. Os últimos dados

publicados em Fevereiro de 2001, pelo Departamento de Recursos Humanos da Saúde (DRHS), apontam para um aumento do número de acidentes de trabalho registados desde 1991, não só em valores absolutos mas também em valores globais de incidência, tendo-se registado, em 1999 um total de 3693 ocorrências e uma taxa de incidência de 31,27%. Do total de acidentes em 1999, 29,08% resultaram em incapacidades temporárias e 3,82% em incapacidades permanentes, ascendendo a 48007 o número de dias perdidos.

Os dados referidos traçam-nos um quadro preocupante que exige medidas preventivas conducentes à redução do número de acidentes e conseqüentemente à redução dos custos sociais e económicos ocasionados. Prevenir é mais vantajoso. –SANTOS, (1996).

O absentismo, o tempo perdido pelos outros trabalhadores, que não o acidentado, e as demais conseqüências negativas resultantes de um acidente de trabalho, ocasionam gastos superiores aos de prevenção desses acidentes. – RIBEIRO, (1997)

No entanto, a adopção de medidas preventivas exige o conhecimento real e actualizado da situação, ou seja, em que situação ocorrem os acidentes de trabalho, as suas causas e/ou factores que os favorecem, bem como quais os acidentes que mais contribuem para o absentismo laboral, no sentido de se encontrarem medidas mais adequadas para a sua eliminação e/ou redução.

Enquanto profissionais de saúde de uma instituição hospitalar (Hospital Distrital de Bragança), tendo verificado a inexistência de estudos sobre a análise dos acidentes de trabalho nas instituições de saúde no distrito de Bragança, optamos por tratar este assunto que nos parece pertinente e com o qual todos nos devemos preocupar.

Com este trabalho pretendemos **analisar a relação entre acidentes de trabalho e absentismo laboral nas instituições de saúde do distrito de Bragança.**

Temos como objectivos específicos:

- Analisar os acidentes de trabalho ocorridos entre 1996-2001 nas Instituições de Saúde do Distrito de Bragança, identificando características do acidentado e do próprio acidente;
- Identificar factores que contribuíram para absentismo laboral após acidente de trabalho.
- Analisar os principais factores de risco para ocorrência de acidente de trabalho com baixa.
- Estudar medidas para eliminar/reduzir os acidentes de trabalho em instituições de saúde.

1.1 – SAÚDE OCUPACIONAL

O trabalho é considerado pela maioria das pessoas como uma parte essencial da sua experiência de vida. A maior parte dos indivíduos em idade activa despendem cerca de 1/3 do dia e da sua vida no ambiente de trabalho e, muitas vezes, aquilo que desenvolvem é considerado como fazendo parte da sua identidade pessoal. – KAHAN referido por ROGERS (1997) e MATA (1999)

A saúde e a integridade física do Homem é universalmente reconhecida como o bem humano de maior valor e a defesa da vida é essencial à sobrevivência e ao equilíbrio social. Segundo DURÃO, (1999) o trabalho contribui para dignificar a vida e satisfazer as necessidades individuais e da sociedade. O trabalho

afecta a saúde do ser humano, pelo que surgiu a necessidade de organizar serviços de Saúde Ocupacional (SO). A SO preocupa-se com os efeitos positivos e negativos que o trabalho tem sobre a saúde e também com os efeitos que a saúde das pessoas, e as suas alterações, podem ter na capacidade de trabalho. – GRAHAM citado por ROGERS (1997).

Os objectivos da SO definidos pela OMS 1992 são:

- Promover e manter a saúde, atingindo o mais elevado nível de bem estar físico, mental e social;
- Prevenir, identificar, eliminar e controlar os factores de risco e melhorar as condições de trabalho;
- Proteger colectiva e individualmente e desenvolver os meios de protecção contra agentes nocivos e outros riscos;
- Manter a compatibilidade entre o trabalho e o trabalhador, promovendo a colocação selectiva e manutenção do equipamento entre as exigências das funções e as características dos trabalhadores;
- Criar condições ergonómicas, adaptar o ambiente e técnicas de trabalho aos trabalhadores e cada um destes ao seu trabalho.

A estes objectivos gerais, de acordo DURÃO, (1999), correspondem objectivos específicos da promoção da saúde no trabalho, da segurança e higiene e outras ciências e técnicas que contribuem para a saúde dos profissionais de saúde, como a organização do trabalho e a informação dos trabalhadores. Informação essa a que os trabalhadores têm direito conforme preconizado no Artigo 9º do DL 441/91 de 14 de Novembro.

Pilares indispensáveis para o desenvolvimento sustentável, *Trabalho e Saúde*, articulados representam a área de estudo e aplicação prática da SHST. É função dos serviços de SHST desenvolver acções para cumprir os objectivos da SO. Preconiza-se que todos os locais de trabalho, adquiram condições de

Higiene, Saúde e Segurança, promovendo para e com os trabalhadores um ambiente salutogénico. Tal só é possível após o conhecimento dos riscos associados à profissão. Assim, os aspectos relativos à prevenção de acidentes de trabalho e doenças profissionais devem ser tidos em conta a partir do momento em que se promove o planeamento de uma empresa. – MATA (1999), MIGUEL (2000)

Na sequência do DL anteriormente referido, surge a obrigatoriedade de organizar serviços de SHST. As instituições de saúde, estando capacitadas com recursos técnicos e humanos na área da saúde, ainda investem muito pouco na SO, mesmo sendo obrigatório por lei, (DL 488/99, de 17 de Novembro) a maioria das instituições de saúde não têm organizados serviços de SHST. Esta preocupação é sentida pela UE que em 1998 designou cinco sectores prioritários no âmbito da SHST, entre eles as instituições de saúde.

O DL 109/2000, de 30 de Junho, estabelece o regime de organização e funcionamento das actividades de SHST, previstas nos Artigos 13º e 23º do DL 441/91, de 14 de Novembro. Este faz impender sobre as entidades empregadoras a responsabilidade pela organização de tais actividades, de forma a abranger todos os trabalhadores que nelas prestam serviços.

O Artigo 4º do referido DL estabelece três modalidades de organização dos serviços de SHST:

- **Serviços internos/próprios** – obrigatório em empresas com 400 trabalhadores ou empresas com 50 trabalhadores e que exerçam actividades de risco elevado, tais como: exposição a radiações ionizantes, a produtos cancerígenos, mutagénicos, agentes biológicos de grau 3 ou 4, entre outros;

- **Serviços interempresas/comuns** – serviços criados por várias empresas ou estabelecimentos, tendo em vista a sua utilização comum;
- **Serviços externos** – serviços contratados pela empresa a outras entidades.

O Artigo 15º do Capítulo III do DL 109/2000, p.2844, define os objectivos dos serviços de SHST, que são:

- *“Estabelecer e manter as condições de trabalho que assegurem a integridade física e mental dos trabalhadores;*
- *Desenvolver condições técnicas que assegurem a aplicação das medidas preventivas;*
- *Desenvolver condições e meios que assegurem a informação e formação dos trabalhadores, bem como permitam a sua participação”.*

De acordo com o DL anteriormente referido um Serviço de Higiene e Segurança terá as seguintes actividades:

- Informação técnica, na fase de projecto e de execução, sobre as medidas de prevenção relativas às instalações, locais, equipamentos e processos de trabalho;
- Identificação e avaliação dos riscos para a segurança e saúde nos locais de trabalho e controlo periódico dos riscos resultantes da exposição a agentes químicos, físicos e biológicos;
- Planeamento da prevenção, integrando a todos os níveis e para o conjunto das actividades das empresas, a avaliação dos riscos e as respectivas medidas de prevenção;
- Elaboração de um programa de riscos profissionais;
- Promoção e vigilância da saúde, bem como a organização e manutenção dos registos clínicos e outros elementos informativos relativos a cada trabalhador;
- Informação e formação sobre os riscos para a segurança e saúde, bem como sobre medidas de protecção e prevenção;

- Organização dos meios destinados à prevenção e protecção colectiva e individual, e coordenação das medidas a adoptar em caso de perigo grave iminente;
- Afixação de sinalização de segurança nos locais de trabalho;
- Análise dos acidentes de trabalho e das doenças profissionais;

Para GRAÇA e FARIA, (1993) a existência de boas condições de SHST está associada à criatividade, motivação, qualificação, bem estar físico e psíquico e, conseqüentemente à redução das doenças e dos acidentes de trabalho, maior produtividade, menor absentismo e menor *turnover*.

1.2 – PRINCIPAIS RISCOS OCUPACIONAIS PARA OS TRABALHADORES DAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE

O risco está presente em todos os contextos de trabalho. Segundo CABETE, (2000) entende-se por risco a probabilidade de factores físicos, químicos, biológicos, psicológicos e ergonómicos, poderem afectar a saúde e integridade física do Homem.

Para UVA e FARIA, (1992) os riscos para a saúde relacionados com o trabalho variam consoante o tipo de actividade profissional mas dependem acima de tudo das condições em que se verifica o desempenho dessa mesma actividade. Os serviços de saúde, constituem “empresas” peculiares, concebidas em função das necessidades dos utentes, dotadas de sistemas técnicos e organizacionais muito próprios proporcionando aos seus trabalhadores, sejam eles ou não técnicos de saúde, condições de trabalho muitas vezes precárias e piores do que as verificadas em muitos outros sectores de actividades.

É interessante relembrar que já em 1700, Bernardini Ramazzine, hoje designado como o “pai” da Medicina do Trabalho, não tendo considerado globalmente todos os factores de risco das doenças profissionais e dos acidentes de trabalho mais frequentes nos hospitais, não deixou de mostrar, no seu “Tratado das Doenças dos Artesãos”, os riscos a que estavam expostos os profissionais da saúde, referindo-se aos cirurgiões, analistas, farmacêuticos e às parteiras. - ROGERS (1997)

GESTAL-OTERO, (1993) e ROGERS, (1997) debruçaram-se sobre os riscos profissionais e classificaram-nos em físicos, ergonómicos, químicos, biológicos e psicossociais. É com base nesta classificação que iremos abordar alguns aspectos relativos aos riscos ocupacionais dos trabalhadores das instituições de saúde.

Risco Físico/Ergonómico

De acordo com UVA e FARIA, (1992) e ROGERS, (1997), referidos por FERREIRA, (2001) os riscos de acidentes **físicos** estão relacionados com agentes existentes no ambiente de trabalho, nomeadamente radiações ionizantes, condições térmicas, de iluminação, ruído e electricidade, que podem provocar lesões dos tecidos com efeitos negativos para a saúde. Os riscos de acidentes **ergonómicos** englobam um vasto conjunto de situações tais como: movimentar, posicionar, elevar e transportar doentes e/ou equipamento. A adopção de posturas inadequadas, o permanecer longos períodos de pé, o uso de equipamento ou dispositivos de elevação pouco seguros ou inadequados, chão escorregadio, deficiências no posto de trabalho, são causa real ou potencial de acidentes de trabalho ou doenças profissionais.

O risco de exposição a radiações ionizantes está bem caracterizado e por isso é aquele para o qual as unidades de

saúde têm estabelecidas maiores medidas preventivas nos serviços de imagiologia. Por isso o maior risco de exposição não ocorrerá nestes serviços, mas sim em outros sectores hospitalares ou em pequenas clínicas e consultórios, nomeadamente no desempenho de actividades de radioscopia e de utilização de Rx para vigilância de situações do foro ortopédico, detecção de corpos estranhos, ou ainda, introdução de cateteres.

UVA e FARIA, (1992) referem como efeitos negativos para a saúde, decorrentes da exposição às radiações ionizantes, as anemias trombocitopénicas, conjuntivites, queratinites, cataratas, leucemias e outras neoplasias com diversas localizações.

Para CABETE (2000), um outro aspecto descorado diz respeito à quantidade e qualidade de iluminação indispensável para o adequado desempenho das actividades e para a segurança dos trabalhadores e dos utentes. Uma iluminação deficiente não só conduzirá a quedas e outros acidentes, como originará cefaleias e cansaço visual. O excesso de luz artificial, que é utilizado em muitos serviços hospitalares, tais como Blocos Operatórios (BO), Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), Neonatologia, entre outros, também é factor etiológico de alergias ou cancro da pele.

O ambiente das instituições de saúde comporta um conjunto de verdadeiros microclimas, não só nas enfermarias, mas, e fundamentalmente, no BO, neonatologia, esterilização, cozinha e lavandaria. As temperaturas variam de gradientes altos a baixos mediante os serviços, o que provoca desconforto nos trabalhadores, muitas vezes associadas a condições de ventilação inadequada, levando os profissionais a desenvolver problemas respiratórios.

CRUZ, (1999) refere que a temperatura ideal deve ser de 22° C e a humidade relativa deve estar compreendida entre 45% e 55%. No entanto, o que se verifica geralmente são temperaturas acima dos 25°C ou abaixo dos 18°C. Num estudo efectuado por

BLANPAIN e ESTRYN-BÉHAR, (1990) referido por CRUZ, (1999), foram efectuadas avaliações da temperatura do ambiente de trabalho em 6 serviços de prestação de cuidados, os resultados revelaram que às 14.30 horas a temperatura ultrapassava os 24°C em 9 avaliações das 19 realizadas. A humidade de 5 serviços era inferior a 45% em 4 enfermarias de 5 serviços climatizados. Em dois casos era inferior a 35%.

No meio hospitalar existem numerosos equipamentos eléctricos, e um sem número de líquidos e gases inflamáveis que podem provocar incêndio e explosão. Por vezes as saídas de emergência estão obstruídas, os extintores são raros e muitos encontram-se fora de prazo. Tais circunstâncias aliadas às características peculiares do trabalho em meio hospitalar constituem factores de agravamento do risco de acidente eléctrico ou risco de incêndio a que estão expostos todos os trabalhadores, mas principalmente os responsáveis pelas tarefas de instalação e manutenção. – CABETE, (2000)

Todos os dias os trabalhadores das instituições de saúde manipulam equipamentos, mobilizam e transportam doentes, expondo-se a uma sobrecarga física e a um risco físico constante. Os enfermeiros frequentemente têm de mobilizar ou levantar doentes com uma média de peso de 70 Kg e muitos deles com 100 Kg ou mais, para os ajudar nas actividades de vida diária, por vezes em espaços exíguos, obrigando-os a estar em pé por longos períodos, o que aumenta a penalidade do trabalho. ROGERS e SALVAE, (1988) referidos por CABETE, (2000) afirmam que as lesões decorrentes do levantamento constante de pesos podem deixar incapacidade permanente nos trabalhadores, a frequência e a repetição das tarefas trazem danos cumulativos e irreversíveis. A probabilidade de sofrer lesão muscular ou osteo-articular na coluna é de 1 em cada 6 enfermeiros por ano.

RAMOS, (1997); FERREIRA e RODRIGUES, (1999) consideram a patologia osteo-articular como uma patologia muito frequente em trabalhadores da saúde, com uma prevalência de 35% a 52%, colocando a profissão de enfermagem muito próxima das tarefas industriais mais pesadas. ESTRYN-BÉHAR, (1997) realizou um estudo em 12 hospitais de Paris, envolvendo 1505 mulheres, onde constatou que a patologia osteo-articular é responsável por 29% dos dias de faltas ao trabalho e esteve presente em 62% dos casos de acidentes de trabalho que originaram faltas, sendo 1/3 desses acidentes provocados pela mobilização de doentes. Também SHEILA, (1996) realizou um estudo com base nas fichas de registos de acidentes de trabalho, entre 1989-1993, num hospital central, no qual verificou que, a seguir à picada de agulha, a segunda causa de acidentes de trabalho foram as quedas (22,3%) e a terceira causa foram as lombalgias, devido a esforços violentos na movimentação de doentes incapacitados ou por posturas incorrectas durante a realização de outras funções (16,6%).

Num inquérito realizado por CARAPINHEIRO, (1997) verificou que em 35,7% das situações, os espaços entre as camas é inferior a 75 cm. ESTRYN-BÉHAR, (1991) refere que o trabalho de enfermagem junto dos doentes é quase sempre realizado de pé, variando entre 16% até 4 horas a 56% mais de 6 horas. Refere ainda, que 40% das enfermeiras dizem manter posturas desconfortáveis durante a prestação de cuidados e um terço das enfermeiras refere a necessidade de se debruçarem mais de 10 vezes por hora.

As condições em que o trabalho se desenvolve são pois fundamentais para minimizar os riscos profissionais, melhorar e aumentar a qualidade do trabalho e promover a saúde dos trabalhadores.

Risco Químico

Nas instituições de saúde são manuseados inúmeros produtos químicos, tais como: desinfetantes, solventes, soluções de limpeza e um vasto e diversificado conjunto de medicamentos. A utilização destes compostos químicos pode desencadear efeitos irritantes, sensibilizantes, teratogénicos, mutagénicos ou inclusivamente cancerígenos. - LLUIS, (1998)

Alguns estudos apontam para que a exposição frequente e continuada a pequenas doses de gases anestésicos está associada a inúmeros problemas de saúde reprodutiva, tanto no homem como na mulher. Para ROGERS e SALVAE, (1998) referidos por CABETE, (2000) dos riscos comprovadamente existentes salientam a diminuição da fertilidade, o aumento da taxa de abortos, o aumento de malformações congénitas, o aumento de morte fetal tardia e o aumento de cancro infantil. As mulheres que desempenham a sua actividade no BO, e principalmente as enfermeiras, as anestesistas e as cirurgiãs, têm o dobro de abortamentos espontâneos em relação à população em geral. UVA e FARIA, em 1992 refere que a exposição aos gases anestésicos acarreta ainda aparecimento de perturbações renais e hepáticas, com alteração no teor das transaminases e necrose hepática.

A exposição profissional aos citostáticos pode implicar prejuízos graves para a saúde, na medida em que se trata de substâncias potencialmente cancerígenas e que podem produzir efeitos mutagénicos e teratogénicos. Os efeitos tóxicos imediatos passam por náuseas, vómitos, cefaleias, *rash* cutâneo, epistaxis e irritações das mucosas e dos olhos. Muitas vezes este risco é potenciado pela falta de condições para preparação destes

farmacos, como por exemplo a inexistência de câmara de fluxo laminar na grande parte dos hospitais. CABETE, (2000)

O número de trabalhadores de instituições de saúde expostos à acção de produtos irritantes ou sensibilizantes da pele é muito elevado, abrangendo quase todos os profissionais, sectores e serviços, desde as enfermarias, farmácias, laboratórios, até às cozinhas e restantes serviços de apoio e manutenção. Recordemos, a título de exemplo, o caso da frequente sensibilização a diversos desinfectantes, e ainda ao látex das luvas cirúrgicas, por parte de cirurgiões e enfermeiros. UVA, (1997); ROBERT,(1997); CAXIEIRO (1997)

Os desinfectantes e esterilizantes de uso corrente nas instituições de saúde, possuem numerosas substâncias que podem ser responsáveis por efeitos graves para a saúde. O acto tão banal e tão necessário como a lavagem das mãos expõe os trabalhadores da saúde a uma série de produtos irritantes.

A consciencialização destes riscos é condição essencial para que os trabalhadores que manuseiam produtos químicos cumpram as regras de boas práticas de trabalho.

Risco Biológico/Infeccioso

É este o grupo clássico dos factores de risco de origem profissional nas instituições de saúde. Por serem frequentadas por uma população doente ou portadora de inúmeros microrganismos, são um risco permanente para os trabalhadores destas instituições, que além do contactam permanentemente com pessoas doentes, manipulam uma variedade de produtos biológicos, havendo por isso risco de infecção vírica, como é o

caso da hepatite, da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA), do citomegalovírus, da tuberculose, entre outros.

Para LOURENÇO, (2000) os profissionais de saúde, em virtude da sua actividade são um grupo de risco vulnerável à exposição aos agentes biológicos. As picadas acidentais constituem o principal meio de se contrair uma infecção viral. De referir que muitas vezes situações de urgência levam a saltar procedimentos de segurança e o medo da hepatite ou da SIDA aumentam o *stress* aumentando também o risco de acidente infeccioso. SHEILLA, em 1996, no estudo anteriormente referido, verificou que 41,9% dos acidentes de trabalho tiveram como causa a picada de agulha ou corte por objecto contundente, sendo esta a primeira causa de acidentes nos profissionais de saúde.

Actualmente, um dos principais problemas é a Hepatite A, B e C em que o risco de seroconversão após Acidente de Exposição ao Sangue (AES) é de 7-30%, dependendo da quantidade de sangue, da profundidade da lesão, do objecto perfurante e da situação clínica do doente. – MANZANO, (1997); LOURENÇO, (2000) Vários estudos epidemiológicos referidos por MANZANO, (1997) confirmam uma prevalência de anticorpos mais elevados nos prestadores de cuidados do que na população em geral, que pode chegar a ser três vezes maior.

Um outro problema, de enorme importância para os profissionais de saúde, é o risco de SIDA. Apesar do risco de seroconversão após AES ser pequeno, entre 0,18 a 0,46%, o risco de desenvolver SIDA caso esta seroconversão se verifique é grande, pelo que desta forma a protecção dos profissionais de saúde é de extraordinária importância. – ROBERT, (1997)

O primeiro caso de contaminação profissional pelo Vírus da Imunodeficiência Adquirida (VHI) foi relatado em 1984 nos Estados Unidos da América (EUA). Desde então registaram-se 95

casos de seroconversão após AES em profissionais de saúde: 52 nos EUA, 32 na Europa e 11 no resto do mundo. – MANZANO, (1999)

A maioria dos casos de seroconversão deve-se a picadas ou cortes e apenas 3 foram consequência de projecções mucoso-cutâneas. Estudos recentemente realizados, nos EUA, pelo *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) em 1996 revelaram um risco aumentado nas picadas profundas, as que envolvem objectos contendo sangue visível, objectos que tenham estado em vaso arterial ou venoso e quando o doente fonte se encontra em estado terminal.

De acordo com HENRIQUE, (1999) além dos casos de SIDA e Hepatite existem numerosas situações de risco profissional para os trabalhadores da saúde provocadas pela exposição a agentes microbiológicos. Poderíamos ainda falar da tuberculose pulmonar, em que também se verifica uma maior incidência nos trabalhadores da saúde, do herpes simples e da rubéola.

Risco Psicossocial

Os trabalhadores da saúde vivem em permanente contacto com a dor, o sofrimento e a morte. Esta situação associada à complexidade de actos médicos e de enfermagem, ao grau de responsabilidade e rapidez inerente a certas decisões, ao regime de trabalho e à deficiente qualidade de muitas instalações, são factores que constituem agressão permanente à saúde mental e física destes trabalhadores. – CABETE, (2000)

Não é por acaso que numa listagem, elaborada nos EUA, de 27 actividades profissionais com maior incidência de perturbações da saúde mental, 15 dessas actividades correspondem a serviços hospitalares. – UVA e FARIA, (1992)

Também ESTRYN-BÉHAR, (1996) refere que, segundo três estudos epidemiológicos europeus com resultados convergentes, o síndrome de *burn-out* (fadiga emocional) afecta quase um quarto dos profissionais de saúde. Segundo a mesma autora, o consumo de álcool, de tabaco, abusos de drogas, situações de depressão e o recurso a consultas de psiquiatria, são mais frequentes em médicos que na população em geral. Nestas profissões, especialmente em médicos anestesistas e psiquiatras, a taxa de suicídios é duas a três vezes mais alta do que a verificada na população em geral.

A continuidade dos cuidados obriga, a um grande número de trabalhadores hospitalares, a um regime de trabalho por turnos, contrariando o relógio biológico. O trabalho por turnos é factor de desregulação dos ritmos biológicos normais, interferindo sobretudo com o ritmo circadiano e obrigando o organismo a esforços de adaptação que inevitavelmente conduzem a situações de desgaste e fadiga, traduzindo-se ainda por perturbações quantitativas e qualitativas do sono, repercussões orgânicas, designadamente do aparelho digestivo e perturbações da vida familiar e social. – UVA e FARIA, (1992)

Estudos franceses e americanos, referidos por ESTRYN-BÉHAR, (1991), demonstraram que o recurso a consultas por gripes, gastrites, distúrbios menstruais, eczemas e dermatoses, problemas nervosos e gastrintestinais eram mais frequentes em enfermeiros que faziam horário rotativo ou nocturno. Demonstraram também um maior número de acidentes de trabalho, erros e esquecimentos nesse grupo.

Pelo atrás exposto podemos concluir que os riscos com origem no trabalho podem afectar a saúde do Ser Humano a médio e longo prazo, através de exposições continuada aos riscos ocupacionais, originando as chamadas **Doenças Profissionais** ou ainda doenças agravadas pelo trabalho. Podem ainda afectar de

imediatamente a integridade física do trabalhador, originando os **Acidentes de Trabalho**. Será sobre os acidentes de trabalho, suas causas e consequências que o nosso estudo se debruçará.

1.3 – ACIDENTES DE TRABALHO

Os acidentes de trabalho que ocorrem nas instituições de saúde podem dividir-se em duas categorias: acidentes “comuns”, em tudo idênticos aos que acontecem em muitos outros locais de trabalho, embora, como referimos no capítulo anterior, possam ser mais frequentes em meio hospitalar e, acidentes “específicos”, característicos das profissões de saúde, de que são exemplo as feridas ou picadas sépticas, as intoxicações agudas por determinados produtos usados em laboratórios e, em certos casos, as lombalgias de esforço. - UVA e FARIA, (1992)

O regime jurídico, no entanto, não contempla individualmente as instituições de saúde, mas engloba-as no regime jurídico dos acidentes de trabalho da Administração Pública.

1.3.1 – Regime Jurídico dos Acidentes de Trabalho

O regime jurídico dos acidentes de trabalho é aplicável aos trabalhadores que estejam vinculados por contrato de trabalho ou equivalente legal, praticantes, aprendizes e estagiários, agentes, funcionários e trabalhadores da Administração Pública por contrato individual de trabalho, com ou sem termo e enquadrados no regime de Segurança Social e os trabalhadores por conta de outrem de qualquer actividade. - LEI 100/97

Esta mesma lei, aprovou o regime jurídico dos acidentes de trabalho e doenças profissionais, considerando no Capítulo II Artigo 6º nº1 p. 4910 como acidente de trabalho:

“aquele que se verifique no local e tempo de trabalho, e produza directa ou indirectamente lesão corporal, perturbação funcional ou doença de que resulte redução na capacidade de trabalho ou de ganho ou a morte”.

Contudo, admite algumas extensões deste conceito, considerando, também, como acidente de trabalho certos acidentes ocorridos fora do local ou do tempo de trabalho e na ida para o local de trabalho ou no regresso deste. - n.º 2 do Artigo 6º da Lei 100/97 e n.º 2, 3, e 4 do Artigo 6º do DL 143/99, de 30 de Abril

De acordo com o DL 100/97, podemos afirmar que constituem acidentes de trabalho os que se verifiquem:

- No local e no tempo de trabalho, satisfeitos os (outros) requisitos previstos no n.º 1 do artigo 6º;
- No trajecto de ida e de regresso para e do local de trabalho, nos termos em que vier a ser definido em regulamento posterior;
- Na execução de serviços espontaneamente prestados e de que possa resultar proveito económico para a entidade empregadora;
- No local de trabalho, quando no exercício do direito de reunião ou de actividades de representante dos trabalhadores, nos termos da lei;
- No local de trabalho, quando em frequência de cursos de formação profissional ou, fora do local de trabalho, quando exista autorização expressa da entidade empregadora para tal frequência;
- Em actividades de procura de emprego durante o crédito de horas para tal concedido por lei aos trabalhadores com cessação de contrato de trabalho em curso;

- Fora do local ou tempo de trabalho, quando verificado na execução de serviços determinados pela entidade empregadora ou por esta consentidos.

Resulta do n.º 1 do artigo 6º que o conceito de acidente de trabalho compreende três elementos essenciais que têm de verificar-se cumulativamente:

- a) - Um elemento espacial (o local de trabalho);
- b) - Um elemento temporal (o tempo de trabalho);
- c) - Um elemento causal (nexo de causa-efeito entre evento e lesão).

A Lei prescinde dos elementos espacial e temporal nos acidentes *in itinere*. - MIGUEL, (2000)

O novo regime jurídico dos acidentes de trabalho e das doenças profissionais foi aprovado pelo DL 503/99, que acolhe na generalidade os princípios consagrados pela referida Lei 100/97, adaptando-os às especificidade da Administração Pública, considerando “*acidente em serviço, todo o que ocorre nas circunstâncias em que se verifique o acidente de trabalho, nos termos do regime geral, incluindo o ocorrido no trajecto de ida e volta do local de trabalho*”. DL 503/99, artigo 3º, p.8242

Pode ainda considerar-se como acidente em serviço, o incidente e/ou acontecimento perigoso, a seguir definidos.

“Incidente é todo o evento que afecta determinado trabalhador, no decurso do trabalho ou com ele relacionado, de que não resultem lesões corporais diagnosticadas de imediato, ou em que estas só necessitem de primeiros socorros”

“Acontecimento perigoso é todo o evento que, sendo facilmente reconhecido, possa constituir risco de acidente ou doença para os trabalhadores, no decurso do trabalho, ou para a população em geral, dos quais venha a resultar

lesão corporal, perturbação funcional ou doença, em que se comprove a existência do respectivo nexo de causalidade”. - DL 503/99, artigo 3º, p.8242

O sinistrado ou representantes legais terão de fazer prova do acidente de trabalho. Se a lesão corporal ou doença for reconhecida a seguir a um acidente presume-se consequência deste, se não for reconhecida a seguir ao acidente compete ao sinistrado ou aos beneficiários legais provar que foi consequência deste. – LEI 100/97, Artigo 6º

A reparação dos acidentes de trabalho consubstancia prestações em espécie e em dinheiro. As prestações em espécie incluem prestações de natureza médica, cirúrgica, farmacêutica, hospitalar e qualquer outra, seja qual for a sua forma, desde que necessária ao restabelecimento do estado de saúde e da capacidade de trabalho ou ganho do sinistrado e à sua recuperação para a vida activa. As prestações em dinheiro incluem indemnização por incapacidade temporária absoluta ou parcial para o trabalhador, indemnização em capital ou pensão vitalícia, correspondente à redução na capacidade de trabalho ou de ganho em caso de incapacidade permanente, pensões aos familiares do sinistrado e despesas do funeral em caso de morte. - LEI 100/97, Artigo 10º

Considera-se incapacidade permanente, a impossibilidade permanente de um trabalhador auferir rendimentos de trabalho. Como incapacidade temporária, considera-se a impossibilidade de o trabalhador auferir de rendimento devido a um período de ausência provocado por acidente de trabalho, após o qual volta ao seu posto de trabalho.

Este regime contempla ainda a obrigatoriedade de considerar acidente de trabalho para trabalhadores independentes, concedendo-lhes prestações equivalentes às que têm direito os

trabalhadores por conta de outrém. A regulamentação destes seguros é feita pelo DL n.º 159/99 de 11 de Maio.

1.3.2 - Participação do Acidente de Trabalho

Ocorrido um acidente de trabalho, poderão verificar-se as seguintes modalidades de participação:

- Participação do acidente, do incidente e do acontecimento perigoso pelo trabalhador. Ocorrido um acidente de serviço, o trabalhador, por si ou interposta pessoa, deve participá-lo, por escrito ou verbalmente, no prazo de dois dias úteis ao respectivo superior hierárquico, salvo se este o tiver presenciado. A participação por escrito deverá ser feita mediante a utilização de impresso próprio fornecido pelo serviço; -
DECRETO LEI 503/99
- Participação institucional, em que o superior hierárquico deve participar, em impresso referido anteriormente, ao dirigente máximo os acidentes e incidentes ocorridos com os seus trabalhadores, bem como os acontecimentos perigosos, no prazo máximo de um dia a contar da data em que dos mesmos teve conhecimento. Os serviços de saúde, que tenham prestado assistência a um acidentado, devem participar a ocorrência à entidade empregadora do mesmo;
- O empregador deve participar o acidente ao delegado do Instituto de Desenvolvimento e Inspeção das Condições de Trabalho (IDICT), ao delegado de saúde, à Assistência na Doença aos Servidores do Estado (ADSE) e à Caixa Geral de Aposentações e ao Departamento de Estatística do ministério responsável pela área do trabalho.

Assim, de acordo com a já mencionada LEI 503/99 e MIGUEL, (2000) o empregador deve ainda participar, de imediato, o acidente, o incidente e o acontecimento perigoso aos respectivos serviços de Segurança e Saúde no trabalho, tendo em vista assegurar o respectivo registo, a adopção de medidas correctivas, sempre que necessárias, e, no caso de acidentes com incapacidade superior a três dias, a elaboração do respectivo relatório.

A esquematização do sistema de comunicação de acidentes será elaborada a partir das consequências deste, que podem ser classificadas em:

- sem lesão;
- lesão leve (acidentes sem afastamento);
- lesão incapacitante (acidente com afastamento).

Não existe a necessidade legal de comunicação aos órgãos de Previdência Social quando não há lesão que ocasione o afastamento do trabalhador, se este retornar ao trabalho no mesmo dia ou no dia seguinte no horário normal.

1.3.3 – Estatística dos Acidentes de Trabalho

A estatística constitui o método mais frequente de análise de riscos, permitindo ao especialista de segurança no trabalho um conhecimento efectivo da sinistralidade laboral e consequente definição de prioridades no controlo dos diferentes riscos. - MIGUEL, (2000)

Como referimos anteriormente, os dados gerais de acidentes de trabalho divulgadas pelo DETEFP/MTS, em 1999, apontam para um total de 212177 acidentes de trabalho notificados, dos quais 236 foram mortais. De referir que os acidentes mortais se referem a dados recolhidos no momento do acidente não contemplando os que morreram mais tarde em consequência

deste. Os elementos foram obtidos pelo DETEFP/MTS com base nas participações enviadas pelas seguradoras.

As estatísticas de acidentes de trabalho nas instituições dependentes do Ministério da Saúde não são muito diferentes das estatísticas dos acidentes de trabalho gerais. Assim, tendo como fonte os dados publicados pelo DRHS em Fevereiro de 2001, relativos a acidentes de trabalho, ocorridos entre 1991 e 1999, verificamos que estes acidentes nas instituições dependentes do Ministério da Saúde têm vindo a aumentar todos os anos.

Mesmo tendo em conta o número de efectivos a taxa de incidência também aumentou, passando de 11.6% em 1991 para 31,27% no ano de 1999. Este aumento global da sinistralidade poder-se-á dever, entre outros factores, às modificações ocorridas nas características do trabalho da saúde originadas pela introdução de novas tecnologias e pelo aparecimento de novas doenças infecciosas, nomeadamente a SIDA, o que levou os profissionais de saúde a uma maior preocupação e consequentemente a uma maior notificação dos acidentes de trabalho principalmente os AES. Por outro lado, a escassez de serviços de saúde ocupacional poderá ter contribuído para resultados com alguma ineficácia no âmbito da prevenção da saúde e segurança no trabalho. Um estudo sociográfico efectuado em 1994 pelo Instituto Superior de Ciências e Tecnologia, e referido pelo DRHS em 1997 sobre as condições de trabalho dos enfermeiros portugueses, mostrou que 80% dos hospitais não possuíam serviços de saúde ocupacional.

1.4 – CUSTO DOS ACIDENTES DE TRABALHO

Qualquer acidente de trabalho acarreta custos para o acidentado, para a empresa e para a Nação. Podemos considerar o custo dos acidentes de trabalho em custos económicos e custos sociais.

Quanto aos custos económicos, HEIRICH, (1931) referido por MIGUEL, (2000) considerou os custos económicos em directos e indirectos. O mesmo autor, designa por custos directos ou segurados os custos do seguro de acidentes de trabalho que o empregador deve pagar ao Instituto Nacional de Segurança Social. Estes englobam as indemnizações, gastos em assistência médica e encargos acessórios de gestão. Os custos indirectos ou custos não assegurados, abrangem o tempo perdido pelo acidentado e por outros trabalhadores, o tempo utilizado na investigação das causas do acidente, o tempo necessário à selecção e formação de um substituto do acidentado, perdas para a produção pelo impacto causado nos outros trabalhadores, perdas ao nível da eficiência e do rendimento do trabalhador lesionado quando regressa ao trabalho, perdas do tipo comercial, por não ser possível satisfazer prazos de entrega estabelecidos, perdas resultantes da deterioração da imagem da empresa.

O custo económico total do acidente de trabalho é o somatório dos custos directos mais os indirectos. - MIGUEL, (2000)

Portugal detém o triste recorde da sinistralidade laboral, já que é o primeiro país na lista negra deste tipo de acidentes. Segundo dados do DETEFP sobre a sinistralidade em Portugal, publicados em 1999, as baixas declaradas por motivos de acidente de trabalho no ano de 1998 traduziram-se em perdas da ordem dos 214483095,74 euros (43 milhões de contos) no produto nacional. Para as empresas, os custos salariais dos perto de 10 mil

trabalhadores em baixa ascenderam aos 84795642,5 euros (17 milhões de contos). - NOTÍCIAS, (1999)

Além dos custos económicos, os acidentes de trabalho têm também como consequência custos sociais, difíceis de contabilizar. O sinistrado é vítima de sofrimento físico e moral vendo diminuído o seu potencial humano. A família também é vítima de sofrimento moral, o que lhe acarreta um aumento das suas preocupações. No caso dos acidentes mortais é toda a experiência de vida que deixa de ser transmitida aos filhos. Nos colegas gera muitas vezes mau ambiente de trabalho, inquietação e pânico colectivo. A empresa sofre consternação e diminuição da imagem social ou prestígio. Para o país leva a uma quebra do potencial humano e também a uma imagem de insegurança e de más condições de trabalho, ou seja, à perda de prestígio. - SANTOS, (1996); ROGERS,(1997)

PARTE II

Sendo os principais objectivos deste estudo obter elementos necessários para uma análise dos acidentes de trabalho ocorridos nas Instituições Públicas de Saúde – Hospitais e Centros de Saúde – do Distrito de Bragança nos últimos seis anos, e analisar a associação entre acidentes de trabalho e absentismo laboral nestas instituições, desenhamos um estudo retrospectivo analítico.

2 – MATERIAIS E MÉTODOS

A população alvo do nosso estudo foram todos os trabalhadores das Instituições Públicas de Saúde do Distrito de Bragança, três Hospitais Distritais e doze Centros de Saúde (CS), que tivessem sido vítimas de acidentes de trabalho e os tivessem notificado, nos últimos dois triénios, ou seja no período de 1 de Janeiro de 1996 a 31 de Dezembro de 2001.

Obtivemos 223 casos de trabalhadores que se acidentaram conforme consta no Quadro I. Através da sua análise, podemos verificar que o maior número de trabalhadores vítimas de acidentes de trabalho ocorreu no Hospital Distrital de Bragança (HDB) com 126 acidentes, seguindo-se o Hospital Distrital de Macedo de Cavaleiros (HDMC) com 48 acidentes e o Hospital Distrital de Mirandela (HDM) com 30 acidentes. Nos doze centros de saúde do distrito apenas os centros de saúde de Bragança, Carrazeda de Ansiães, Mogadouro e Vila Flor, apresentaram sinistralidade laboral notificada, nos anos de 1996 a 2001, com 13 casos, 3 casos, 2 casos e 1 caso, respectivamente, pelo que apenas estes quatro centros de saúde farão parte do nosso estudo.

Quadro I – Distribuição dos acidentes de trabalho pelas instituições de saúde

	N
HDB	126
HDMC	48
HDM	30
Instituição CSB	13
CS Mogadouro	2
CS Vila Flor	1
Cs Carrazeda	3
Total	223

Recolha de Informação

A informação para este estudo foi obtida através da consulta dos registos dos acidentes de trabalho disponíveis nas instituições de saúde. A recolha decorreu durante o mês de Janeiro de 2002, após autorização prévia dos Conselhos de Administração dos três Hospitais Distritais e da Coordenadora da Sub-Região de Saúde do Distrito de Bragança. (Anexo A) Previamente acordamos também o dia da nossa deslocação. Foi-nos concedido um local próprio para a consulta dos respectivos processos e recolha dos dados.

Instrumentos de Recolha

A recolha de dados foi feita recorrendo aos processos de registos de acidentes de trabalho, ocorridos entre 1 de Janeiro de 1996 a 31 de Dezembro de 2001, nos Hospitais Distritais de Bragança, Macedo de Cavaleiros e Mirandela, e aos doze Centros de Saúde dos Distrito de Bragança.

Os dados foram recolhidos a partir dos registos do inquérito fornecido pelo DRHS às instituições e que é fornecido pela

secção de pessoal ao sinistrado no momento da participação do acidente, o qual juntamente com um funcionário da secção de pessoal faz o seu preenchimento.

Esse inquérito é constituído por três grupos de questões. O grupo I serve para a identificação do acidentado e é constituído por 8 questões fechadas. O grupo II é constituído por 7 questões fechadas e diz respeito à caracterização do acidente. O grupo III identifica as consequências do acidente e é constituído por 5 questões também fechadas. (Anexo B)

Consultámos ainda o restante processo para obter informação de alguma questão que eventualmente não estivesse preenchida e para conhecimento e análise da descrição do acidente. A ficha de registo do serviço de urgência foi consultada para sabermos quais os procedimentos de urgência adoptados nos acidentes com exposição a agentes biológicos.

Recorremos ainda aos Balanços Sociais de cada ano e de cada instituição para recolher informação sobre o número de efectivos, sobre o número de dias de ausências ao serviço por doença em cada instituição e em cada ano e o numero total de ausências no período do estudo.

Tratamento Estatístico

Para o tratamento estatístico utilizámos o programa informático SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) versão 10.0 para Windows, seguindo a seguinte metodologia estatística:

- Para a descrição da amostra, recorremos à estatística descritiva, com cálculo de frequências absolutas e relativas. Calculámos ainda medidas de tendência central e de dispersão para as variáveis numéricas;
- Para a comparação de médias, utilizámos o teste *T* de *student* para duas amostras independentes. Em alternativa,

quando as variáveis não seguiam uma distribuição normal, ou apresentavam observações menores que 30 pelo menos numa das amostras, utilizámos o teste não paramétrico *U* de *Mann-Whitney*;

- Para comparação de medianas em mais de dois grupos utilizámos o teste de *Kruskal-Wallis*, como alternativa ao teste *ANOVA I*, uma vez que os nossos dados não seguiam uma distribuição normal;
- Para verificar a normalidade das variáveis, utilizamos o teste de *Kolmogorov-Smirnov*, formulando para tal as seguintes hipóteses:
 H_0 =A variável segue uma distribuição normal;
 H_A =A variável não segue uma distribuição normal.
Assim, quando o nível de significância obtido no teste fosse um valor inferior a 0,05, rejeitámos a hipótese da distribuição das variáveis ser normal;
- A análise bivariada através do cálculo do teste do *Qui-Quadrado* foi utilizada tendo em vista a comparação de proporções, permitindo desta forma descrever a relação entre duas variáveis. Quando as frequências eram inferiores a 5 em mais de 20% das células, agrupámos os dados por forma a obter tabelas 2x2 e utilizamos o teste exacto de *Fisher*;
- A análise de regressão logística permitiu estimar o risco de ter acidente com baixa nos trabalhadores com acidentes de trabalho. Estimou-se o risco relativo através da aproximação pelo *Odds Ratio*. A sua utilização permitiu-nos ainda analisar a relação entre as múltiplas variáveis independentes e a variável dependente. Neste caso as variáveis foram dicotomizadas em 0 (zero) e 1 (um);
- Para avaliar a correlação entre as variáveis ordinais, utilizámos a correlação não paramétrica *r* de *Spearman*;
- Para avaliar a associação entre variáveis nominais, utilizámos o Coeficiente *V. Cramer*;

- O nível de significância foi, ao longo de todo o estudo, de 0,05.

Para efectuar o tratamento estatístico houve necessidade de agrupar e dicotomizar algumas variáveis.(ver Anexo C) À excepção da estatística descritiva e do teste *Kruskal-Wallis*, as variáveis foram tratadas agrupadas ou dicotomizadas.

Ao utilizar a regressão logística para avaliar o risco relativo de cada factor (variável), tivemos necessidade de as dicotomizar em 0 (zero) e 1 (um), assumindo a variável codificada com 1 o valor 0 (zero) e a codificada com 2 o valor 1 (um). (ver Anexo C)

A média de dias de ausências ao serviço por doença e por acidente de trabalho, a taxa de incidência de acidentes de trabalho para cada instituição e por ano, bem como os encargos com as despesas de acidentes de trabalho, tendo como base a remuneração média diária de cada grupo profissional, foi calculada manualmente.

3 - RESULTADOS

Caracterização do Acidentado

A análise dos resultados permitiu-nos verificar que nos últimos seis anos, 223 trabalhadores sofreram acidentes de trabalho, sendo todos de nacionalidade Portuguesa, variando o número de acidentes entre o mínimo de 24 no ano de 1996 e 1997 e um máximo de 51 no ano de 2001, conforme podemos observar na tabela 1.

Tendo em conta os valores de incidência/ano, verificámos que o ano de maior incidência é o de 1998 (5,8%), mantendo-se na ordem dos 4% nos anos de 1999 e 2001, apresentando no ano 2000 valores de incidência mais baixos, parecidos com os de 1996 e 1997.

Tabela 1 – Distribuição dos acidentes por ano e instituição

		Ano						Total
		1996	1997	1998	1999	2000	2001	
HDB	N	13	12	25	33	23	20	126
	Nº de efectivos	483	489	525	561	528	544	
	Taxa de incidência	2,7%	2,5%	4,7%	5,9%	4,4%	3,6%	
HDMC	N	3	5	12	6	2	20	48
	Nº de efectivos	179	193	198	197	234	258	
	Taxa de incidência	1,7%	2,5%	6,1%	3,0%	,9%	7,8%	
HDM	N	4	5	4	6	4	7	30
	Nº de efectivos	258	271	290	306	336	342	
	Taxa de incidência	1,6%	1,8%	1,4%	1,9%	1,2%	2,0%	
CS Bragança	N	4	1		3	1	4	13
	Nº de efectivos	82	81		92	94	89	
	Taxa de incidência	4,8%	1,2%		3,2%	1,1%	4,5%	
CS Mogadouro	N			2				2
	Nº de efectivos			41				
	Taxa de incidência			4,9%				
CS Vila Flor	N		1					1
	Nº de efectivos		41					
	Taxa de incidência		2,4%					
CS Carrazeda	N				2	1		3
	Nº de efectivos				26	26		
	Taxa de incidência				7,7%	3,8%		
Total	N	24	24	43	50	31	51	223
	Nº de efectivos	1002	1075	781	1179	1218	1233	
	Taxa de incidência	2,4%	2,2%	5,8%	4,2%	2,5%	4,1%	

Quanto à existência de estruturas de SHST nenhuma das instituições possui estes serviços. Somente o HDM implementou, no ano de 2001, uma comissão de SHST, ano no qual esta instituição apresenta o maior número acidentes notificados (n=7).

O grupo profissional mais acidentado foi o dos enfermeiros com 101 acidentes, seguido do pessoal AAM com 66 e outro pessoal dos serviços gerais com 12. Os médicos e os administrativos apresentam o mesmo número de acidentes (n=11), seguidos dos técnicos de diagnóstico e terapêutica (n=8), com igual número o pessoal operário e no grupo de outro pessoal auxiliar ocorreram 3 acidentes. Nos outros grupos profissionais verificou-se apenas 1 acidente. As feridas verificaram-se essencialmente nos enfermeiros (n=72) e nas AAM (n=28), observando-se também neste grupo profissional um número significativo de entorses/distensões (n=18) e contusões/esmagamentos (n=14). As fracturas observaram-se nos enfermeiros (n=4), médicos (n=3), AAM (n=3), e nos administrativos (n=2), conforme podemos constatar pela análise da tabela 2.

Tabela 2 – Distribuição dos acidentes por grupos profissionais e tipo de lesão

	Tipo de lesão							Total
	Contusões /esmagamento	Feridas	Queima duras	Entorses/ distensões	Fracturas	Luxações	Outro	
Médicos		8			3			11
Enfermeiros	8	72	1	11	4		5	101
Téc.Dia.Terapêutico	2	2		2	1		1	8
Téc. superior				1				1
Técnico		1						1
Administrativos	4	2		3	2			11
AAM	14	28		18	3	3		66
Pessoal dos serviços gerais	6	4		2				12
Outro pes. auxiliar				3				3
Operários	2	4		2				8
Outro pessoal	1							1
Total	37	121	1	42	13	3	6	223

Verificámos que dos 223 trabalhadores acidentados, 196 pertenciam ao quadro efectivo da instituição e 27 possuíam outro tipo de vínculo, nomeadamente contrato administrativo de provimento, contrato a termo certo, prestação de serviços ou requisição/destacamento.(ver tabela 3) Quanto ao tempo de serviço a maioria dos acidentes recaiu nas pessoas com mais de 10 anos de serviço (n=143) e destas somente 4 não se encontravam no quadro. Na classe de 5 a 10 anos ocorreram 23 acidentes e todos os trabalhadores se encontravam no quadro. De referir que dos trabalhadores mais novos, menos de 1 ano de serviço (n=11), 7 não se encontravam no quadro e com 1 a 2 anos de tempo de serviço (n=16), 10 também não se encontravam no quadro.

Tabela 3 – Distribuição dos acidentes por tempo de serviço e relação jurídica com o emprego

		Relação Jurídica com o Emprego		Total
		Quadro	Não Quadro	
Tempo de Serviço	< 1 ano	4	7	11
	1 a 2 anos	6	10	16
	Mais de 2 até 5 anos	24	6	30
	Mais de 5 até 10 anos	23		23
	> de 10 anos	139	4	143
Total		196	27	223

Verificou-se a normalidade para todas as variáveis através do teste *Kolmogorov - Smirnov*, não seguindo nenhuma das variáveis a distribuição normal ($p < 0,01$), pelo que no nosso estudo serão utilizados testes não paramétricos.

Quanto ao nível habilitacional dos acidentados, podemos verificar através da tabela 4, 43,5% (n=97) dos acidentes

ocorreram em pessoas com o bacharelato, 38,6% (86) em trabalhadores com menos do 9º ano e de um forma global 46,6% (n=55) dos acidentes ocorreram em pessoas com menos do 12º ano. Dos trabalhadores que se acidentaram possuíam licenciatura 9,9% (n=22). Relativamente à modalidade de horário de trabalho, mais de metade dos acidentes, 59,6% (n=133), verificaram-se em trabalhadores que praticavam horário por turnos, incluindo este tipo de modalidade manhãs (8-16 h), tardes - (16-24 h) e noites (0-8 h) - e 40,4% (n=90) praticavam horário fixo/outro. A tabela 4 realça que os trabalhadores mais acidentados são os que possuem como habilitações o bacharelato e menos do 9º ano e praticavam um horário por turnos, com percentagens de 34,1% e 20,2% respectivamente. Foi testada ainda a associação entre estas duas variáveis através do coeficiente de correlação de *Sperman*. Verificamos que não existe associação estatisticamente significativa ($p=0,081$), para um nível de significância de 0,05. O teste do *Qui-Quadrado* demonstrou que existe uma diferença significativa ($p<0,000$) entre a distribuição dos trabalhadores acidentados por tipo de horário e o nível habilitacional.

Tabela 4 – Distribuição dos acidentes por tipo de horário e nível habilitacional

		Nível Habilitacional					Total	
		< 9º ano	9º ano	12ºano	Bacharelato	Licenciatura		
Tipo de Horário	Fixo/	N	41	11	3	21	14	90
	Outro	%	18,4%	4,9%	1,3%	9,4%	6,3%	40,4%
Horário	Turnos	N	45	4		76	8	133
		%	20,2%	1,8%		34,1%	3,6%	59,6%
Total		N	86	15	3	97	22	223
		%	38,6%	6,7%	1,3%	43,5%	9,9%	100,0%

$$X^2_{(4)}=32,18, p<0,000$$

$$r_s=0,07, p=0,081$$

Da análise da tabela 5 ressalta que a maioria dos acidentes ocorreram no sexo feminino (n=189) e no grupo etário dos 45-49

e 40–44 anos, onde se verificaram 46 e 42 acidentes respectivamente. No sexo masculino, dos 34 acidentes ocorridos, 10 verificaram-se no grupo etário do 30–34 anos. De forma global a média e a mediana de idades em que ocorreram acidentes integram-se no grupo etário dos 40–44 anos e a moda no grupo etário dos 45–49 anos.

Tabela 5 – Distribuição dos acidentes por sexo e grupo etário

		Sexo		Total
		Masculino	Feminino	
		N	N	N
Grupo Etário	18-24		6	6
	25-29	2	15	17
	30-34	10	29	39
	35-39	4	26	30
	40-44	4	38	42
	45-49	6	40	46
	50-54	3	14	17
	55-59	2	11	13
	>60	3	10	13
Total	34	189	223	

X=4,95 classe (40 – 44 anos), Mo=6 classe (45-49 anos), Me=5 classe.

Caracterização do Acidente

Os dados que caracterizam o acidente encontram-se nas tabelas seguintes.

Através da análise da tabela 6, verificámos que os serviços de internamento são o local onde se verificam mais acidentes, 39,9% (n=89). O Serviço de Urgência (SU) aparece em segundo lugar com 10,8% (n=24) dos acidentes, o BO com 7,6% (n=17), outros locais com 9,9% (n=22) e a farmácia/laboratório com 5,8%. Os outros locais apresentam uma percentagem abaixo de 5%.

Tabela 6 – Distribuição dos acidentes por local

Local do Acidente		
	N	%
Internamento	89	39,9
Portaria Recepção	1	,4
Consulta Externa	6	2,7
Farmácia /Laboratório	13	5,8
Serviço de Urgência	24	10,8
Outro	22	9,9
Zona entre serviços / Corredor	11	4,9
Refeitório/cozinha/copa	9	4,0
Bloco Operatório	17	7,6
Serviço Externo	10	4,5
Escadas	10	4,5
Imagiologia	1	,4
Lavandaria	5	2,2
In Itinere	5	2,2
Total	223	100,0

A maioria dos acidentes ocorreu entre as 8 e as 12 horas 46,2% (n=103) e entre as 12 e as 16 horas 21,5% (n=48) o que corresponde ao turno da manhã (8-16h). Em média os acidentes ocorreram às 12,38 horas com um desvio padrão de $\pm 4,48$ horas, sendo a mediana às 11,30 e a moda às 10 horas.

Tabela7 – Hora de ocorrência dos acidentes

	N	%
00,00-03,59	7	3,1
04,00-07,59	12	5,4
08,00-11,59	103	46,2
Hora-minuto 12,00-15,59	48	21,5
16,00-19,59	37	16,6
20,00-24,00	16	7,2
Total	223	100,0
$\bar{X}=12,38$ horas	$s=\pm 4,48$ horas	
Me=11,30 horas	Mo=10 horas	

A distribuição dos acidentes ao longo do ano foi mais ou menos uniforme, apresentando valores mínimos nos meses de Julho (4,5%), Março e Dezembro (4,9%) e os valores máximos nos meses de Novembro e Outubro, com 13,9% e 12,1% respectivamente.

Tabela 8 – Distribuição dos acidentes por mês

	Mês	
	N	%
Janeiro	23	10,3
Fevereiro	24	10,8
Março	11	4,9
Abril	16	7,2
Mai	15	6,7
Junho	23	10,3
Julho	10	4,5
Agosto	18	8,1
Setembro	14	6,3
Outubro	27	12,1
Novembro	31	13,9
Dezembro	11	4,9
Total	223	100,0

O pico dos acidentes verifica-se a meio da semana, 22,9% (n=51) à Quarta-feira e 20,6% (n=46) à Quinta-feira. No fim-de-semana verifica-se uma diminuição dos acidentes, 9,0% (n=20) ao Sábado e 5,4% (n=12) ao Domingo.

Tabela 9 – Distribuição dos acidentes por dia da semana.

	Dia da Semana	
	N	%
Segunda	32	14,3
Terça	37	16,6
Quarta	51	22,9
Quinta	46	20,6
Sexta	25	11,2
Sabado	20	9,0
Domingo	12	5,4
Total	223	100,0

Pela análise da tabela 10, podemos verificar que a maior parte dos acidentes ocorre no primeiro (n=77) e segundo (n=56) dias de trabalho após descanso semanal. Quanto ao número de horas de trabalho cumpridas até ao momento do acidente, regista-se um elevado número de acidentes entre a 1ª e a 3ª hora (n=92) e entre a 3ª e 6ª hora (n=56). A partir do 4º dia de trabalho verifica-se uma incidência de acidentes mais elevada para o final do turno, entre as 6 e as 8 horas de trabalho cumpridas. Através de correlação de *Spearman* ($r_s=0,280$) verificámos que existe uma correlação positiva, fraca, estatisticamente significativa ($p<0,000$) entre estas duas variáveis, ou seja, à medida que o número de dias de trabalho aumenta face ao último dia de descanso o número de horas de trabalho cumpridas no momento do acidente tende a ser mais elevado.

Tabela 10 – Distribuição dos acidentes por número de horas cumpridas até ao momento do acidente e dia do acidente face ao último dia de descanso semanal

		Nº de horas de trabalho cumpridas no momento do acidente					Total
		< 1 h	1 até 3 h	Mais de 3 até 6 h	Mais de 6 até 8 h	> de 8 h	
Dia do acidente face ao último descanso semanal	1º dia	11	41	18	6	1	77
	2º dia	7	21	15	13		56
	3º dia	2	14	13	11	1	41
	4º dia	2	9	5	12	2	30
	5º dia	1	7	3	6		17
	6º dia			1			1
	> de 6º dia			1			1
Total		23	92	56	48	4	223

$$r_s=0,280, p<0,000$$

Quanto à prestação de primeiros socorros quase todos os trabalhadores recorreram ao SU para efectuar os primeiros socorros 96% (n=214).

Tabela 11 – Local de prestação de primeiros socorros

Prestação de primeiros socorros		
	N	%
Não	2	,9
Local do acidente	7	3,1
Serviço de urgencia	214	96,0
Total	223	100,0

Pela tabela 12 verificámos que a causa mais frequente de acidente são as picadas de agulhas, 36,3% (n=81) e as quedas dos trabalhadores, 23,8% (n=53). As pancadas/cortes provocados por objectos e os esforços excessivos ou movimentos inadequados também apresentam uma percentagem significativa, 17,7% e 11,2% respectivamente.

Tabela 12 – Distribuição dos acidentes por acção que conduziu à lesão

Acção que conduziu à lesão		
	N	%
Queda do trabalhador	53	23,8
Queda de objectos	7	3,1
Picada de agulha	81	36,3
Pancada/corte provocado por objecto	39	17,5
Entalamento por entre objectos	8	3,6
Esforços excessivos ou movimentos inadequados	25	11,2
Exposição a substancias nocivas	2	,9
Exposição a produtos contaminados/ infectados por agentes biológicos	5	2,2
Outros	3	1,3
Total	223	100,0

A tabela 13 mostra-nos que as picadas ocorrem em todos os grupos profissionais, mas em maior número nos técnicos de saúde (n=87). As quedas também se distribuem por todos os

grupos profissionais, sendo o grupo das AAM aquele que apresenta maior número de quedas (n=26). A queda é também a acção que mais acidentes provoca nos administrativos (n=19). Os esforços excessivos ou movimentos inadequados atingem essencialmente as AAM (n=18). Através da aplicação do coeficiente *Cramer V* verificamos existir associação significativa ($p < 0,000$) entre a acção que conduziu à lesão e o grupo profissional.

Tabela 13 – Relação entre a acção que conduziu à lesão e o grupo profissional

		Grupo Profissional			Total
		Técnicos de Saúde	AAM	Administrativos/outros	
Acção que Conduziu à Lesão	Queda do trabalhador e/ou objectos	15	26	19	60
	Esforços excessivos ou movimentos inadequados	6	18	1	25
	Picadas / corte por objecto	87	36	10	133
	Exposição a /radiações / electricidade / temperaturas extremas	1	1		2
	Total	109	81	30	220

Cramer V = 0,482, $p < 0,000$

Como principais agentes de lesão, observando a tabela 14, verificámos que as ferramentas/utensílios são os principais responsáveis pelos acidentes, 55,5% (n=124), seguido do pavimento, 17,5% (n=39) e outros, 16,1% (n=36). Todos os outros agentes identificados apresentam percentagens inferiores a 4%.

Tabela 14 – Agente da lesão

	N	%
Máquinas	3	1,3
Instalações eléctricas	1	,4
Produtos químicos	3	1,3
Ferramentas / instrumentos , utensílios	124	55,6
Pavimentos	39	17,5
Fornos/fornalhas/estufas	2	,9
Escadas ou rampas móveis	3	1,3
Meios de transporte	9	4,0
Outros	36	16,1
Agentes biológicos	3	1,3
Total	223	100,0

Consequências do Acidente

Pela análise da tabela 15 pudemos verificar que o tipo de lesão mais frequente após acidente de trabalho, foram as feridas (n=121), os entorses/distensões (n=42), as contusões/esmagamentos (n=37) e as fracturas (n=13). Verificámos que as mãos foram a parte do corpo mais atingida (n=115), seguindo-se o tronco (n=30) e os pés (n=27). Ao analisarmos a distribuição do tipo de lesão pelas diferentes partes do corpo, as feridas atingiram essencialmente as mãos (n=120), os entorses/distensões os pés (n=17) e o tronco (n=14), sendo este também atingido significativamente por contusões e esmagamentos (n=13). As fracturas distribuíram-se uniformemente por todas as partes do corpo, à excepção da cabeça e dos braços. A associação entre estas duas variáveis revelou-se estatisticamente significativa ($p < 0,000$) através do teste de *Cramer V* = 0,480.

Tabela 15 – Distribuição dos acidentes segundo o tipo de lesão e a parte do corpo atingida

		Parte do Corpo Atingida							Total	
		Cabeça	Olhos	Tronco	Braços	Mãos	Pernas	Pés		Múltiplas
Tipo de lesão	Contusões/ esmagamento	4		13	1	7	2	2	8	37
	Feridas	3	2		5	102	4	5		121
	Queimaduras	1								1
	Entorses/ distensões			14	3	2	2	17	4	42
	Fracturas			3		2	3	3	2	13
	Luxações				1	1			1	3
	Outro	1	4			1				6
	Total	9	6	30	10	115	11	27	15	223

Cramer V: =0,480, $p < 0,000$

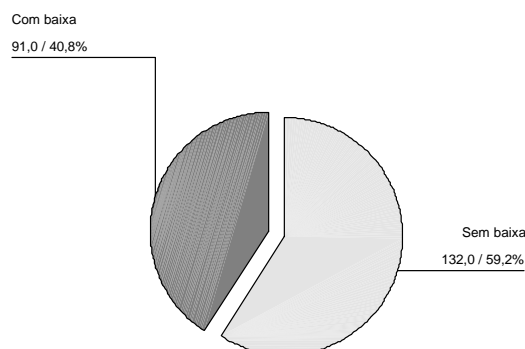
Pela análise da tabela 16 verificámos que em 40,8% (n=91) dos acidentes de trabalho, resultaram em incapacidade temporária absoluta para o trabalhador. No entanto, a maioria dos acidentes, 59,2% (n=132) foram acidentes que não provocaram incapacidade. Nenhum acidente resultou em morte ou incapacidade permanente.

Tabela 16 – Tipo de incapacidade provocada pelos acidentes

Gravidade do Acidente		
	N	%
Sem incapacidade	132	59,2
Incapacidade Temporária Absoluta	91	40,8
Total	223	100,0

Da análise do gráfico 1 ressalta que todos os acidentes que tiveram como consequência incapacidade resultaram em ausências com baixa 40,8% (n=91), os restantes, 59,2% (n=132) não tiveram baixa ao trabalho.

Gráfico 1- Ausências ao trabalho após acidente



Quanto ao número de dias perdidos por acidente com baixa foram no total 6116 dias, variando entre o mínimo de 1 dia e o máximo de 930 dias perdidos. A média de dias perdidos é de 67,23 dias por trabalhador com acidente com baixa.

Tabela 17 – Número de dias de trabalho perdidos por acidente com baixa

		N	%
Dias	1 - 8	27	29,7
	9 - 15	20	22,0
	16 - 30	17	18,7
	>30	27	29,7
Total		91	100,0

$\bar{X}=67,23$ dias $s=\pm 159,67$ dias

Verificámos ainda que dos 91 trabalhadores que meteram baixa devido ao acidente 29,7% faltaram entre 1-8 dias e igual percentagem se verificou nos que faltaram mais de 30 dias.

Com o objectivo de identificar a realização ou não de marcadores víricos nos AES, foram seleccionados os acidentes cuja acção que conduziu à lesão foi picada de agulha. Pela análise da tabela 18, verificámos que num total de 81 acidentes por picada de

agulha, em quase metade (49,4%) não foram realizados marcadores víricos.

Tabela 18 – Realização de marcadores víricos após acidente por picada de agulha

		Picada de Agulha	
Marcadores	Sim	N	41
		%	50,6%
	Não	N	40
		%	49,4%
Total		N	81
		%	100,0%

Quanto à utilização de DPI (luvas), nos acidentes por picada de agulha, constatámos que mais de metades dos trabalhadores, 67,9% (n=55), não utilizavam DPI aquando do acidente. 32,1% (n=26) referiram que estavam a usar luvas aquando do acidente por picada de agulha.

Tabela 19 – Utilização de DPI nos Acidentes Por Picada de Agulha

		Picada de Agulha	
Utilização de Dispositivos de Protecção Individual	Luvas	N	26
		%	32,1%
	Não	N	55
		%	67,9%
Total		N	81
		%	100,0%

Pela análise da tabela 20 verificámos que a maior parte dos acidentes provocados por agulhas/bisturis ocorreu após o uso destes, observando-se um número elevado ao reencapsular a agulha, 11,2% (n=25), ao administrar ou após administrar terapêutica por movimentos bruscos dos doentes, 8,5% (n=19), com igual percentagem ocorreram após realização de punção

venosa e após realização de glicémia capilar 4,5% (n=10). No transporte de sacos de lixo e ao proceder à limpeza/arrumação de material também se verificaram muitas picadas com agulhas desprotegidas. A maioria das quedas e entorses aconteceram em virtude de se encontrar o chão molhado, 13% (n=30).

Tabela 20 – Actividades relacionadas com o acidente

	N	%
Ao reencapsular agulha	25	11,2
Após/administrar terapêutica por movimento brusco do doente	19	8,5
Após punção venosa, por movimento brusco do doente	10	4,5
Após glicémia capilar por movimento brusco do doente	10	4,5
Ao puncionar por movimento brusco do doente	4	1,8
Ao suturar	3	1,3
Durante curativo	7	3,1
Abrir ampola	3	1,3
Ao transportar saco de lixo	11	4,9
Agredida por doente	1	,5
Ao mobilizar doente	21	9,4
Ao mobilizar material	12	5,4
Escorregou no chão molhado.	30	13,0
Queda de cadeira	8	3,5
Queda de escadote	2	,9
Ao proceder à limpeza arrumação de material	9	4,0
Outros/sem descrição	48	21,5
Total	223	100,0

Calculámos ainda os encargos com estes acidentes de trabalho, tendo em conta a média de dias perdidos por cada trabalhador, mediante o grupo profissional em que está inserido, tendo por base a remuneração média diária de cada grupo profissional. Os encargos totais neste período foram de 168856.27 euros, verificando-se os maiores gastos no grupo dos enfermeiros (66866.4 euros), seguidos das AAM (35174.7 euros) e dos administrativos (32 292.125 euros)

Os resultados são apresentados na Tabela seguinte.

Tabela 21 – Encargos com os acidentes de trabalho 1996-2001

	Número de dias perdidos	Remuneração média diária (euros) (1)	Encargos em euros (2)
Médicos	346	80.29	27780.34
Enfermeiros	1506	44,40	66866.4
Téc. Diag. Terapêutico	82	32.025	2626.05
Téc. Superior	2	48.8	97.6
Técnico	25	24.085	602.125
Administrativos	1495	21.6	32292.1
AAM	2299	15.3	35174.7
Pessoal dos serviços gerais	208	15.8	3286.4
Outro pessoal auxiliar	95	15.3	1662.5
Operário	58	17.5	1015.1
Outro pessoal	3	39.6	79.2
Total	6118		168 856.27

1 - Média ponderada tendo por base uma amostra dos efectivos por categoria Fonte- (DRHS)

2 – Custo = N.º de dias perdidos X remuneração média diária.

Com o intuito de comparar a relação entre as ausências e as outras variáveis, foi efectuada análise bivariada, utilizando para o efeito o teste do *Qui-Quadrado*, ou o teste exacto de *Fisher*, quando as frequências eram inferiores a 5 em mais que 20% das células.

Pela análise da tabela 22 verificámos que é nos hospitais que se verificam mais acidentes. No entanto, nos Centros de Saúde todos os acidentes notificados tiveram como consequência baixas ao serviço. Através do teste do *exacto de Fisher*, verificámos que existem diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,000$) entre as ausências e a instituição. Também a associação nominal *Cramer V* é estatisticamente significativa ($p < 0,000$).

Tabela 22 – Relação entre ausências e instituição

		Ausências		Total
		Sem baixa	Com baixa	
Instituição	Hospital	132	72	204
	Centro de Saúde		19	19
	Total	132	91	223

$p < 0,000^*$ – Teste exacto de *Fisher*, *Cramer V* = 0,368, $p < 0,000$

Da relação entre o grupo profissional e as ausências, concluímos existirem diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis ($p < 0,000$). Os técnicos de saúde apesar de terem o maior numero de acidentes são o grupo profissional que apresenta menos ausências com baixa ($n=26$). As AAM são o grupo profissional que apresenta mais acidentes com baixa ($n=47$). A associação entre as variáveis revelou-se também estatisticamente significativa ($p < 0,000$).

Tabela 23 – Relação entre ausências e grupo profissional

		Ausência		Total
		Sem baixa	Com baixa	
Grupo Profissional	Técnicos de Saúde	86	26	112
	AAM	34	47	81
	Administrativos/outros	12	18	30
	Total	132	91	223

$X^2_{(2)} = 28,867$, $p < 0,000$

Cramer V = 0,360, $p < 0,000$

A tabela 24 mostrou que as ausências não foram independentes do nível habilitacional, teste exacto de *Fisher* com $p < 0,000$. A correlação entre estas duas variáveis também é estatisticamente significativa ($p < 0,000$) e moderadamente negativa ($r_s = -0,314$), ou seja, quanto mais baixo é o nível de habilitações maior o numero de acidentes com baixa.

Tabela 24 – Relação entre ausências e o nível habilitacional

		Ausências		Total
		Sem baixa	Com baixa	
Habilitações	<12º ano	44	61	105
	>12º ano	88	30	118
	Total	132	91	223

$p < 0,000^*$ - Teste exacto de *Fisher*, $r_s = -0,332$, $p < 0,000$

Quanto à relação entre o tipo de horário praticado e as ausências, verificou-se que os trabalhadores em horário fixo apresentaram menos acidentes ($n=90$) que os trabalhadores em horário por turnos ($n=132$), no entanto, os primeiros apresentaram o maior número de acidentes com baixa ($n=51$), sendo esta diferença estatisticamente significativa ($p < 0,000$ – teste exacto de *Fisher*)

Tabela 25 – Associação entre ausências e tipo de horário

		Ausências		Total
		Sem baixa	Com baixa	
Tipo de horário	Fixo/outro	39	51	90
	Turnos	93	40	133
Total		132	91	223

$p < 0,000^*$ - Teste exacto de *Fisher* $r_s = -0.265$, $p < 0,000$

Verificámos existir relação estatisticamente significativa ($p=0,001$ – teste exacto de *Fisher*) entre as ausências e a idade. A correlação de *Sperman* é positiva, fraca ($r_s=0,213$) mas estatisticamente significativa.

Tabela 26 – Relação entre as ausências e a idade

		Ausências		Total
		Sem baixa	Com baixa	
Idade	< 45 anos	93	45	138
	> 45 anos	39	46	85
	Total	132	91	223

$p = 0,001$ *Teste exacto de *Fisher* $r_s = 0,213$, $p = 0,001$

Pela análise da tabela 27 constatámos que os serviços de prestação de cuidados directos, internamento, SU e BO, foram os que apresentaram maior número de acidentes ($n=130$), no entanto, as baixas verificaram-se essencialmente nos serviços auxiliares de diagnóstico ($n=12$), nos serviços de apoio ($n=24$) e nos outros locais ($n=25$). A relação destas duas variáveis revelou-se estatisticamente significativa, através do teste do *Qui-Quadrado*.

Tabela 27 – Relação entre ausências e local de ocorrência do acidente

		Ausências		Total
		Sem baixa	Com baixa	
Local do Acidente	Internamento	69	20	89
	SU	17	7	24
	BO	14	3	17
	Serviços auxiliares de diagnóstico	12	12	24
	Serviços de apoio	6	24	30
	Outros	14	25	39
	Total	132	91	223

$X^2_{(5)} = 46,188$, $p < 0,000$ $r_s = 0,392$, $p < 0,000$

Verificámos que a maioria dos acidentes com baixa ocorreu entre as 8 e as 20 horas, sendo esta diferença de proporções, entre a hora de ocorrência do acidente e as ausências, significativa

($p=0,02$). A correlação de *Spearman* é fraca e negativa, mas estatisticamente significativa ($p=0,018$)

Tabela 28 – Relação entre a hora em que ocorreu o acidente e as ausências

		Ausências		Total
		Sem baixa	Com baixa	
Hora	Das 8 até às 20 H	107	84	191
	Das 20 até às 8 H	25	7	32
Total		132	91	223

$p=0,02$ – Teste exacto de *Fisher*, $r_s=-0,158$, $p=0,018$

Concluimos através da análise da tabela 29, que os acidentes que mais contribuíram para ausências com baixas foram os que tiveram como acção as quedas ($n=49$) e esforços excessivos ($n=20$). A proporção de acidentes com baixas depende da acção que conduziu à lesão, $p<0,000$, $X^2_{(3)}=104,123$. A correlação entre as ausências e a acção que conduziu à lesão é negativa $r_s=-0,629$ e estatisticamente significativa ($p<0,000$)

Tabela 29 – Associação entre ausências e acção que conduziu à lesão

		Ausências		Total
		Sem baixa	Com baixa	
Acção Que Conduziu à Lesão	Queda do trabalhador/objectos	11	49	60
	Esforços excessivos ou movimentos bruscos	5	20	25
	Picadas/pancada por objecto	116	17	133
	Exposição a químicos /radiações		2	2
Total		132	88	220

$X^2_{(3)}=104,123$, $p<0,000$

$r_s=-0,629$, $p<0,000$

Pela análise da tabela 30 verificámos que o pavimento/escada foi o agente de lesão que mais acidentes com baixas provocou (n=39). A diferença de proporções entre as ausências e o agente de lesão foram estatisticamente significativa, $X^2_{(3)}=99,453$, $p<0,000$, e a correlação entre as duas variáveis foi moderadamente positiva, $r_s=0,583$, mas significativa, $p<0,000$.

Tabela 30 – Relação entre agente da lesão e ausências

		Ausências		Total
		Sem baixa	Com baixa	
Agente da Lesão	Ferramentas/instrumentos	109	15	124
	Pavimento/escadas	6	39	45
	Máquinas	3	11	14
	Outros	14	26	40
	Total	132	91	223

$X^2_{(3)}=99,453$, $p<0,000$

$r_s=0,583$, $p<0,000$

A tabela 31, mostrou-nos que os ferimentos (n=120), apesar de terem sido os acidentes mais frequentes, foram os que provocaram menor número de ausências com baixa (n=10). Verificámos igualmente que o maior número de ausências com baixa ocorreu nos acidentes que provocaram alterações musculoesqueléticas (n=81).

Através da aplicação do teste do *Qui_Quadrado*, concluímos que existem diferenças estatisticamente significativas, entre a proporção de trabalhadores com ausências ao trabalho e o tipo de lesão, ($X^2_{(1)}=113,425$, $p<0,000$). Recorremos à correlação não paramétrica nominal *Cramer V*, para analisar a associação entre o tipo de lesão e as ausências ao trabalho; verificámos que existe associação estatisticamente significativa ($p<0,000$) entre as ausências ao trabalho e o tipo de lesão.

Tabela 31 – Relação entre o tipo de lesão e ausências

		Ausências		Total
		Sem baixa	Com baixa	
Tipo de lesão	Ferimentos	110	10	120
	Alterações - musculoesqueléticas	22	81	103
	Total	132	91	223

$$X^2_{(1)}=113,425p<0,000, \text{ Cramer } V=0,743, p<0,000$$

Na tabela 32, vemos que dos acidentes que atingiram os membros inferiores (n=38) 27 levaram a ausências com baixa. Dos que atingiram o tronco e a face 25 e 8 respectivamente resultam em baixas. Dos ferimentos que atingiram várias partes do corpo, 13 conduziram a ausências com baixa. Comparámos ainda se existiam diferenças estatisticamente significativas entre a proporção de ausências ao trabalho e a parte do corpo atingida, utilizando o teste do *Qui-Quadrado*. Da análise efectuada verificámos existirem diferenças estatisticamente significativas entre a proporção de trabalhadores com ausência ao trabalho e a parte do corpo atingida ($X^2_{(3)}=48,255, p<0,000$). A correlação *Cramer V*, também revelou associação significativa, ($p<0,000$) entre as ausências e a parte do corpo atingida.

Tabela 32 – Relação entre as ausências e a parte do corpo atingida

		Ausências		Total
		Sem baixa	Com baixa	
Parte do Corpo Atingida	Face	7	8	15
	Tronco	5	25	30
	Membros superiores	107	18	125
	Membros inferiores	11	27	38
	Múltiplas	2	13	15
	Total	132	91	223

$$X^2_{(4)}=86,973, p<0,000, \text{ Cramer } V=0,625, p<0,000$$

Não se verificou existir relação entre as ausências e as outras variáveis pelo que não rejeitamos a hipótese nula de igualdade. Apresentamos os valores de prova no Quadro2.

Quadro2 – Relação entre as ausências e outras variáveis

	Variáveis	p
Ausências	Tempo de Serviço	0,186*
	Relação Jurídica com o Emprego	0,583*
	Sexo	0,553*
	Mês.	0,239
	Dia da Semana.	0,057
	N.º de Horas Cumpridas no Momento do Acidente	0,052
	Dia do acidente face ao ultimo dia de descanso	0,443

*teste exacto de *Fisher*.

Através da correlação não paramétrica *r* de *Spearman*, pretendemos verificar a relação existente entre as diferentes variáveis do estudo. Da correlação das variáveis entre si (Quadro3) verificaram-se as seguintes associações:

O grupo profissional apresenta:

Associação positiva, estatisticamente muito significativa com:

- _ grupo etário ($r_s=0,326$; $p<0,000$);
- _ local do acidente ($r_s=0,223$; $p=0,001$);
- _ agente da lesão ($r_s=0,202$; $p=0,002$);
- _ grau de incapacidade ($r_s=0,315$; $p<0,000$).

Associação negativa, estatisticamente muito significativa com:

- _ nível habilitacional ($r_s=-0,909$, $p<0,000$);
- _ modalidade de trabalho ($r_s=-0,196$; $p=0,003$);
- _ ausências ao trabalho ($r_s=-0,337$; $p<0,000$).

O tempo de serviço correlaciona-se positivamente e estatisticamente muito significativo com as variáveis:

- _ grupo etário ($rs=0,700$; $p<0,000$);
- _ local do acidente ($rs=0,177$; $p=0,008$).

Apresenta uma relação negativa, mas estatisticamente muito significativa com:

- _ relação jurídica de emprego ($rs=-0,476$; $p<0,000$).

E é significativa com:

- _ modalidade de trabalho ($rs=-0,165$; $p=0,014$);
- _ acção que conduziu à lesão ($rs=-0,159$; $p=0,018$).

A relação jurídica de emprego apresenta uma correlação positiva moderada e significativa com:

- _ modalidade de trabalho ($rs=0,135$; $p=0,045$).

É uma correlação negativa muito significativa com:

- _ grupo etário ($rs=-0,289$; $p<0,000$).

A modalidade de trabalho, para além de ter associação com a variável anterior, possui ainda uma associação positiva, estatisticamente muito significativa com:

- _ sexo ($rs=0,210$; $p=0,002$);
- _ ausências ($rs=0,284$; $p<0,000$).

Apresenta correlação negativa, muito significativa com as variáveis:

- _ grupo etário ($rs=-0,239$, $p<0,000$);
- _ local de trabalho ($rs=-0,392$; $p<0,000$);
- _ agente da lesão ($rs=-0,238$; $p<0,000$);
- _ incapacidade ($rs=-0,303$; $p<0,000$).

O sexo, para além da correlação com a variável anterior correlaciona-se negativamente e de forma muito significativa com:

- _ local do acidente ($rs=-0,223$; $p<0,000$).

O nível habilitacional tem uma associação positiva, estatisticamente significativa com:

- _ modalidade de trabalho ($rs=0,133$; $p=0,047$);
- _ ausências ($rs=0,309$; $p<0,000$).

Apresenta uma associação negativa, muito significativa com:

- grupo etário ($r_s = -0,344$; $p < 0,000$);
- local do acidente ($r_s = -0,181$; $p < 0,000$);
- agente da lesão ($r_s = -0,179$; $p < 0,000$);
- grau de incapacidade ($r_s = -0,292$; $p < 0,000$).

O grupo etário apresenta associação positiva, estatisticamente significativa com:

- local do acidente ($r_s = 0,159$, $p = 0,017$);
- agente de lesão ($r_s = 0,248$; $p < 0,000$).

Correlaciona-se ainda negativamente mas com significado estatístico com:

- ausências ($r_s = -0,141$, $p = 0,036$).

O local do acidente, para além das correlações com as outras variáveis anteriores, associa-se positivamente e de forma muito significativa com :

- agente da lesão ($r_s = 0,187$; $p < 0,005$);
- incapacidade ($r_s = 0,380$; $p < 0,000$).

E associa-se ainda negativamente mas estatisticamente muito significativa com:

- ausências ($r_s = -0,387$; $p < 0,000$).

O mês correlaciona-se negativamente e com pouco significado estatístico com:

- acção que conduziu à lesão ($r_s = -0,135$; $p = 0,044$).

O dia da semana apresenta associação positiva, muito significativa com:

- dia do acidente face ao último dia de descanso ($r_s = 0,197$; $p = 0,003$);
- ausências ($r_s = 0,188$; $p = 0,005$).

Também a variável número de horas cumpridas até ao momento do acidente apresenta associação positiva com:

- dia do acidente face ao último dia de descanso ($r_s = 0,280$; $p < 0,000$).

A acção que conduziu à lesão tem uma correlação negativa, muito significativa com:

- parte do corpo atingida ($r_s = -0,396$; $p < 0,000$).

Correlaciona-se de forma positiva pouco significativa com:

- tipo de lesão ($r_s = 0,133$; $p = 0,048$).

O agente de lesão apresenta correlação positiva, muito significativa com

- tipo de lesão ($r_s = 0,238$; $p < 0,000$);
- com a incapacidade ($r_s = 0,496$; $p < 0,000$);

Correlação negativa muito significativa com :

- ausências ($r_s = -0,496$; $p < 0,000$).

O tipo de lesão, além da correlação com a variável anterior, correlaciona-se de forma negativa mas estatisticamente muito significativa com:

- ausências ($r_s = -0,289$; $p < 0,000$).

As ausências correlacionam-se de forma positiva com:

- modalidade de trabalho ($r_s = 0,284$, $p < 0,000$);
- nível habilitacional ($r_s = 0,309$, $p < 0,000$);
- dia da semana ($r_s = 0,188$), $p = 0,005$).

Correlaciona-se negativamente com:

- grupo profissional ($r_s = -0,337$, $p < 0,000$)
- grupo etário ($r_s = -0,141$, $p = 0,036$)
- agente de lesão ($r_s = -0,496$, $p < 0,000$)
- tipo de lesão ($r_s = -0,280$, $p < 0,000$)

Em todas as outras variáveis as correlações verificadas não apresentavam significado estatístico.

		1- Grupo Profissional	2- Tempo de serviço	3 - Relação Jurídica de emprego	4 - Modalidade de trabalho	5 - Sexo	6 - Nível habilitacional	7 - Grupo etário	8 - Local do acidente	9 - Hora	10 - Mês	11 - Dia da semana	12 -Nº de horas cumpridas no momento do acidente	13 - Dia do acidente face ao último dia de descanso semanal	14 - Acção que conduziu à lesão	15 - Agente da lesão	16 - Tipo de lesão	17 - Parte do corpo atingida	18 - Ausências
1 -Grupo Profissional	rs p				,196** ,003		-,909** ,000	,326** ,000	,223** ,001							,202** ,002			-,337** ,000
2 - Tempo de serviço	rs p			-,476** ,000	-,165* ,014			,700** ,000	,177** ,008						-,159* ,018				
3 - Relação jurídica de emprego	rs p		-,476** ,000		,135* ,045		-,071 ,291	-,280** ,000											
4 - Modalidade de trabalho.	rs p	-,196** ,003	-,165* ,014	,135* ,045		,210** ,002	,133* ,047	-,239** ,000	-,392** ,000					-,141* ,035		-,238** ,000			,284** ,000
5 - Sexo	rs p				,210** ,002				-,233** ,000										
6 - Nível habilitacional	rs p	-,909** ,000			,133* ,047			-,344** ,000	-,181** ,007							-,179** ,007			,309** ,000
7 - Grupo etário	rs p	,326** ,000	,700** ,000	-,280** ,000	-,239** ,000		-,344** ,000		,159* ,017					,118 ,080	-,099 ,139	,248** ,000			-,141* ,036
8 - Local do acidente	rs p	,223** ,001	,177** ,008		-,392** ,000	-,233** ,000	-,181** ,007	,159* ,017								,187** ,005			-,387** ,000
9 - Hora	rs p												,388** ,000						
10 - Mês	rs p														-,135* ,044				
11 - Dia da semana	rs p													,197** ,003					,188** ,005
12 - Nº de horas cumpridas no momento do acidente	rs p								,388** ,000					,280** ,000					
13 - Dia do acidente face ao último dia de descanso semanal	rs p				-,141* ,035							,197** ,003	,280** ,000						
14 - Acção que conduziu à lesão	rs p		-,159* ,018								-,135* ,044								-,396** ,000
15 - Agente da lesão	rs p	,202** ,002			,413** ,000		-,179** ,007	,248** ,000	,187** ,005								,255** ,000		-,496** ,000
16 - Tipo de lesão	rs p															,255** ,000			-,280** ,000
17 - Parte do corpo atingida	rs p														-,396** ,000				
18 - Ausências	rs p	-,337** ,000			,284** ,000		,309** ,000	-,141* ,036	-,387** ,000					,188** ,005		-,496** ,000	-,280** ,000		

** . Correlação significativa para alfa =0,01

* . Correlação significativa para alfa 0,05

Para além da comparação de proporções pretendíamos ainda comparar médias para algumas variáveis. Para tal seleccionamos a variável número de dias perdidos igual ou superior a 1 dia. Como esta variável não apresentava uma distribuição normal procedeu-se à transformação logarítmica, estudada a normalidade da variável logaritmo de dias perdidos, através do teste *Kolmogorov-Smirnov*, tendo-se verificado que esta segue uma distribuição normal ($p=0,471$). As variáveis idade, modalidade de horário e habilitações literárias, foram dicotomizadas e assumimos a distribuição normal uma vez que o número de observações é superior a 30 em ambos os grupos. Satisfeitos os pressupostos da normalidade utilizámos o teste paramétrico *T de student* para amostras independentes.

Pudemos verificar através da análise do teste t para amostras independentes (Quadro 4) que a média dos dias perdidos depende da idade do trabalhador ($p=0,029$ e o IC não contém zero), considerando um nível de significância de 0,05. Os trabalhadores com mais de 45 anos faltam em média mais dias que os trabalhadores com menos de 45 anos (diferença de médias de -0,691).

Quadro 4 – Comparação de média de dias perdidos com a idade

	Teste de Levene para a igualdade de variâncias		Teste T para a igualdade de médias						
	F	p	t	g.l.	p bicaudal	Diferença de médias	Dif. Erro padrão	I.C. 95%	
								Min.	Máx.
Log.Dias Perdidos	1,157	,285	-2,213	89	,029	-,6910	,3123	-1,312	-,070

Quanto à comparação da média de dias perdidos e a modalidade de horário praticado, verificámos, através dos dados fornecidos pelo Quadro 5, existirem diferenças estatisticamente

significativas, entre o tipo de horário praticado e a média de dias perdidos ($p=0,032$ e o IC não contém o zero). Os trabalhadores a desempenhar tarefa em horário fixo faltam em média mais dias que os trabalhadores em horário por turnos ($t=2,18$).

Quadro 5 – Comparação da média de dias perdidos com a modalidade de horário praticado

	Teste de Levene para a igualdade de variâncias		Teste T para a igualdade de médias							
	F	p	t	g.l.	p bicaudal	Diferença de médias	Dif. Erro padrão	I.C. 95%		
								Min.	Máx.	
Log.Dias Perdidos	Igualdade de variâncias assumida	1,252	,266	2,18	89	,032	,6863	,3148	,3148	6,072

Também comparámos se existiam diferenças estatisticamente significativas na média de dias perdidos entre os trabalhadores com habilitações inferiores/superiores ao 12º ano, não se verificaram diferenças com significado estatístico na média de dias perdidos por estes dois grupos ($t=0,676$, $p=0,501$, IC=[-0,446; 0,9062], contém zero).

Quadro 6 – Comparação entre a média de dias perdidos e as habilitações literárias

	Teste de Levene para a igualdade de variâncias		Teste T para a igualdade de médias							
	F	p	t	g.l.	p bicaudal	Diferença de médias	Dif. Erro padrão	I.C. 95%		
								Min.	Máx.	
Log.Dias Perdidos	Igualdade de variâncias assumida	2,509	,117	,676	89	,501	,2301	,3403	-,446	,9062

Pretendemos ainda comparar se em média os dias perdidos diferem nas variáveis sexo, tempo de serviço, regime jurídico de trabalho e tipo de lesão. Atendendo a que estas variáveis não

seguem uma distribuição normal e o número de observações em cada um dos grupos é inferior a 30, optou-se, em alternativa ao teste *T* de *student*, pela comparação das medianas através da aplicação do teste de *U Mann-Whitney*.

Pela análise do Quadro 7 podemos inferir que não existiram diferenças estatisticamente significativas entre a mediana de dias perdidos nos homens e nas mulheres.

Quadro 7 – Influência do sexo sobre a mediana de dias de trabalho perdidos

	Sexo	N	Média das ordens	U Mann-Whitney
Dias de trabalho perdidos	Masculino	14	52,86	443,01 P=0,291
	Feminino	77	44,75	

Não existiram diferenças significativas na distribuição central de dias perdidos entre os trabalhadores que estão no quadro da instituição e os que não estão.

Quadro 8 – Influência da relação jurídica de emprego nos dias de trabalho perdidos

	Relação jurídica de emprego	N	Média das ordens	U Mann-Whitney
Dias de trabalho perdidos	Quadro	80	47,31	335,00 p=0,201
	Não Quadro	11	36,45	

Como se pode verificar pelo Quadro 9, também não verificámos diferenças significativas entre o tempo de serviço e os números de dias perdidos.

Quadro 9 – Influência do tempo de serviço nos dias de trabalho perdidos

	Tempo de serviço	N	Média das ordens	U Mann_Whitney
Dias de trabalho perdidos	<10 anos	29	43,00	812,00 p=0,458
	> 10 anos	62	47,40	

Para compararmos se existiam diferenças estatisticamente significativas na média de dias perdidos entre vários grupos, utilizámos o teste *ANOVA I* para comparação múltipla de médias. Dada a violação à normalidade das nossas variáveis, recorreremos em alternativa ao teste *ANOVA I*, ao teste não paramétrico *Kruskal-Wallis* para a comparação múltipla de medianas. Os resultados são apresentados nas tabelas seguintes.

Da análise da tabela 33, ressalta que existem diferenças estatisticamente significativas entre a mediana de dias perdidos pelas diferentes instituições, $p=0,002$. Os centros de saúde são as instituições que apresentam médias das ordens mais elevadas, salientando-se aqui o Centro de Saúde de Carrazeda de Ansiães com 79,5.

Tabela 33 – Influência da instituição sobre o número de dias perdidos

	Instituição	N	Média das ordens
Dias de trabalho perdidos	HDB	40	38,25
	HDMC	15	50,73
	HDM	17	35,35
	CS Bragança	13	65,27
	CS Mogadouro	2	69,50
	CS Vila Flor	1	68,00
	CS Carrazeda	3	79,50
	Total		91

$$X^2_{(6)}=20,742, p =0,002$$

Através da comparação de medianas de dias de trabalho perdidos pelas diferentes grupos profissionais, verificámos que não existem diferenças estatisticamente significativas, ($p=0,504$).

Tabela 34 – Influência dos grupos profissionais sobre o número de dias perdidos

	Grupo profissional	N	Médias nas ordens
Dias de trabalho perdidos	Médicos	3	74,50
	Enfermeiros	23	38,37
	Técnicos de diagnóstico	4	36,75
	Técnicos superiores	1	6,50
	Técnicos	1	55,00
	Administrativos	7	53,14
	AAM	36	48,49
	Serviços gerais	8	48,06
	Outro pessoal auxiliar	3	50,83
	Operários	4	43,00
	Outro pessoal	1	45,00
	Total	91	

$$X^2_{(10)}=9,303, p=0,504$$

Pela análise da tabela 35 verificámos que, no nosso estudo, o agente de lesão influencia significativamente a média de dias perdidos ($p=0,012$). As escadas/rampa móveis foram o agente de lesão com maior média das ordens (84).

Tabela 35 – Influência do agente da lesão no número de dias perdidos

	Agente da lesão	N	Média das ordens
Dias de trabalho perdidos	Máquinas	2	42,50
	Instalações eléctricas	1	21,50
	Produtos químicos	2	27,00
	Ferramentas / instrumentos / utensílios	15	43,53
	Pavimentos	35	48,03
	Fornos/fornalhas/estufas	1	77,00
	Escadas/rampas móveis	3	84,00
	Meios de transporte	8	67,19
	Outros	23	35,76
	Agentes biológicos	1	2,50
	Total	91	

$$X^2_{(9)}=21,205, p=0,012$$

O tipo de lesão influencia significativamente a média de dias perdidos ($p<0,000$). As fracturas são o tipo de lesão que apresentam uma média de dias perdidos mais elevada (79,88).

Tabela 36 – Influência do tipo de lesão no número de dias perdidos

	Tipo de lesão	N	Média das ordens
Dias de trabalho perdidos	Contusões/esmagamentos	25	39,36
	Feridas	11	31,32
	Entorses/distensões	38	45,22
	Fracturas	13	79,88
	Luxações	1	51,50
	Outro	3	16,33
	Total	91	

$$X^2_{(5)}=30,283, p <0,000$$

Para analisar os factores que aumentaram o risco de ter acidente com baixa, recorremos à análise de regressão logística, determinando o risco relativo através da aproximação pelo *Odds Ratio* e respectivo IC a 95%.

Seleccionámos as variáveis mais significativas e codificámo-las em 0 e 1, para introduzir no modelo, utilizando o método “enter”.

Pela análise do Quadro 10, constatámos que o sexo, a idade e o tempo de serviço não se revelaram com significado estatístico no aumento do risco de ter acidente com baixa, $p > 0,05$ e o IC contém o valor 1. O facto de possuir habilitações superiores ao 12º ano, revelou significado estatístico ($p = 0,002$) como factor protector, ($OR = 0,325$) para o risco de ter acidente com baixa, ($IC = 0,159-0,664$). O mesmo aconteceu com o facto de praticar horário por turnos ($OR = 0,451$ e $IC = 0,218-0,934$). O tipo de lesão foi o factor que mais significativamente ($p < 0,000$) aumentou o risco de ter acidente com baixa ($OR = 18,113$ e $IC = 7,786-42,135$, não contem o valor 1), estando as outras variáveis incluídas no modelo.

Quadro 10 – Avaliação dos factores que mais contribuíram para aumentar o risco de ter acidente com baixa

Variáveis	B	<i>Odds Ratio</i>	p	I.C. 95%
Idade	0,344	1,410	0,377	[0,657-3,024]
Sexo *	0,258	1,249	0,602	[0,491-3,410]
Tempo de serviço	0,019	1,019	0,963	[0,465-2,235]
Habilitações literárias	-1,123	0,325	0,002	[0,159-0,664]
Tipo de horário	-0,797	0,451	0,032	[0,218-0,934]
Tipo de lesão	2,897	18,113	0,000	[7,786-42,135]

* (1-F; 0-M),

Tínhamos ainda como objectivo determinar a relação entre absentismo laboral por doença e absentismo laboral por acidentes de trabalho. Não nos foi possível comprovar estatisticamente esta relação uma vez que os nossos dados só se referem aos trabalhadores com acidentes. No entanto, calculamos, através dos dados do balanço social, a média de dias perdidos por doença ao longo destes 6 anos. Verificámos que a média é de 7,7 dias de trabalho perdidos por doença e por trabalhador. A média de dias perdidos por acidente de trabalho é de 0,63 dias por trabalhador.

4 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A área da Saúde Higiene e Segurança no Trabalho constitui preocupação relativamente recente na Administração Pública, sendo fruto quer da necessidade de aprofundar conhecimentos das variáveis com implicações na gestão de recursos humanos, quer da publicação de legislação que regulamente a organização e funcionamento das actividades desenvolvidas nesta área. – DRHS (2001). Esta preocupação e sensibilização revelou-se bem patente nos responsáveis pelas instituições de saúde do distrito de Bragança que, prontamente, nos autorizaram e nos forneceram toda a informação necessária para a concretização deste estudo.

Cabe aqui referir que o número de acidentes estudado corresponde aos acidentes participados. Outros haverá que não constam das listagens por desconhecimento formal das ocorrências. Importa também sublinhar a existência de algumas situações de informação incompleta no preenchimento de alguns questionários, o que não nos permitiu obter um diagnóstico tão exaustivo quanto desejávamos como é o caso da descrição da actividade aquando da ocorrência do acidente.

Os acidentes de trabalho nas instituições de saúde do distrito de Bragança têm vindo a aumentar todos os anos, passando de 24 em 1996 para 51 em 2001, não só em valores absolutos mas também em valores de incidência, passando de 2,4% em 1996 para 4,1% em 2001. A única excepção corresponde ao ano de 2000 (n=31, 2,5%). Estes resultados encontram-se em concordância com os publicados pelo DRHS, (2001). Para este aumento global de sinistralidade poderão ter contribuído diversos factores nomeadamente as modificações ocorridas nas características do trabalho, associadas à introdução de novas tecnologias, e ao aparecimento de novas doenças infecciosas, nomeadamente a

SIDA, levando os profissionais da saúde a ter uma maior preocupação na notificação de acidentes por exposição a substâncias biológicas. Os hospitais apresentam o maior número de acidentes (n=204), onde se realça o HDB com 126 casos. Quando relacionámos a instituição com as ausências verificámos que existe uma diferença estatisticamente significativa ($p < 0,000$). Nos Centros de Saúde todos os acidentes notificados conduziram a baixas e a média de dias perdidos é significativamente maior que nos hospitais. Este facto pode dever-se a uma sub-notificação por parte dos trabalhadores dos Centros de Saúde dos acidentes não incapacitantes ou ao tipo de actividade desenvolvida nos Centros de Saúde ter como consequência acidentes mais graves, como é o caso dos acidentes rodoviários devido às deslocações domiciliarias diárias, ou ainda devido a estruturas arquitectónicas inadequadas e envelhecidas que se verificam na maioria dos Centros de Saúde do distrito.

Nenhuma das instituições possui serviço de SHST, conforme obriga a LEI 100/97, de 13 de Setembro. Este facto está em concordância com os resultados obtidos num estudo sociográfico realizado por CARAPINHEIRO [et.al.], (1999) onde se afirma que 80% dos hospitais não têm serviços de SO.

O grupo profissional onde ocorrem mais acidentes é o dos enfermeiros (45,3%), seguindo-se o das AAM (29,6%), do pessoal dos serviços gerais (5,4%) e dos médicos (4,9%). Dados também encontrados no estudo realizado por SHEILA, (1996), e os publicados pelo DRHS, (2001). Estes resultados podem dever-se ao facto de os enfermeiros serem o maior grupo profissional nas instituições de saúde e também serem estes profissionais que prestam o maior número de cuidados directos, expondo-os a um risco acrescido de acidentes. Os resultados sugerem uma relação significativa entre o tipo de actividade executada e o tipo de lesão. Quer nos enfermeiros quer nas AAM o tipo de lesão mais

frequente são as feridas (n=72 e n=28 respectivamente), seguindo-se os entorses/distensões e as contusões/esmagamento. São os enfermeiros que preparam e administram medicação, realizam pensos, suturam, executam um sem número de técnicas invasivas, que os expõem constantemente a material perfurocortante. As AAM são muitas vezes vítimas da negligência de outros profissionais (médicos e enfermeiros), que em vez de colocarem o material perfurocortante directamente no contentor adequado, colocam-no no tabuleiro/mesa à espera que as AAM o façam, ou então colocam-no desprotegido no caixote do lixo. Os entorses/distensões atingem essencialmente as AAM (n=18), bem como as contusões/esmagamentos (n=14). ESTRYN-BÉHAR, (1996) também se refere a este aspecto no seu estudo sobre acidentes em serviço, referindo que 51% das enfermeiras alemãs e 44% das AAM referem lombalgias. Este facto parece-nos estar relacionado com o tipo de actividade desempenhada por estes grupos profissionais; mobilização/deslocação de doentes, posturas incorrectas durante outras funções, mobilização de material/equipamento, actividades de limpeza, etc. Quando relacionámos o grupo profissional com as ausências, esta relação revelou-se significativa ($p < 0,000$). O maior número de ausências com baixa verificou-se nas AAM (n=36). No entanto, o grupo profissional não influencia significativamente ($p = 0,504$) a média de dias perdidos. De realçar que os médicos são o grupo profissional que apresenta maior ordem das médias de dias perdidos.

Dos 223 trabalhadores acidentados, 196 pertencem ao quadro da instituição e 143 têm mais de 10 anos de serviço. Nos achados de GIR, [et.al.], (1998) e FERREIRA, (2001) os trabalhadores com mais de 10 anos de serviço foram os que mais se acidentaram. A justificativa de GIR, [et.al.] aponta para uma educação continua insuficiente, falta de sensibilização e consciencialização pessoal, supervisão continua e sistemática insuficiente. O tempo

de experiência profissional longo parece ser indicativo de dificuldades para acatar as precauções universais, pois os conceitos apreendidos na sua formação básica são hoje obsoletos e a mudança de comportamentos não ocorre facilmente. Na prática quotidiana deparamo-nos frequentemente com verbalizações de funcionários que expressam a subestimação do risco.

Nem a relação das ausências com o tempo de serviço nem com a relação jurídica de emprego se revelaram significativas, o que nos leva a inferir que o tempo de serviço e o regime jurídico de emprego, não tem influência nas ausências com baixa. Mesmo perante acidentes com baixa nenhuma destas variáveis influencia o número de dias perdidos. Em nosso entender, isto pode dever-se ao facto da legislação existente ser igual para todos os trabalhadores, independentemente do vínculo que cada um tenha à instituição.

A maioria dos acidentes ocorreu em trabalhadores com o bacharelato (43,5%) e trabalhadores com menos do 9º ano (38,6%). Estes dados confirmam os resultados encontrados na questão sobre os grupos profissionais, que correspondem efectivamente ao grupo dos enfermeiros e das AAM. Estes dados são discordantes dos do DRHS, (2001) que apontam para o maior número de acidentes nos trabalhadores com menos do 9º ano (36,39%).

59,6% dos trabalhadores acidentados praticam horário por turnos e 40,4% horário fixo, dados concordantes com os do DRHS, (2001). Verificámos existir uma relação significativa ($p < 0,000$) entre o nível habilitacional e as ausências, o que nos leva a inferir, através da negatividade do coeficiente de correlação de *spearman* ($rs = -0,332$, com $p < 0,000$), que quanto mais baixo é o nível habilitacional maior é a probabilidade de ter acidente com

baixa. Podemos concluir que o nível habilitacional baixo contribui para aumentar a gravidade do acidente, facto que também se podem associar ao tipo de actividades que desempenham os trabalhadores com baixo nível habilitacional. De entre os trabalhadores com acidentes com baixa, não verificámos diferenças estatisticamente significativas no número de dias perdidos e o nível habilitacional. Revelou-se significativa a relação entre ausências e o tipo de horário praticado. O maior número de acidentes com baixa ocorrem nos trabalhadores a praticar horário fixo (n=51), embora seja maior o número de acidentes naqueles que trabalham por turnos. A média dos dias perdidos é significativamente ($p=0,032$) maior nos trabalhadores em horário fixo. Assim, concluímos que os trabalhadores em horário fixo, perante um acidente com baixa, faltam em média mais dias que os trabalhadores com horário por turnos. Isto poder-se-á dever a factores económicos, uma vez que os trabalhadores em horário por turnos ficam privados da remuneração das horas suplementares.

Em trabalhadores do sexo feminino aconteceram 189 acidentes, contra 34 em trabalhadores do sexo masculino. Contudo é de ter presente a elevada taxa de feminização dos serviços de saúde. Estes dados vão de encontro aos de BRANDI [*et.al.*], (1998) e do DRHS, (2001). Este departamento aponta ainda o grupo etário mais acidentado como sendo o dos 25-29 anos (15,27%) e dos 30-34 anos (14,32%), dados que contrapõem os do nosso estudo em que o grupo etário mais acidentado foi dos 45-49 anos (26,6%) e dos 40-44 anos (18,8%). De referir que no nosso estudo o grupo etário masculino mais acidentado é o dos 30-34 anos, estando este resultado em concordância com os dados do DRHS, (2001). A relação entre ausências e a idade revelou-se significativa ($p=0,0001$), o que nos permite inferir que os trabalhadores com idade mais avançada têm mais acidentes com baixa e em média faltam mais dias ao serviço que os mais novos. Este facto poderá

estar relacionado com uma mais rápida recuperação por parte dos trabalhadores mais jovens.

O sexo não revelou influenciar significativamente ($p=0,553$) as ausências nem o número de dias perdidos ($p=0,291$).

Os serviços de internamento registaram a maior percentagem de sinistralidade (39,9%), seguidos do SU (10,9%) e do BO (7,6%), dados que corroboram os do DRHS, (2001). As actividades desenvolvidas nos serviços de internamento são as que comportam mais risco de acidentes, dadas as características em que assenta este desempenho (contacto com doentes de risco, mobilização de doentes acamados, manuseamento de instrumentos cortantes e perfurantes, trabalho por turnos...). No SU e BO o número de acidentes pode ser devido ao ritmo de trabalho intenso e ao grande número de procedimentos invasivos. No entanto, quando relacionámos o local do acidente com as ausências, verificámos que são os serviços de apoio e os outros os grandes responsáveis por acidentes com baixas.

O maior número de acidentes concentra-se entre às 8 e às 12 horas (46,2%) e as 12 e as 16 horas (21,5%), o que corresponde ao turno da manhã. Em média os acidentes ocorrem às 12,38 horas com um desvio padrão de $\pm 4,48$ horas. Também o estudo de BRANDI [*et.al.*], (1998) e o DRHS, (2001) referem este período como correspondendo à maior incidência de acidentes. Este facto pode ser explicado pelo ritmo de trabalho ser mais intenso no período diurno. É importante destacar que a maior parte dos procedimentos terapêuticos, colheita de espécimes para exames, cirurgias electivas, exames auxiliares de diagnóstico, cuidados de higiene e conforto dos doentes, são realizados neste período. O mesmo acontecendo com os procedimentos não terapêuticos, como preparação de refeições e alimentação dos

doentes, realização de tarefas de limpeza e lavandaria, reparos e manutenção de equipamentos, actividades de jardinagem, etc.

No que concerne à distribuição dos acidentes ao longo do ano verificou-se ser mais ou menos homogénea. Existe, no entanto, um decréscimo nos meses de Julho (4,5%), Dezembro (4,9%), Setembro (6,1%) e Agosto (8,1%), meses que correspondem habitualmente às férias dos trabalhadores.

O DRHS, (2001) refere a Segunda-feira como o dia da semana com mais sinistralidade. No nosso estudo, os acidentes distribuem-se mais ou menos uniformemente pelos dias úteis, diminuindo ao fim-de-semana. Esta diminuição de acidentes ao fim-de-semana é em nossa opinião consequência da diminuição do ritmo de trabalho, do menor número de trabalhadores em escala, diminuindo portanto o risco de ocorrência de acidente. No nosso estudo, o pico dos acidentes verifica-se a meio da semana, Quarta-feira (22,9%). Este dia é também apontado por BRANDI [*et.al.*], (1998) como o dia de maior sinistralidade, no seu estudo, de 1994, sobre a ocorrência de acidentes de trabalho com material perfurocortante entre 1205 trabalhadores de um hospital universitário. Pela análise da informação disponível não encontramos justificativa para tal ocorrência.

Tal como nos dados do DRHS, (2001) também no nosso estudo a maioria dos acidentes ocorreu no primeiro dia de trabalho após descanso semanal (n=77), registando-se no momento do acidente 1-3 horas de trabalho cumpridas (n=56). Este facto poderá relacionar-se, de certo modo, com alguma inadaptação à actividade laboral e também, como já foi referido, à maior concentração de actividades no início do turno.

Relativamente à acção que conduziu à lesão a picada de agulha assume o valor percentual mais elevado (36,3%), seguindo-se a queda do trabalhador (32,8%). Estes dados vão de encontro aos

resultados de vários estudos nesta área. Além dos resultados do DRHS, (2001) também SHEILA, (1996) e FERREIRA, (2001) referem a picada de agulha como a primeira causa de acidente. Segundo os dados da DRHS, (2001) a picada de agulha é responsável por 41,9% dos acidentes e as quedas por 22,3%. Os nossos resultados também corroboram os encontrados por GIR [et.al.], (1998) e os do INTERNATIONAL HEALTH CARE WORKER SAFETY CENTER, (1999) segundo o qual, das 5000 feridas percutâneas participadas nos hospitais que participaram no Sistema Nacional de Vigilância do CDC para Trabalhadores Sanitários (NaSH), entre Junho de 1995 e Junho de 1999, 62% estiveram relacionadas com agulhas conspurcadas. Pela descrição do acidente, no nosso estudo, podemos contactar que a maioria dos acidentes por picada de agulha ocorreram durante ou após o seu uso e na tentativa de as reencapsular, prática que já deveria estar abandonada e que contraria as orientações emanadas pelo CDC em 1997. Os dados da NaSH demonstraram que aproximadamente 38% das lesões ocorre durante o uso das agulhas e 42% depois do uso destas, antes de as colocar no dispositivo. Já em estudos anteriores, KRASINNSKI, (1987); LAWRENCE [et.al.], (1997) demonstraram que 10% a 25% das lesões ocorrem quando se volta a tapar a agulha usada. Também ROBERT, (1997) corroborou estes dados. Se atendermos ao facto de, no estudo por nós efectuado, os acidentes acontecerem com maior frequência em grupos de idade mais avançada e com mais anos de serviço, também poderemos inferir que este facto se poderá dever à rotinização do serviço e/ou a uma certa resistência à mudança.

Quando relacionámos a acção que conduziu à lesão com as ausências, verificámos que existem diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,000$), o que nos leva a inferir que as quedas e os esforços excessivos são as acções que conduzem a mais acidentes com baixas ($n=49$ e $n=20$ respectivamente).

O agente de lesão instrumentos revelou-se o mais frequente (55,6% das ocorrências), o que vai de encontro aos resultados anteriores. A relação com as ausências revelou-se significativa ($p < 0,000$), sendo o pavimento/escadas responsável pelo maior número de acidentes com baixa ($n=39$), seguindo-se outros ($n=26$). Na comparação da média de dias perdidos nos trabalhadores com baixa, verificamos que o agente da lesão influencia significativamente ($p=0,012$) as ausências com baixa, verificando-se uma média das ordens maior para os acidentes ocorridos nas escadas/rampas móveis.

O tipo de lesão mais frequente são as feridas ($n=121$) e a parte do corpo mais atingida são as mãos ($n=115$). Destes, 102 casos são de feridas. Estes resultados estão em concordância com os do DRHS, (2001). Também nos outros sectores que não o da saúde, e de acordo com as estatísticas do DETEFP/MTS, referidas por MIGUEL, (2000) as mãos ocupam o primeiro lugar (29,8%). Verificámos que o tipo de lesão influencia significativamente ($p < 0,000$) as ausências e o número de dias perdidos. Podemos ainda inferir que o tipo de lesão que mais conduz a acidentes com baixa são os entorses/distensões (41,8%), as contusões/esmagamentos (27,5%) e as fracturas (14,3%). De realçar que todas as fracturas levaram a acidentes com baixa, sendo que a maior média das ordens é a das fracturas, quando comparamos a média de dias perdidos com o tipo de lesão. Estes dados são concordantes com os de ESTRYNE-BÉHAR, (1991) que num estudo realizado em 12 hospitais da região de Paris, envolvendo 1505 mulheres, constatou que a patologia osteo-articular é responsável por 29% dos dias de falta ao trabalho e esteve presente em 62% dos casos de acidentes de trabalho que originaram faltas. 1/3 desses acidentes foram provocados por mobilização de doentes. A parte do corpo atingida não influenciou significativamente as ausências, nem a média de dias perdidos.

Pela análise de regressão logística, no nosso estudo, as alterações musculoesqueléticas, o possuir habilitações literárias baixas e o praticar horário fixo foram os factores que aumentaram significativamente ($p < 0,05$) o risco de ter um acidente com baixa.

Do total dos acidentes, 59,2% não apresentaram incapacidade e 40,8% resultaram em incapacidade temporária absoluta. Destes, todos tiveram como consequência baixa. Estes resultados contrariam os do DRHS, (2001) em que 58% dos acidentes resultaram em ausências com baixa ao trabalho. No nosso estudo, os trabalhadores com ausências com baixa faltaram no total 6116 dias, o que dá uma média de 67,23 dias de trabalho perdidos por acidente com baixa. Verificámos uma percentagem igual entre os períodos de faltas entre 1-8 dias e mais de 30 dias (29,7%).

Após acidente de exposição ao sangue devem realizar-se marcadores víricos ao trabalhador e ao doente fonte. No nosso estudo, constatamos que quase metade (49,4%) dos trabalhadores que tiveram este tipo de acidente não realizaram marcadores víricos. 67,9% refere não ter usado luvas no momento do acidente. Dados que contrariam as recomendações do CDC, (1998). Também TOLILA-HUET, (1997) e MARCUS-BELL, (1997) referem um considerável progresso no entendimento do risco ocupacional, embora os profissionais de saúde, e principalmente os enfermeiros, tenham enfrentado desafios diversos, como por exemplo a resistência à utilização de dispositivos de protecção individual e à subestimação do risco em se infectar.

Os encargos dos acidentes de trabalho, calculados com base na remuneração média diária de cada grupo profissional, atingiram os **168856.27** euros. Não contando com despesas médicas, hospitalares, farmacêuticas, além dos gastos com indemnizações

por incapacidade e das irreparáveis perdas humanas e situações de deficiência. Tal como refere SANTOS, (1996) a avaliação global dos custos com os acidentes de trabalho em Portugal cifra-se em 4% do PIB. Este autor defende que os custos com a prevenção seriam de metade (2%) e as medidas preventivas passariam por uma instauração de uma cultura de SHST nas empresas e nos trabalhadores, bem como uma inspecção eficaz às condições laborais.

5 – CONCLUSÃO

Face ao descrito anteriormente podemos concluir que os acidentes ocorrem essencialmente nos hospitais, na área de internamento, com maior frequência a meio da semana, (Quarta-feira) e nos meses de Outubro e Novembro. Os enfermeiros e as AAM são os grupos profissionais mais acidentados, assim como os trabalhadores do sexo feminino, com idades entre 45-49 anos, assim como os que praticam horário por turnos. A primeira causa de acidente é a picada de agulha, seguida das quedas. A parte do corpo mais atingida são as mãos. Os acidentes ocorrem principalmente no primeiro dia após o descanso semanal e após 1-3 horas de trabalho, recaindo a média às 12,38 horas. O tipo de lesão mais frequente são as feridas e a maioria dos acidentes (59%) não originou ausências com baixa.

Os factores que contribuíram significativamente ($p < 0,000$) para acidente com baixa foram:

- A idade superior a 45 anos;
- O baixo nível habilitacional;
- O realizar horário fixo;
- O grupo profissional das AAM;
- As quedas e os esforços excessivos;
- O agente de lesão, pavimento e escadas;
- O tipo de lesão, entorses/distensões;
- As lesões que atingem o tronco e os pés.

Dentre os trabalhadores com baixa ($n=91$), os factores que contribuíram significativamente ($p < 0,000$) para aumentar a média de dias de trabalho perdidos foram:

- Idade superior a 45 anos;
- O praticar horário fixo;
- O tipo de lesão (alterações musculoesqueléticas).

Os factores que aumentaram o risco de ter acidente com baixa foram:

- O possuir habilitações baixas;
- O praticar horário fixo;
- O tipo de lesão.

Conforme o cálculo aproximado (ver quadro 21) os custos dos acidentes de trabalho ascenderam a **168856.271 euros**.

Partindo do princípio de que todos somos os principais responsáveis pela nossa saúde, entendemos que os acidentes de trabalho não são apenas um problema das organizações mas sim de todos nós. Longe de esgotar o assunto em desenvolvimento, julgamos ter proporcionado uma panorâmica geral sobre a ocorrência de acidentes nas instituições de saúde do distrito de Bragança nestes últimos 6 anos, bem como a possibilidade de reflectirmos sobre a problemática em apreço, sensibilizando todos, administradores e profissionais que trabalham nas instituições de saúde.

Conscientes da problemática dos acidentes e das consequências inerentes, compete a todos os envolvidos reflectir e tomar medidas no sentido de garantir uma melhor qualidade de vida dos profissionais, contribuindo desta forma para uma melhoria da qualidade da prestação de serviços nas instituições de saúde. Assim sendo, cabe-nos enumerar algumas sugestões relativamente à diminuição do número de acidentes verificados.

- Implementar serviços de SHST e Comissões de Higiene e Segurança, visando o desenvolvimento e implementação de normas e regulamentos de SHST;
- Preservar os recursos humanos através da promoção da saúde dos trabalhadores bem como das condições de trabalho;

- Aquisição de material para mobilização de doentes acamados, bem como pequenas alterações estruturo-sanitárias que facilitem a prestação de cuidados a este tipo de doentes;
- Promover acções de formação e sensibilização que abranjam todos os trabalhadores, sobre SHST, dando prioridade especial aos grupos mais acidentados;
- Incluir nos currículos escolares a disciplina de SHST, por forma a permitir o desenvolvimento de conhecimentos e hábitos de segurança para desempenho da profissão;
- Fomentar, nas instituições, a investigação na área da SHST, para permitir o desenvolvimento de conhecimentos e hábitos de segurança.

BIBLIOGRAFIA

AGENCIA EUROPEIA PARA A SEGURANÇA E A SAÚDE NO TRABALHO - **Segurança e Saúde no Trabalho Estatísticas**. <http://pt.osha.eu.int/statistics/static.stm>. 1999. Pp.1-11.

ASSOCIAÇÃO DE EMPRESAS DE CONSTRUÇÃO E OBRA PÚBLICAS (AECOPS) - **Informação Nacional**. Noticias Nacionais;. www.aecops.pt/noticias/199932/3103.html. 1999.

BRANDI, Simone; BENATTI, M.C. C.; ALEXANDRE, Neusa M.C. - **Accidents with perforative tools among nursing workers**. Journal of São Paulo University School of Nursing.Nº2, vol.32, Agosto, 1998. Pp. 124-133.

CABETE, Dulce Gaspar. – **Risco, Penosidade e Insalubridade. Uma realidade na profissão de enfermagem**. Sindicato dos Enfermeiros Portugueses. Lisboa, 2000. Pp.63. ISBN-972-95420-4-X.

CAMPBELL, j. Michael; MACHIN, David. – **Medical Statistics a Commonsense Approach**. Wiley, 3º ed., New York, 2000. Pp.2-196. ISBN-0-471-98721-2.

CARAPINHEIRO, G, LOPES N. – **Recursos e Condições de Trabalho dos Enfermeiros Portugueses – Estudo Sociográfico de Âmbito Nacional**. Sindicato dos Enfermeiros Portugueses,1999. Pp.9-138.

CAXIEIRO, Maria Isabel Sousa – **Luvas de látex – factor de risco nos profissionais de saúde**. Revista Nacional de Saúde Pública, Vol.15, n.º 4 – Outubro/Dezembro, 1997. Pp.59 – 70.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). – **Public Health Service guidelines for the management**

of health care worker exposures to HIV and recommendations for post exposure prophylaxis. MMWR 47 (RR5). 1998.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). – **Evaluation of safety devices for preventing percutaneous injuries among health-care workers during phlebotomy procedures.** Minneapolis – St. Paul, New York City, and San Francisco, 1993-1995. MMWR 46 (2), 1997. Pp. 21-25.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). – **Recommendations for prevention and control of hepatitis C virus (HCV) infection and HCV – related chronic disease.** MMWR 47 (RR 19), 1998. Pp. 1-39.

CRUZ, Arménio Guardado - **Riscos Profissionais e Organização do Trabalho.** Sinais Vitais N. ° 23, Março 1999. Pp. 27-32.

DETEFP/MTS. **Estatísticas de Acidentes de Trabalho – 1999.** Departamento De Estatística Do Trabalho, Emprego E Formação Profissional/Ministério do Trabalho e da Solidariedade. <http://www.detefp.pt/004publi/est/at2000.pdf>. 2000. Pp. 5.

DURÃO; Álvaro. - **Saúde Ocupacional Hospitalar, In: Congresso Nacional de Infecção Hospitalar Ano 2000.** Coimbra, 1999, pp.12-20.

DIÁRIO DA REPUBLICA (262), **Decreto Lei 441/91.** I Série A, 14 de Novembro 1991. Pp. 5827-5833.

DIÁRIO DA REPÚBLICA (212), **Lei 100/97,** I Série A, Lisboa, 13 de Setembro 1997. Pp. 4910-4916.

DIÁRIO DA REPUBLICA (271), **Decreto Lei 503/99** de Novembro de 1999. Pp. 8241-8255.

DIÁRIO DA RÉPUBLICA (109), **Decreto Lei n.º 159/99**, 11 de Maio de 1999.pp. 2441-2449.

DIÁRIO DA REPUBLICA (101) **Decreto lei n.º 143/99**, I Série A –30 de Abril de 1999. Pp. 2323-2333.

DIÁRIO DA REPUBLICA (268) **Decreto lei n.º 488/99**, I Série A – 17 de Novembro de 1999. Pp. 8097-8099.

DIÁRIO DA REPUBLICA (149), **Decreto lei n.º 109/00**, I Série A – 30 de Junho de 2000. Pp. 2835-2851.

ESTRYN-BÉHAR, Madeleine – **Guide des Risques Professionnels du Personnel des Services de Soins**. Paris: Editions Lamarre. 1991. ISBN-285030-097 7.

ESTRYN-BÉHAR, Madeleine – **Souffrance psychique et risque de «burn out» chez les infirmières**. In Soins n° 616 – Juin 1997. Pp. 13-21. ISSN-0038-0814.

FERREIRA, Maria Margarida Silva Vieira. – **Riscos para a Integridade Física dos Enfermeiros no Local de Trabalho**. Dissertação da tese de Mestrado em Saúde Pública. Universidade do Porto, 2001.

GIR, Elucir; COSTA, Fabiana Prado Potiens; SILVA, Adriana Maria. – **The Nursing Team And Occupational Accidents With Potentially Contaminated Material in The Era Of HIV**. Revista Escola Enfermagem USP, V.32, N°3, 1998. Pp.262-272.

GRAÇA Luís; MÁRIO Faria. – **Ano Europeu da Segurança e Saúde no Local de Trabalho**. Revista Portuguesa de Saúde Pública, vol.11, N°1, Janeiro/Março 1993. Pp.15-19.

GREY, Margaret. – **Métodos de Colecta de Dados. In: pesquisa em Enfermagem. Métodos, Avaliação Crítica e Utilização.** Editora Guanabara S.A. Rio de Janeiro, 4ª ed., cap. XII,. 2001. Pp. 176-187.

GESTAL-OTERO, J. – **Riesgos del Trabajo del Personal Sanitario.** Madrid: Interamericana, McGraw-Hill, 1993. Pp. 76-523.

HENRIQUE, Jusuvino. – **Transmissão da Tuberculose em meio Hospitalar. In: Riscos dos agentes biológicos.** IDICT. Lisboa. 1999. Pp. 232-244. ISBN-972-8321-29-5.

HOSPITAL DISTRITAL DE BRAGANÇA, **Balanço Social.** Anos 1996,1997,1998,1999,2000 e 2001.

HOSPITAL DISTRITAL DE MIRANDELA, **Balanço Social.** Anos 1996,1997,1998,1999,2000 e 2001.

HOSPITAL DISTRITAL DE MACEDO DE CAVALEIROS, **Balanço Social.** Anos 1996,1997,1998,1999,2000 e 2001.

INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO E INSPECÇÃO DAS CONDIÇÕES DE TRABALHO. – **Directivas sociais.** IDICT 1º ed. Lisboa. 2001. ISBN-972-8321-44-9.

INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO E INSPECÇÃO DAS CONDIÇÕES DE TRABALHO. – **Notificações/comunicações obrigatórias no domínio da SHST.** IDICT 1º ed. Lisboa. 2002. ISBN-972-8321-51-1.

INTERNATIONAL HEALTH CARE WORKER SAFETY CENTER.
– **Uniform needlestick and sharp-object injury report 1996, 65 hospitals.** Adv Exposure Prev 3(2). 1997. Pp. 15-16.

JEKEL, James F.; ELMORE, Joann G.; KATZ, David L. – **Epidemiologia, Bioestatística e Medicina Preventiva.** – Artmed, São Paulo, 1996. Pp. 80-281. ISBN-85-7307-429-9.

LLUIS, Salvador Moncada. - **Salud Laboral. In: Salud Publica.** McGraw – Hill. Interamericana. Madrid. 1998. Pp. 767-789. ISBN-84-486-0188-2.

KRASINSKI K; LACOUTURE R; HOLZMAN RS. – **Effect of changing needle disposal systems on needle puncture injuries.** Infect Control 8(2), 1987. Pp. 59-62.

LAWRENCE LW; DELCLOS GL; FELKNOR SA, JOHNSON PC; FRANKOWSKI RF; COOPER SP; DAVIDSON A. – **The effectiveness of a needleless intravenous connection system: an assessment by injury rate and user satisfaction.** Infect Control Hosp Epidemiol 18(3), 1997. Pp. 175-182.

LOURENÇO, Cidolina Maria Moreira. – **Prevalência das Hepatites Víricas no meio Hospitalar.** Nursing, n.º 141, Fevereiro 2000. Pp.24–28.

MARCUS-BELL, D. – **Occupation risk of human immunodeficiency virus infection in healthcare workers: an overview.** Am J Med 102 (supl 5B). 1997. Pp. 9-15.

MATA, Maria Augusta Pereira. – **Efeitos Neurotóxicos nos Trabalhadores Expostos ao Estireno.** –Dissertação da tese de Mestrado em Saúde Pública. Universidade do Porto, 1999.

MIGUEL, Alberto Sérgio. - **Manual de Higiene e Segurança do Trabalho**. Porto editora, 5ª edição, 2001. Pp. 527. ISBN-972-0-45100-9.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS DA SAÚDE. **Acidentes Trabalho em 1999**. DRHS/MS, Direcção de Serviços de Estudos e Informação. Fevereiro 2001. Pp54.

MANZANO, Maria João. - **Riscos dos agentes biológicos nos Centros de Saúde e Hospitais – Acidentes de exposição ao sangue: risco de Sida e Hepatite B e C para os Profissionais de Saúde In: Riscos dos Agentes Biológicos, Manual de prevenção**. Lisboa. IDICT, Cap. 7, 1999. Pp.231. ISBN-972--8321-29-5.

NIOSH. – **Prevención de lesiones por pinchazos (piquetes de aguja) en entornos clínicos**. DHHS, Novembro 1999. www.cdc.gov/spanish/niosh/docs/00-00/108sp.html.

ORGANIZATION MONDIALE DE LA SANTE; Bureau Régional de l'Europe - **Les Risques Professionnels dans les Hôpitaux**. Rapports et Études EURO 80, Copenhague-Hayes, 1986.

OSHA **Segurança e Saúde no Trabalho**, <http://pt.osha.eu.int/statistics/static.smt>. 2000. Pp.5.

PESTANA, Helena Maria; GAGEIRO, João Nunes. – **Análise de dados para ciências sociais. A complementaridade do SPSS**. – Edições Sílabo, Lisboa, 1998. Pp. 17-455. ISBN-972-618-181-X.

PÉREZ Morales M. José; GALDEANO, Rodríguez Nicolás; PÉREZ, Morales Purificación; ALONSO, Pérez Fernando; CARRIÓN, Berlanda Juan J. – **Evaluación cualitativa de los**

riesgos laborales del personal de enfermería de anestesia, reanimación, y quirófano. El Termómetro, revista de la asociación Española de enfermería del trabajo y salud laboral, nº 6, Abril, 2001. Pp. 11-18.

RIBEIRO, R. - Acidentes de Trabalho: ocorrência nas instituições dependentes do Ministério da Saúde. Lisboa. Ministério da Saúde, Departamento de Recursos Humanos da Saúde, Maio 1997. P. 90.

RAMOS, Marc Hubert Marescottiet. - Le mal de dos. Prévention et limites. In Soins nº 616 – Juin 1997. Pp. 10-12. ISSN-0038-0814.

ROGERS, Bonnie. - Enfermagem do Trabalho Conceito e Prática. Loures. Lusociência, 1997. Pp.2-159. ISBN-972-8383-03-7.

ROBERT, Olivier. - Personnels soignants et risques professionnels. Bial et perspectives. Masson. In Soins, nº616, juin, 1997. Pp. 5-9. ISSN 0038-0841.

RODRIGUES, Ana Xequ e FERREIRA, Isabel Furtado - Enfermagem, uma Profissão exposta a diversos factores de risco. Nursing, nº 139, Dezembro 1999. Pp. 38-40.

SANTOS, Eduardo J.R. - Saúde organizacional. Revista Inter. acções, N.º 3, Janeiro – Julho 1996. Pp. 69-74.

SCHWARTZ, G. E. - Estress Mnagement in Occupational setting in: JSJ Manuso (ed.), Occupational Clinical Psychology. New York, Praeger, 1983.

SUB REGIÃO DE SAÚDE DE BRAGANÇA, **Balanço Social**. Anos 1996,1997,1998,1999,200 e 2001.

SHEILA D. - **Acidentes de trabalho em meio Hospitalar In: Jornadas de investigação em Saúde Pública e Saúde Ocupacional**. Edição CIMS. 1996. Pp.265-282.

STONE, B. Donald; ARMSTRONG, R. Warwick; MARCRINA M. David; PANKAU, W. Joseph. – **Introduction to Epidemiology**. McGraw-Hill Companies. 1999. Pp. 189. ISBN-0-697-12289-1.

TOLILA–HUET, Yannick – **Les professionnels et le SIDA**. In Soins n° 616 – Juin 1997. Pp.22-23. ISSN-0038–0814.

TRIOLA F. Mário – **Introdução à Estatística**. 7ª ed. Livros Técnico e Científicos Editora AS. Rio de Janeiro. 1999.pp. 400. ISBN 85-216-1154-4.

UTAD - **Saúde, Higiene Segurança no trabalho**.

<http://panoias.utad.pt/12966/seguranca/hst/estatisticas.htm>. 2000, 2 pp.

UVA, António Sousa – **Comentário In: Luvas de látex – factor de risco nos profissionais de saúde**. Revista Nacional de Saúde Pública, Vol.15, n.º 4 – Outubro/Dezembro, 1997. Pp.63–64.

UVA, António de Sousa e FARIA, Mário – **Riscos Ocupacionais em Hospitais e outros Estabelecimentos de Saúde**. Lisboa: Sindicato Independente dos Médicos e Federação Nacional dos Médicos, 1992.

UGT. - **Um Acordo Económico e Social para o ano 2000**. <http://www.ugt.pt/aes2000/consmcv.htm>. 2000. P.10

ANEXOS

ANEXO A

ANEXO B

ANEXO C