



ASSOCIAÇÃO DE POLITÉCNICOS DO NORTE (APNOR)

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA

ACIDENTES DE TRABALHO EM MEIO HOSPITALAR

CUSTOS ASSOCIADOS

Urbano José Castilho Rodrigues

Professora Doutora: **Teresa Isaltina Gomes Correia.**

Professora Adjunta Especialista: **Matilde Delmina da Silva Martins.**

Bragança, abril, 2013



ASSOCIAÇÃO DE POLITÉCNICOS DO NORTE (APNOR)

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA

ACIDENTES DE TRABALHO EM MEIO HOSPITALAR

CUSTOS ASSOCIADOS

Urbano José Castilho Rodrigues

Dissertação apresentada ao Instituto Politécnico de Bragança para obtenção do Grau de Mestre em Gestão das Organizações, Ramo de Gestão de Unidades de Saúde, ao abrigo do Despacho n.º 14911/2011 do Diário da República, 2.ª série - N.º 211 - 3 de Novembro de 2011.

Orientada por:

Professora Doutora: **Teresa Isaltina Gomes Correia**

Professora Adjunta Especialista: **Matilde Delmina da Silva Martins**

Bragança, abril, 2013

RESUMO

Introdução: O ambiente hospitalar constitui de *per si* um complexo meio propício ao surgimento de acidentes de trabalho com os custos associados.

Objetivo: Estudar os acidentes de trabalho em meio hospitalar e os custos associados.

Participantes e Métodos: Estudo longitudinal retrospectivo. A amostra foi constituída por 164 trabalhadores, que no período de 2006/2010, tiveram acidente de trabalho notificado no Centro Hospitalar do Nordeste.

A recolha dos dados foi realizada no período de 01/12/2011 a 30/04/2012 no Departamento de Recursos Humanos, através dos boletins de participação dos acidentes e da ficha de registo de urgência, junto do responsável pelo departamento.

Recorreremos à estatística descritiva e à inferencial através do teste ANOVA.

Resultados: Os resultados revelaram as variáveis que se associaram significativamente com os custos e foram: grupo profissional ($p=0,048$); parte do corpo atingida ($p=0,002$); ação que conduziu à lesão ($p=0,031$); exames auxiliares de diagnóstico ($p<0,001$); agente da lesão ($p<0,001$) e dias de trabalho perdidos ($p<0,001$). Os médicos foram o grupo com maior média (7 605,60 €) nos custos por acidente e os enfermeiros os mais acidentados (55,5%). O grupo etário mais acidentado situou-se nos 50-54 anos com predominância feminina (82,3%) e mais de 10 anos de serviço (89,0%), sendo a principal causa, a picada de agulha (32,3%). Os esforços excessivos/movimentos inadequados foi a lesão que apresentou média de custos (6 501,96€) mais elevada. As mãos foram a parte do corpo mais lesionada, sendo a cabeça a que apresentou maior média de custos (9 633,58 €). O maior número de acidentes registou-se entre as 8-16 horas (62,8%) e nos serviços de internamento médico (29,3%). Os trabalhadores com ausências faltaram em média 50,93 dias.

Conclusão: Os custos dos acidentes de trabalho são uma realidade com repercussões económicas significativas, afetando não só os trabalhadores individualmente mas também as instituições e a sociedade em geral.

Palavras-chave: acidentes de trabalho; absentismo; alocação de custos; economia.

RESUMEN

Introducción: El ambiente hospitalario es en sí mismo un complejo entorno propicio para la aparición de accidentes de trabajo con costos asociados.

Objetivo: Estudiar los accidentes de trabajo en los hospitales y los costos asociados.

Participantes y Métodos: Estudio longitudinal retrospectivo. La muestra constó de notificaciones por profesionales, que en el período 2006/2010, fueron víctimas de accidentes de trabajo en el Centro Hospitalario do Nordeste.

La recolección de datos se llevó a cabo desde 01/12/2011 al 30/04/2012, a través de boletines de accidentes de participación y formularios de registro de urgencias, con la responsabilidad del Departamento de Recursos Humanos.

Se recurre a las estadísticas descriptivas y a la inferencial mediante la prueba Anova.

Resultados: Los resultados revelaron las variables que influyen significativamente en los costos: grupo profesional ($p=0,048$), parte del cuerpo lesionada ($p=0,002$), acción que llevó a la lesión ($p=0,031$), los procedimientos de diagnóstico ($p<0,001$), agente de la lesión ($p<0,001$) y los días perdidos de trabajo ($p<0,001$). El grupo médico tuvo el mayor costo promedio por accidente (7 605,60 €) y los enfermeros los más accidentados (55,5%). El grupo de edad con más accidentes fue de 50-54 años, con un predominio del sexo femenino (82,3%) y más de 10 años de servicio (89,0%), siendo la causa principal, el pinchazo (32,3%). El tipo de movimientos de lesión, esfuerzo excesivo / movimientos inapropiados, presentaron los mayores costes medios (6 501,96€). Las manos eran la parte más lesionada del cuerpo, y la cabeza tenía mayores costes medios (9 633,58 €). El gran número de accidentes se registró entre las 8 y 16 horas (62,8%) y en los servicios médicos para pacientes hospitalizados (29,3%). Los trabajadores con ausencias han perdido una media de 50,93 días.

Conclusión: Los costos de los accidentes de trabajo son una realidad con un impacto económico real, afectando no sólo a los trabajadores individuales, sino también las instituciones y la Sociedad en general.

Palabras clave: accidentes de trabajo, el ausentismo, asignación de costos, economía.

ABSTRACT

Introduction: The hospital environment is in itself a complex environment conducive to the emergence of workplace accidents with their associated costs.

Objective: To study workplace accidents in hospitals and associated costs.

Participants and Methods: Retrospective longitudinal study. The sample consisted of notifications by professionals that, in the period 2006/2010, were victims of work accidents in Centro Hospitalar do Nordeste.

The data collection was carried out from 01/12/2011 to 30/04/2012, via newsletters for notification of accidents and registration forms from the emergency department, with the responsibility for the human resources department.

We will resort to descriptive statistics and to inferential through Anova test.

Results: The results revealed the following variables that significantly influence the costs: professional group ($p=0.048$); injured body part ($p=0.002$); action that led to the injury ($p=0.031$), diagnostic procedures ($p<0.001$); agent of the lesion ($p<0.001$) and lost work days ($p<0.001$). The doctors' group registered the highest average cost per accident (7 605,60 €) and nurses the most eventful (55.5%). The most eventful age group stood at 50-54 years with a female predominance (82.3%) and more than 10 years of service (89.0%), being the main cause, the pinprick (32.3%). The type of injury, overexertion / inappropriate movements, showed the highest average costs (6 501,96€). The hands were the most injured part of the body, and the head had the higher average costs (9 633,58 €). The large number of accidents was recorded between 8am-4pm (62.8%) and in inpatient medical services (29.3%). Workers with absences missed on average 50.93 days.

Conclusion: The workplace accidents costs are a reality with real economic impact, affecting not only individual workers but also the institutions and society in general.

Keywords: accidents at work, absenteeism, cost allocation, economy.

AGRADECIMENTOS

Um estudo desta importância não é apenas resultado de um empenho individual, mas sim de um conjunto de esforços que o tornaram possível e sem os quais teria sido muito mais difícil chegar ao fim desta etapa da nossa vida pessoal e profissional.

Desta forma, gostaríamos de manifestar a nossa gratidão a todos os que estiveram presentes nos momentos de angústia, de ansiedade, de exaustão e de satisfação.

À orientadora, Professora Doutora Teresa Correia, pelo incentivo, pela orientação sempre pertinente, pela motivação e pela amizade.

À orientadora, Professora Adjunta Matilde Martins pela forma como nos orientou, pelo entusiasmo e motivação, pela amizade e pela disponibilidade sempre manifestada, apesar do seu horário demasiado preenchido, o seu apoio e confiança.

Ao presidente do conselho de administração do Centro Hospitalar do Nordeste, ao responsável pelo Departamento de Recursos Humanos, ao responsável do Gabinete de Higiene e Segurança no trabalho pela receptividade do assunto e disponibilidade de toda a informação necessária para a realização deste estudo.

À Manuela pelo apoio, pela amizade, pelas palavras de incentivo, pela preocupação com o nosso bem-estar nos momentos de fadiga.

À Catarina pelo apoio, pelo incentivo, pelo sentido crítico, entusiasmo e ajuda a todos os níveis, uma ouvinte.

Ao Ricardo, acreditando sempre no nosso esforço e empenho, uma voz motivadora.

LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde
ACT – Autoridade para as Condições do Trabalho
ADSE – Assistência na Doença aos Servidores do Estado
CHNE – Centro Hospitalar Nordeste Empresarial
DeCS – Descritores em Ciências da Saúde.
DETEFP – Departamento de Estatística do Trabalho Emprego e Formação Profissional
DGS – Direção Geral de Saúde.
DL – Decreto-lei
DR – Diário da República.
DRH- Departamento de Recursos Humanos
DRHS - Departamento de Recursos Humanos da Saúde
EU - União Europeia
GEP - Gabinete de Estratégia e Planeamento
HDB - Hospital Distrital de Bragança
HDM - Hospital Distrital de Mirandela
HDMC - Hospital Distrital de Macedo de Cavaleiros
IC - Intervalo de Confiança
IDICT - Instituto de Desenvolvimento e Inspeção das Condições de Trabalho
INE - Instituto Nacional de Estatística
MS - Ministério da Saúde
MS - Ministério da Saúde.
OIT - Organização Internacional do Trabalho
OMS - Organização Mundial de Saúde
OSHA- Agência Europeia para a Segurança e a Saúde no Trabalho
PIB - Produto Interno Bruto
SHST - Saúde Higiene e Segurança no Trabalho
SNS - Serviço Nacional de saúde
SPSS - Statistical Package for Social Sciences
SU - Serviço de Urgência
ULSNE - Unidade Local de Saúde do Nordeste Empresarial

INDICE GERAL

INDICE GERAL DE TABELAS	xvii
INDICE GERAL DE FIGURAS	xix
INTRODUÇÃO	01
PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	05
1. ACIDENTES DE TRABALHO	07
1.1 Regime Jurídico dos Acidentes de Trabalho	09
1.2 Participação dos Acidentes de Trabalho	10
1.3 Estatísticas dos Acidentes de Trabalho	12
2. RISCOS OCUPACIONAIS PARA OS TRABALHADORES DOS HOSPITAIS	15
3. ENQUADRAMENTO DA SAÚDE OCUPACIONAL NOS HOSPITAIS	21
4. CUSTOS DOS ACIDENTES DE TRABALHO	23
5. CARACTERIZAÇÃO DO CENTRO HOSPITALAR DO NORDESTE	29
PARTE II – ESTUDO EMPIRICO	31
1. MATERIAIS E MÉTODOS	33
1.1. População/Amostra	33
1.2. Recolha de informação	33
1.3. Instrumento de recolha de dados	34
1.4. Operacionalização das variáveis	34
1.5. Tratamento estatístico	36
1.6. Questões éticas	36
2. RESULTADOS	37
3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	53
4. CONCLUSÕES	59
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61
ANEXOS	65
ANEXO I – Autorização do Presidente do Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde do Nordeste.	
ANEXO II – Instrumento de recolha de dados	

ÍNDICE GERAL DE TABELAS

Tabela 1- Acidentes de trabalho, taxa de incidência e dias de trabalho perdidos, ocorridos em Portugal de 2007 a 2009.	13
Tabela 2- Distribuição dos acidentes de trabalho e dias perdidos na área da saúde ocorridos em Portugal de 2009 a 2010.	13
Tabela 3- Distribuição dos acidentes de trabalho e número de dias perdidos na área da saúde em 2010.	14
Tabela 4- Taxa de incidência de acidentes na área da saúde nos anos 2008-2010.	14
Tabela 5- Recursos humanos do Centro Hospitalar do Nordeste. 2006 – 2010.	29
Tabela 6- Distribuição dos acidentes de trabalho por ano e instituição entre 2006-2010.	37
Tabela 7- Distribuição dos acidentes de trabalho segundo o grupo etário.	38
Tabela 8- Distribuição dos acidentes de trabalho por nível habilitacional e a modalidade de trabalho.	39
Tabela 9- Distribuição dos acidentados segundo o grupo profissional.	39
Tabela 10- Distribuição dos acidentes de trabalho por relação jurídica de emprego e tempo de serviço nas funções correspondentes ao grupo profissional.	40
Tabela 11- Distribuição dos acidentes de acordo com a modalidade de trabalho.	40
Tabela 12- Distribuição dos acidentes ao longo do ano.	41
Tabela 13- Distribuição dos acidentes segundo o dia da semana.	41
Tabela 14- Distribuição dos acidentes por turno.	42
Tabela 15- Distribuição dos acidentes segundo o local do acidente.	42
Tabela 16- Distribuição dos acidentes por dia do acidente face ao último dia de descanso semanal e número de horas cumpridas no momento do acidente.	43
Tabela 17- Distribuição dos acidentes por agente da lesão e a incapacidade provocada.	44
Tabela 18- Distribuição dos acidentes segundo a ação que conduziu á lesão.	44
Tabela 19- Distribuição dos acidentes segundo o tipo de lesão.	45
Tabela 20- Distribuição dos acidentes segundo a parte do corpo atingida.	45
Tabela 21- Distribuição dos acidentados que realizaram exames complementares de diagnóstico.	45
Tabela 22 - Distribuição dos custos por grupo profissional.	46
Tabela 23- Matriz de Correlação <i>depearson</i> .	47
Tabela 24- Verificação comparativa de médias entre a variável custos totais e outras variáveis, através do teste ANOVA.	47
Tabela 25 - Distribuição da média de custo total dos acidentes por grupo profissional.	48
Tabela 26 - Distribuição da média de custo total dos acidentes e a parte do corpo atingida.	49
Tabela 27 - Distribuição da média de custo total dos acidentes por agente da lesão.	49
Tabela 28 - Distribuição da média de custo total dos acidentes e o tipo de lesão.	50

Tabela 29 - Distribuição da média de custo total dos acidentes e ação que conduziu à lesão.	51
Tabela 30 - Distribuição da média de custo total dos acidentes e o tempo de serviço.	51
Tabela 31 - Distribuição da média de custo total dos acidentes por local do acidente.	52

ÍNDICE GERAL DE FIGURAS

- Figura 1** – Iceberg, adaptado de: Heinrich, H., Petersen, D., Roos, N. (1980, p.51). *Industrial Accident Prevention*. New York: McGraw-Hill. 23
- Figura 2** – Distribuição da amostra segundo o sexo. 38

INTRODUÇÃO

Segundo o estipulado na legislação portuguesa acidente de trabalho é aquele que se verifique no local e no tempo de trabalho e produza direta ou indiretamente lesão corporal, perturbação funcional ou doença de que resulte redução na capacidade de trabalho ou de ganho ou a morte. Considera-se também acidente de trabalho o ocorrido no trajeto de ida para o local de trabalho ou de regresso deste (Lei nº 98/2009).

O sector da Segurança e Saúde no Trabalho ocupa atualmente um espaço muito visível na nossa sociedade com preocupações centrais de qualquer política de promoção da qualidade do emprego, seja ao nível das políticas públicas e da atuação dos atores institucionais do Estado, seja ao nível das próprias empresas, trabalhadores e parceiros sociais (DR, 2008).

Os acidentes de trabalho e as doenças profissionais sobrecarregam os trabalhadores e as suas famílias, assim como as empresas e a sociedade em geral, com um ónus humano e económico intolerável (Giomo, 2009). A Organização Internacional do Trabalho (OIT) calculou recentemente que os custos económicos globais dos acidentes de trabalho e das doenças profissionais perfazem o equivalente a 4% do Produto Interno Bruto Mundial (OIT, 2008).

Segundo estatísticas de abril de 2009 da OIT, os acidentes do trabalho são a causa de morte de dois milhões de pessoas por ano em todo o mundo, e de acordo com esta organização, esses números representam mais mortes do que as ocasionadas pelo uso de drogas e álcool juntos. Somados a esses números são registados em média 270 milhões de acidentes não fatais e 160 milhões de novos casos de doenças no ambiente de trabalho.

O presidente da Autoridade para as Condições do Trabalho (ACT), José Forte, a propósito do dia Nacional de Prevenção e Segurança no Trabalho que se assinalou a 28 de abril 2008, referiu à Lusa (agência noticiosa) que morrem todos os anos na União Europeia 142 mil pessoas em consequência de doenças profissionais e outras 8 900 em virtude de acidentes de trabalho. Um terço destes óbitos é atribuível a fatores de risco, designadamente o manuseio de substâncias perigosas.

Nas instituições dependentes do Ministério da Saúde a sinistralidade laboral apresenta-se como uma realidade. Os últimos dados publicados apontam para um aumento do número de acidentes de trabalho registados desde 1997 a 2007, não só em valores absolutos mas também em valores globais de taxa de incidência, registando-se em 1997 um total de 3 024 e em 2007 um total de 5 063 ocorrências com uma taxa de incidência de 27,15% e de 39,28% respetivamente. Do total dos acidentes registados em 2007, resultaram em incapacidades temporárias 1 581 e em incapacidades permanentes 87, com 52 702 dias de trabalho perdidos.

A taxa de acidentes no sector da saúde em Portugal é superior em 34% à média da EU (Sêco, 2008).

Para melhorar esta situação a União Europeia a 27 definiu como estratégia, «Melhorar a qualidade e a produtividade do trabalho: Estratégia comunitária para a saúde e a segurança no trabalho 2007-2012» que visou representar um importante passo na promoção da qualidade e das condições de trabalho no espaço europeu, prevendo o objetivo da redução em 25% da taxa total de incidência de acidentes no trabalho na União Europeia (UE) a 27 até 2012, através do reforço da proteção da saúde e da segurança dos trabalhadores enquanto fator determinante para o êxito da Estratégia de Crescimento e Emprego (EU, 2007).

A Autoridade para as Condições do Trabalho (ACT), refere ainda que apesar dos esforços empreendidos na Europa e em Portugal em prol da diminuição dos acidentes de trabalho e das doenças profissionais, ambos continuam a ser um pesado fardo económico e social para as sociedades constituindo um entrave ao crescimento económico e prosperidade das nações (ACT, 2008).

Na origem dos acidentes de trabalho e das doenças profissionais estão frequentemente vários fatores desde os organizacionais, a fatores físicos e humanos, podendo todos contribuir com a sua parte para um mesmo acidente. Alguns dos fatores de risco para os acidentes de trabalho são: físicos, químicos, biológicos e psicossociais (Cabete, 2000).

Para Hammer (2001) as causas dos acidentes estão sempre relacionadas com responsabilidades da gestão e refletem as suas insuficiências.

Relativamente aos acidentes de trabalho em hospitais, o ambiente hospitalar é complexo e apresenta um grande número de riscos para os seus trabalhadores, tanto em termos de prestação de cuidados diretos ao utente como para todos os trabalhadores de outros serviços de apoio à prestação de cuidados.

Estas instituições surgem com uma fonte de múltiplas circunstâncias que podem originar ou desenvolver diferentes tipos de acidentes de trabalho, que por sua vez podem ter consequentes repercussões na saúde e qualidade de vida dos trabalhadores e também no absentismo e economia das empresas e dos países (Sêco, 2008).

Nos hospitais trabalham ainda outras pessoas com profissões com diferentes condições de trabalho e que envolvem fatores de natureza profissional que não estão associados a prestação direta de cuidados (Sêco, 2002; Uva, 2009).

Os mais de 130 mil profissionais e técnicos empregados pelo Sistema Nacional de Saúde (SNS) encontram-se expostos a uma grande variedade de riscos, como os biológicos, físicos, químicos, sociais e psíquicos, mas igualmente problemas relacionados com a organização do

trabalho e com as condições de trabalho, como situações de emergência, horários contínuos e prolongados, podendo provocar fadiga e ainda a exposição a riscos combinados (MS, 2009). Igualmente podem surgir outras circunstâncias associadas à força de trabalho, como é o caso das sobrecargas de serviço, salários insuficientes, insatisfação e insegurança ocupacional (Nishsde, 2004; Ruiz, 2004).

A ocorrência de acidentes de trabalho ou de doenças profissionais constitui um indicador significativo da existência de disfunções nos locais de trabalho e nas respectivas envolventes, esta informação da sua ocorrência permite às organizações produtivas conhecer melhor, as necessidades de correção e implementação das medidas de prevenção nos locais de trabalho (ACT, 2012).

Uma gestão eficiente implica o aproveitamento ótimo dos recursos disponíveis e um local de trabalho seguro, que proteja a saúde dos trabalhadores, melhore a sua motivação, promova a qualidade da produção e contribua, conseqüentemente, para aumentar o rendimento da empresa (Freitas, 2003). A gestão dos riscos no local de trabalho reduz os ónus humano e económico que constituem os acidentes de trabalho e as doenças profissionais.

Enquanto gestores na área da saúde de uma instituição hospitalar, Centro Hospitalar do Nordeste Empresarial e tendo verificado que a problemática dos acidentes de trabalho tem grandes implicações na gestão e por consequência na qualidade dos cuidados prestados, optamos por investigar este assunto no sentido de poder contribuir com suporte científico para possível implementação de medidas de gestão.

Com este trabalho pretendemos analisar os custos associados aos acidentes de trabalho numa instituição hospitalar e contribuir para tornar a análise económica dos acidentes de trabalho uma ferramenta essencial para a gestão.

Como objetivos específicos deste estudo, definimos:

- Identificar os acidentes de trabalho notificados entre 2006 e 2010 nas três unidades hospitalares do Centro Hospitalar;
- Determinar as principais causas que contribuíram para a ocorrência de acidentes de trabalho;
- Identificar as conseqüências dos acidentes de trabalho;
- Correlacionar o custo dos acidentes de trabalho com outras variáveis;
- Identificar as variáveis que influenciaram a média dos custos totais;
- Identificar onde se verificaram maiores médias de custo total com os acidentes;
- propor a implementação de medidas preventivas e ou corretivas de acordo com os resultados obtidos a fim de diminuir os custos relacionados.

Este trabalho inicia-se com uma introdução ao estudo e apresenta duas partes distintas. A primeira parte incide sobre o enquadramento teórico do tema, o objetivo é proporcionar ao leitor a oportunidade de compreender a problemática dos acidentes de trabalho e os custos associados aos mesmos. A segunda parte descreve a análise dos custos dos acidentes de trabalho no Centro Hospitalar do Nordeste do estudo, os participantes e métodos e a apresentação e discussão dos resultados. São feitas ainda as conclusões finais e recomendações/sugestões do estudo.

Para a elaboração do estudo recorreremos à pesquisa bibliográfica realizada com recurso a livros de referência sobre higiene e segurança no trabalho, acidentes de trabalho, custos dos acidentes de trabalho, legislação; artigos científicos indexados e pesquisados na *B-on*, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>, <http://www.scielo.org/php/index.php>, entre outros.

PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. ACIDENTES DE TRABALHO

Os acidentes de trabalho, frequentemente, eram atribuídos ao azar, ao destino, ou a uma fatalidade. Era comum encontrar a opinião pré-concebida sobre o acidente, de que este era decorrente de descuido, da falha, da negligência ou da imprudência do próprio acidentado ou de algum colega. Numa análise simplista, o óbvio era que o acidente ocorria por culpa do acidentado e a sua prevenção era possível através de recomendações de maior atenção ou mais cuidado. Em geral, quando ocorria um acidente, a investigação era encerrada quando o culpado fosse encontrado. Com isso, o ambiente e condições de trabalho permaneciam intocáveis, ou seja, não era feita a devida prevenção.

A evolução da sociedade conduziu a uma maior importância atribuída à pessoa humana pelo que se tornou cada vez mais relevante diminuir a ocorrência de acidentes de trabalho e de doenças profissionais.

O artigo 63.º da Constituição da República Portuguesa consagra o direito à reparação dos danos emergentes dos acidentes de trabalho e doenças profissionais.

Segundo a *Health and Safety Commission* (1998), do Reino Unido, os acidentes de trabalho e doenças profissionais custam tempo e dinheiro.

Apesar de se estimarem elevados, os custos com acidentes de trabalho e com doenças profissionais raramente são avaliados ao nível das empresas, o que dificulta a aferição dos respetivos impactos socioeconómicos.

Segundo Heinrich (1980), acidente é um acontecimento não planeado e não controlado no qual a ação ou reação de um objeto, substância, indivíduo ou radiação resulta num dano pessoal ou na probabilidade de tal ocorrência. Esta noção é a adotada pela norma portuguesa NP 4397:2008 (Sistemas de Gestão da Segurança e Saúde do Trabalho - Especificações).

No projeto *European Statistics on Accidents at Work* do gabinete de Estatística da União Europeia (Eurostat) acidente de trabalho é definido como uma ocorrência imprevista, durante o tempo de trabalho, que provoque dano físico ou mental. A expressão “durante o tempo de trabalho” é entendida como “no decorrer da atividade profissional ou durante o período em serviço”.

O acidente do trabalho típico é aquele que ocorre no local de trabalho, durante o dia de trabalho, ou seja, durante a permanência do funcionário na empresa, sendo considerado como um acontecimento súbito, violento e ocasional que provoca no trabalhador uma incapacidade para a prestação de serviço, como refere o Decreto-Lei n.º 98/2009 de 4 de setembro.

Vários fatores podem ocasionar o acidente típico entre eles estão: a falta de atenção do funcionário para realização do serviço; o acúmulo de dias trabalhados sem descanso; a realização excessiva de horas extraordinárias; a falta de conhecimento dos procedimentos de

segurança; a recusa em utilizar equipamentos de proteção individual ou o seu uso inadequado, entre outros.

O acidente de trabalho típico não é necessário que ocorra somente no sector em que o empregado trabalhe, basta que ocorra em qualquer dependência da empresa, que o acidente típico será caracterizado, pois o funcionário estava a seu serviço, dentro do seu horário de trabalho.

A Lei n.º 98/2009 de 4 de setembro, considera também acidente de trabalho o ocorrido:

1 - a) No trajeto de ida para o local de trabalho ou de regresso deste, nos termos referidos no número seguinte;

b) Na execução de serviços espontaneamente prestados e de que possa resultar proveito económico para o empregador;

c) No local de trabalho e fora deste, quando no exercício do direito de reunião ou de atividade de representante dos trabalhadores, nos termos previstos no Código do Trabalho;

d) No local de trabalho, quando em frequência de curso de formação profissional ou, fora do local de trabalho, quando exista autorização expressa do empregador para tal frequência;

e) No local de pagamento da retribuição, enquanto o trabalhador aí permanecer para tal efeito;

f) No local onde o trabalhador deva receber qualquer forma de assistência ou tratamento em virtude de anterior acidente e enquanto aí permanecer para esse efeito;

g) Em atividade de procura de emprego durante o crédito de horas para tal concedido por lei aos trabalhadores com processo de cessação do contrato de trabalho em curso;

h) Fora do local ou tempo de trabalho, quando verificado na execução de serviços determinados pelo empregador ou por ele consentidos.

2 - A alínea a) do número anterior compreende o acidente de trabalho que se verifique nos trajetos normalmente utilizados e durante o período de tempo habitualmente gasto pelo trabalhador, (Acidente de Trajeto ou In Itinere);

a) Entre qualquer dos seus locais de trabalho, no caso de ter mais de um emprego;

b) Entre a sua residência habitual ou ocasional e as instalações que constituem o seu local de trabalho;

c) Entre qualquer dos locais referidos na alínea precedente e o local do pagamento da retribuição;

d) Entre qualquer dos locais referidos na alínea b) e o local onde ao trabalhador deva ser prestada qualquer forma de assistência ou tratamento por virtude de anterior acidente;

- e) *Entre o local de trabalho e o local da refeição;*
- f) *Entre o local onde por determinação do empregador presta qualquer serviço relacionado com o seu trabalho e as instalações que constituem o seu local de trabalho habitual ou a sua residência habitual ou ocasional.*

Quanto à natureza do acidente de trabalho, este pode ser classificado em:

- *Acidente mortal, em caso de morte;*
- *Incapacidade permanente, acidente em que a vítima apresenta, de forma permanente, deficiências físicas ou mentais ou diminuição da capacidade de trabalho;*
- *Incapacidade temporária, acidente em que as vítimas têm incapacidade em pelo menos um dia completo para além do dia em que o acidente ocorreu. No caso de nesses dias a vítima não trabalhar, independentemente de ter ocorrido o acidente, então considera-se um acidente com baixa ou incapacidade temporária absoluta (Lei n.º 98/2009 de 4 de setembro).*

1.1. Regime Jurídico dos Acidentes de Trabalho

O enquadramento e a reparação dos acidentes de trabalho surgiram na legislação portuguesa, no ano de 1965. As bases legais de cobertura dos riscos profissionais foram inicialmente fixadas pela Lei n.º 2127, de 3 de agosto de 1965, e regulamentada pelo Decreto n.º 360/71, de 21 de agosto de 1971, e inúmera legislação complementar.

Tais disposições legais baseavam-se no princípio da responsabilidade da entidade empregadora, com transferência obrigatória da cobertura do risco para empresas seguradoras.

A evolução, ao longo dos anos, culminou com a publicação do Decreto-Lei n.º 478/73, de 27 de setembro, que alargou o âmbito da Caixa Nacional de Seguros de Doenças Profissionais às atividades de comércio, indústria e serviços. Por sua vez, os restantes regimes de previdência passaram a estar contemplados após a publicação do Decreto-Lei n.º 200/81, de 9 de julho.

No âmbito da Administração Pública o regime dos acidentes em serviço e das doenças profissionais constavam do Decreto-Lei n.º 38/523, de 23 de novembro de 1951, encontrando-se atualmente manifestamente desajustado, tendo em conta a evolução social e legislativa entretanto ocorrida.

Por outro lado, o regime geral constante da Lei n.º 2127, de 3 de agosto de 1965, foi alterado pela Lei n.º 100/97, de 13 de setembro, em cujo âmbito de aplicação não se incluem diretamente os trabalhadores ao serviço da Administração Pública.

O Decreto-Lei n.º 503/99 vem aprovar o novo regime jurídico dos acidentes em serviço e das doenças profissionais no âmbito da Administração Pública, este diploma acolhe, na

generalidade, os princípios consagrados na referida Lei n.º 100/97 (lei geral), adaptando-os às especificidades da Administração Pública.

A Lei n.º 98/2009 de 4 de setembro, vem regulamentar o regime de reparação de acidentes de trabalho e de doenças profissionais, incluindo a reabilitação e reintegração profissionais, nos termos do artigo 284.º do Código do Trabalho, aprovado pela Lei n.º 7/2009, de 12 de fevereiro.

Do novo regime de reparação dos acidentes de trabalho e das doenças profissionais, destaca-se o seguinte:

1. O conceito de acidente de trabalho passa a abranger o acidente que se verifique nos trajetos normalmente utilizados pelo trabalhador, bem como o acidente ocorrido fora do local de trabalho quando no exercício do direito de reunião ou de atividade de representante dos trabalhadores, nos termos previstos no Código do Trabalho;
2. Reconhecimento à família do trabalhador sinistrado o direito a apoio psicoterapêutico, sempre que necessário;
3. Previsão da atribuição de pensão calculada nos termos aplicáveis aos casos em que não haja atuação culposa do empregador, quando o acidente tenha sido provocado pelo empregador, seu representante ou entidade por aquela contratada, ou resultar de incumprimento de regras de segurança e saúde no trabalho;
4. Previsão de que a reabilitação e reintegração profissional e a adaptação do posto de trabalho sejam garantidas ao trabalhador vítima de acidente de trabalho, cabendo ao empregador assegurar a sua ocupação e criar condições para a sua integração no mercado de trabalho;

As progressivas alterações e inovações nas bases jurídicas sobre os Acidentes de Trabalho, têm vindo a melhorar a proteção dos trabalhadores e dos seus familiares.

Com a publicação da Lei n.º 98/2009, o seguro obrigatório de Acidentes de Trabalho, a partir de 1 de janeiro de 2010 vê o seu quadro jurídico de novo atualizado. Uma década após a entrada em vigor da Lei n.º 100/97 e respetivos regulamentos, passa a estar regulado um novo patamar de segurança para o trabalhador no domínio da reabilitação e reintegração profissional em caso de acidente.

1.2. Participação dos Acidentes de Trabalho

O Decreto-Lei n.º 503/99 de 20 de novembro, no seu artigo 8º, refere o seguinte:

- 1 - Ocorrido um acidente, o trabalhador, por si ou interposta pessoa, deve participá-lo, por escrito ou verbalmente, no prazo de dois dias úteis ao respetivo superior hierárquico, salvo se este o tiver presenciado.

2 - A participação por escrito deve, em princípio, ser feita mediante utilização de impresso próprio fornecido pelo serviço.

3 - No caso de o estado do trabalhador acidentado ou outra circunstância, devidamente comprovada, não permitir o cumprimento do disposto no n.º 1, o prazo nele referido contar-se-á a partir da cessação do impedimento.

4 - Ocorrido um acidente, o trabalhador deve participá-lo, por escrito, no impresso referido no n.º 2, ao seu superior hierárquico, no prazo de dois dias úteis.

5 - O acontecimento perigoso é participado, nos termos do número anterior, à entidade empregadora. Entendendo-se como acontecimento perigoso, todo o evento que, sendo facilmente reconhecido, possa constituir risco de acidente ou de doença para os trabalhadores, no decurso do trabalho, ou para a população em geral – Decreto-Lei n.º 503/99, art. 3.º, n.º1, f).

6 — O prazo para a participação do acidente caracterizado nos termos do n.º 4 do artigo 7º (pode considerar-se ainda como acidente em serviço o incidente ou o acontecimento perigoso de que venha a resultar lesão corporal, perturbação funcional ou doença, em que se comprove a existência do respetivo nexos de causalidade), conta-se a partir da comprovação clínica da respetiva lesão corporal, perturbação funcional ou doença.

O Artigo 9.º do mesmo Decreto-Lei refere os termos da participação institucional.

1 - O superior hierárquico deve participar, no impresso referido no artigo anterior, ao respetivo dirigente máximo os acidentes e incidentes ocorridos com os seus trabalhadores, bem como os acontecimentos perigosos, no prazo de um dia útil a contar da data em que, dos mesmos, teve conhecimento.

2 - Os serviços de saúde, públicos ou privados, que tenham prestado assistência a um acidentado devem participar a ocorrência à entidade empregadora do mesmo, no prazo de um dia útil, pela via mais expedita.

3 - O empregador deve participar o acidente:

a) No prazo de vinte e quatro horas após a ocorrência, à respetiva delegação ou subdelegação do Instituto de Desenvolvimento e Inspeção das Condições de Trabalho, no caso de acidente mortal ou que evidencie uma situação particularmente grave;

b) No prazo de seis dias úteis após o conhecimento da ocorrência, ao delegado de saúde concelhio da área onde tenha ocorrido o acidente;

c) Nos termos da legislação em vigor, ao competente departamento de estatística do ministério responsável pela área do trabalho;

d) No prazo de seis dias úteis após o conhecimento da ocorrência, à ADSE;

e) No prazo de seis dias úteis, à Caixa Geral de Aposentações.

4 - O empregador deve ainda participar, de imediato, o acidente, o incidente e o acontecimento perigoso aos respetivos serviços de segurança e saúde no trabalho, tendo em vista assegurar o respetivo registo e a adoção de medidas corretivas, sempre que necessárias, e, no caso de acidente com incapacidade superior a três dias, a elaboração do respetivo relatório, (Lei n.º 503/99).

1.3. Estatísticas dos Acidentes de Trabalho

O Decreto-Lei n.º 441/91, de 14 de novembro, estabeleceu os princípios destinados a promover a segurança, higiene e saúde no trabalho. De entre esses princípios destaca-se o da atribuição ao Estado, pelo n.º 1 do seu artigo 20º, da obrigação de assegurar a publicação regular e a divulgação de estatísticas sobre acidentes de trabalho e doenças profissionais. Por sua vez, o n.º 2 do citado artigo confere à informação estatística o objetivo de permitir a caracterização dos acidentes de trabalho e das doenças profissionais, de forma a contribuir para os estudos epidemiológicos e possibilitar a adoção de metodologias e critérios apropriados à conceção de programas e medidas de prevenção de âmbito nacional e sectorial, bem como o controlo periódico dos resultados obtidos.

O Eurostat e a Direção Geral de Emprego e Assuntos Sociais da Comissão das Comunidades Europeias, desde 1990 que têm desenvolvido um projeto de harmonização das Estatísticas europeias de acidentes de trabalho.

Atualmente, são publicadas várias estatísticas de diferentes países, com especial interesse as divulgadas pelo Gabinete de Estratégia e Planeamento e pela Organização Internacional do Trabalho.

As estatísticas sobre os dados referentes aos acidentes de trabalho permitem determinar a sinistralidade laboral e que prioridade é necessário ter em conta para um correto controlo dos diferentes riscos.

A análise dos acidentes de trabalho ocorridos num determinado ano deve realizar-se não só avaliando os valores absolutos das ocorrências registadas, mas também tendo em conta a população exposta ao risco que lhe está associada.

Em 2009, a taxa de incidência dos acidentes de trabalho foi de 5 148,5 acidentes por cada 100 000 trabalhadores e pelo que se verifica é em 2007 que se regista o valor mais baixo. Comparando com 2008, o total de acidentes caiu 9% e a taxa de incidência caiu 6 % (tabela-1).

O número de dias perdidos com os acidentes situam-se na ordem 7 milhões para uma população ativa, (entre os 15 e 64 anos), de 5 481 700 (INE, 2012).

Tabela 1 – Acidentes de trabalho, taxa de incidência e dias de trabalho perdidos, ocorridos em Portugal de 2007 a 2009

Acidentes de trabalho	2007	2008	2009
Taxa de incidência global dos acidentes de trabalho	5 422,2	5 478,1	5 148,5
Acidentes de trabalho totais	237409	240018	217593
Não mortais	237133	239787	217176
Mortais	276	231	217
Dias de trabalho perdidos	7068416	7156003	6643227

Adaptado de: Gabinete de Estratégia e Planeamento, Ministério da Solidariedade e Segurança Social. Acidentes de trabalho, 2009. Disponível em: <http://www.gep.msss.gov.pt/estatistica/acidentes/atrabalho2009.pdf>.

Nos grupos profissionais da saúde os dados estatísticos sobre acidentes de trabalho, dias perdidos e custos associados, são escassos e estão quase sempre omissos nas estatísticas gerais. A 31 de dezembro de 2010, os trabalhadores do Ministério da Saúde, totalizavam 130 256 profissionais, destes 89 733 trabalhavam em instituições hospitalares (ACSS, 2012).

Na análise da tabela 2, verifica-se que do ponto de vista evolutivo, o n.º de acidentes em 2010 diminuiu ligeiramente em relação a 2009 (menos 32 acidentes), acompanhado, também pela diminuição do n.º de dias perdidos (menos 1 933 dias).

Tabela 2 – Distribuição dos acidentes de trabalho e dias perdidos na área da saúde ocorridos em Portugal de 2009 a 2010

Acidentes/Dias de trabalho perdidos	2009	2010
N.º Acidentes	6486	6455
N.º de dias de trabalho perdidos	83715	81782

Adaptado de: ACSS Balanço Social Global do Ministério da Saúde – 2010

Pela análise da tabela 3, verificamos que no ano de 2010, ocorreram 6 455 acidentes, dos quais 2 325 levaram a 81 782 dias de trabalho perdidos por motivo de baixa, tendo ocorrido um óbito nesse ano. De referir que do total dos acidentes, 530 registaram-se no trajeto para o local de trabalho e 5 925 no local de trabalho.

Tabela 3 – Distribuição dos acidentes de trabalho e número de dias perdidos na área da saúde em 2010

Número de dias perdidos			
Acidentes	No Local Trabalho	<i>In Itinere</i>	Total
Acidentes sem baixa	3.921	208	4.129
Acidentes com baixa	2.004	321	2.325
Acidentes mortais		1	1
Total	5.925	530	6.455
Nº de dias de trabalho perdidos	69.619	12.163	81.782

Adaptado de: ACSS, Balanço Social Global do Ministério da Saúde – 2010

Como se verifica na tabela 4 a taxa de incidência dos acidentes de trabalho na saúde, em 2010, foi de 49,6 acidentes por cada 1 000 trabalhadores e pela análise dos dados é o ano de 2008 que regista o valor mais baixo 45,8. Comparado com 2010, a taxa de incidência tem vindo a aumentar.

Tabela 4 – Taxa de incidência de acidentes na área da saúde nos anos 2008-2010

	Ano	2008	2009	2010
Taxa de incidência				
Taxa de incidência de acidentes (1/1000)		45,8	49,7	49,6

Adaptado de: ACSS, Balanço Social Global do Ministério da Saúde – 2010

2. RISCOS OCUPACIONAIS PARA OS TRABALHADORES DOS HOSPITAIS

O Hospital é um estabelecimento de saúde dotado de internamento, ambulatório e meios de diagnóstico e terapêutica, com o objetivo de prestar à população cuidados de saúde diversificados e com diferentes graus de complexidade, competindo-lhe também colaborar na prevenção da doença, no ensino e na investigação científica (INE – DGS/MS, 2012).

Entende-se por risco a combinação da probabilidade de ocorrência de um acontecimento ou de exposição perigosa e da gravidade de lesões ou afeções da saúde que possam ser causadas pelo acontecimento ou pela exposição (NP 4397, 2008).

Freitas (2004) define risco profissional como a possibilidade de que um trabalhador sofra um dano resultante do trabalho. Para quantificar um risco valorizam-se conjuntamente a probabilidade de ocorrência do dano e a sua gravidade.

Considera-se fator de risco a fonte de efeito adverso potencial ou uma situação capaz de causar efeito adverso em termos de saúde, lesão, doença ou a sua combinação (Sousa Uva et al., 2004). Exposição profissional é entendida como a proximidade e/ou contacto com o fator de risco de natureza profissional estando intimamente relacionado com o conceito de “dose” de exposição, isto é, a quantidade de um agente profissional químico, físico ou biológico que atinge um trabalhador (Sousa Uva & Graça, 2004).

Segundo dados do Instituto Nacional de Estatística (INE), da Direção Geral de Saúde e do Ministério da Saúde, em maio de 2012, existiam em Portugal 229 hospitais e 376 centros de saúde, com 1 225 extensões (INE – DGS/MS, PORDATA, 2012).

Nos serviços prestadores de cuidados de saúde, em especial nos hospitais, coexistem vários fatores de risco que são passíveis de resultar em acidentes de trabalho ou doenças profissionais. Muitos dos contextos em que os trabalhadores do sector da saúde executam as suas tarefas, bem como a multiplicidade de tarefas que executam, podem apresentar uma grande variedade de perigos.

Mauro (2004) diz que os trabalhadores dos hospitais estão expostos a riscos físicos, biológicos, químicos e a riscos ligados à natureza biopsicossocial do ambiente do trabalho.

Analisar um risco é identificar, discutir e avaliar as possibilidades de ocorrência de acidentes, na tentativa de se evitar que estes aconteçam e, caso ocorram, identificar as alternativas que minimizem os danos subsequentes a estes acontecimentos (Nunes, 2006).

O setor da saúde é muito vasto, empregando cerca de 10% do total de trabalhadores da União Europeia. Muitos dos contextos em que os trabalhadores do sector da saúde executam as suas tarefas, as condições de trabalho, as atividades desenvolvidas, o equipamento técnico disponível e as substâncias/materiais manuseadas/utilizadas, implicam a exposição dos

profissionais de saúde (clínicos e não clínicos) a uma diversidade de fatores de risco profissional, de natureza química, física, biológica e psicossocial (OSHA, 2012).

Riscos biológicos

Os agentes são seres vivos de dimensões microscópicas, bem como todas as substâncias derivadas dos mesmos, presentes no trabalho, que podem provocar efeitos negativos na saúde dos trabalhadores, são microrganismos patogênicos que, englobam as bactérias, vírus, parasitas e fungos, conseguem vencer as defesas do organismo humano e infetar as pessoas saudáveis (ACT, 2012).

A Diretiva 2000/54/CE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 18 de setembro 2000, refere que os agentes biológicos estão presentes em muitos sectores, mas, como raramente são visíveis, os riscos que comportam nem sempre são considerados. Entre estes agentes contam-se as bactérias, os vírus, os fungos (leveduras e bolores) e os parasitas, sendo estes agentes biológicos classificados de acordo com o risco que representam para a saúde. Para a avaliação do risco, prevenção e controlo, a diretiva exige que o empregador avalie os riscos inerentes aos agentes biológicos, e reduza o risco para os trabalhadores.

A exposição a agentes biológicos pode ocorrer sempre que as pessoas estão em contato no trabalho com materiais naturais ou orgânicos, como o solo, substâncias de origem animal, alimentos, resíduos e águas residuais, sangue e outros fluidos corporais.

Quando uma atividade de trabalho envolve a utilização deliberada e intencional de agentes biológicos, tais como a cultura de um microrganismo num laboratório microbiológico, o agente biológico é conhecido, e pode ser monitorizado com mais facilidade e as medidas de prevenção podem ser adotadas para o risco representado pelo organismo, no entanto quando a ocorrência dos agentes biológicos é involuntária em consequência do trabalho, como a separação de resíduos a avaliação dos riscos a que os trabalhadores estão expostos é muito mais difícil. Os trabalhadores da saúde estão muito expostos a perigos/riscos, devido aos acidentes com agulhas, ao manuseio de amostras infecciosas, de resíduos, de roupa contaminada, de sangue e outros fluidos corporais.

Os efeitos dos agentes biológicos sobre a saúde, podem causar três tipos de doença:

- 1 - Infecções causadas por parasitas, bactérias ou vírus;
- 2 - Alergias iniciadas pela exposição às poeiras orgânicas como farinha e pelos de animais, enzimas e ácaros;
- 3 - Intoxicações ou efeitos tóxicos.

Alguns destes riscos biológicos têm o potencial de cancro ou dano fetal (OSHA, facts-41, 2003).

Os microrganismos podem entrar no corpo humano através da pele danificada ou membranas mucosas. Podem ser inalados ou ingeridos, levando a infeções do trato respiratório superior ou do sistema digestivo. A exposição também pode ocorrer acidentalmente por picadas de agulhas. Os ferimentos causados por agulhas e outros instrumentos cortantes e perfurantes são um dos riscos mais comuns e mais graves para os profissionais da saúde na Europa, em particular em determinados serviços e em determinadas atividades, como serviços de urgências, unidades de cuidados intensivos e durante intervenções cirúrgicas (Uva, 2009).

Na Europa, calcula-se que ocorram 1 milhão de ferimentos provocados por agulhas todos os anos. Não são só os profissionais da área da medicina, como enfermeiros ou médicos identificados como os grupos de maior risco, muitos outros trabalhadores podem sofrer este tipo de ferimentos (Parlamento Europeu, 2010).

Tais ferimentos suscitam preocupação já que o trabalhador pode ser infetado por agentes patogénicos de transmissão sanguínea (vírus, bactérias, fungos e outros micro-organismos). O vírus da imunodeficiência humana (HIV) e da hepatite B (HBV) ou C (HCV) são os riscos mais comuns, mas existem mais de 20 doenças que podem ser transmitidas através do sangue (Lourenço, 2000).

O Decreto-Lei nº 84/97 de 18 de abril, estabelece as regras de proteção dos trabalhadores contra os riscos de exposição a agentes biológicos durante o trabalho.

Riscos químicos

No que se refere aos riscos químicos as substâncias químicas que podem ser inaladas, digeridas ou entrar em contato com a pele, são responsáveis por causar danos à saúde dos trabalhadores (Xelegati, 2006). Agente químico é qualquer elemento ou composto químico, isolado ou em mistura, que se apresente no estado natural ou seja produzido, utilizado ou libertado em consequência de uma atividade laboral, incluindo sob a forma de resíduo, seja ou não intencionalmente produzido ou comercializado (Decreto-Lei n.º 24/2012, de 6 de fevereiro).

Os produtos químicos são utilizados em praticamente todos os sectores de atividade – primário, secundário e terciário – e também nas atividades domésticas e de lazer. Assim, também no ambiente hospitalar existe o manuseamento de produtos químicos com a consequente possibilidade de risco químico por contacto com os produtos e por inalação de

fatores químicos do ambiente: poeiras, gases e vapores. Os produtos químicos utilizados em unidades de saúde podem ser agrupados da seguinte forma:

- Gases anestésicos e outros gases;
- Citostáticos ou drogas antineoplásicas;
- Desinfetantes;
- Solventes orgânicos;
- Outros produtos químicos.

Circunstâncias favorecedoras desse tipo de exposição ocupacional é o uso prolongado de luvas de látex, o manuseio de detergentes e solventes, a manipulação de drogas antineoplásicas e antibióticos de última geração, a inalação de gases anestésicos, a exposição aos vapores de formaldeído e glutaraldeído e aos vapores dos gases esterilizantes, entre outros (Xelegati, 2006). Os efeitos agudos da exposição a estes produtos caracterizam-se por tonturas, alterações do humor, náuseas, fadiga e falta de coordenação dos movimentos.

O Decreto-Lei n.º 24/2012 refere que, sem prejuízo das obrigações gerais em matéria de segurança e saúde no trabalho, o empregador deve avaliar os riscos e verificar a existência de agentes químicos perigosos no local de trabalho.

Riscos físicos

Todos nós ao executarmos o nosso trabalho gastamos uma quantidade de energia para produzir um determinado resultado. Se dispusermos de boas condições físicas do ambiente, como por exemplo, nível de ruído e temperatura aceitáveis, produzimos mais e com menor esforço. Porém, se essas condições se distanciam muito dos nossos limites de tolerância, aparece o cansaço, a queda de produção, a falta de motivação e a desconcentração, podendo gerar acidentes (Sousa, 2005).

Os riscos físicos advindos do trabalho e que atingem os profissionais que atuam em unidades hospitalares são aqueles provenientes dos ruídos, das vibrações, das radiações ionizantes e não ionizantes, das temperaturas extremas, das pressões anormais e unidades, da iluminação inadequada, da eletricidade, dos pisos escorregadios e da ventilação inadequada.

O ruído é pois, um agente físico que pode afetar de modo significativo a qualidade de vida do trabalhador. Sem controlo ou proteção, o excesso de intensidade do ruído acaba por o desempenho do trabalhador na execução da sua atividade laboral, pois provoca distúrbios ao nível do cérebro e do sistema nervoso. Em condições de exposição prolongada ao ruído por parte do aparelho auditivo, os efeitos podem resultar na surdez profissional.

Radiações ionizantes, oferecem sério risco à saúde dos indivíduos expostos. São assim chamadas pois produzem uma ionização nos materiais sobre os quais incidem, isto é, produzem a subdivisão de partículas inicialmente neutras em partículas eletricamente carregadas. As radiações ionizantes são provenientes de materiais radioativos como é o caso dos raios alfa (a), beta (b) e gama (g), ou são produzidas artificialmente em equipamentos, como é o caso dos raios X (Silva, Santos e Nascimento, 2008).

Segundo Gallasch e Alexandre (2003) existem vários fatores que interferem na execução dos procedimentos de movimentação e transporte de doentes, destacando-se o reduzido espaço físico, o número insuficiente de profissionais, a presença de equipamentos inadequados, macas e cadeiras de rodas sem manutenção e a falta de materiais auxiliares, entre outros.

A estrutura física das instituições hospitalares nem sempre é a adequada: salas apertadas, corredores estreitos, rampas íngremes, escadas, ausência de boa iluminação, ventilação, janelas, estrutura física antiga e em más condições, banheiros insuficientes para o número de funcionários, entre outros problemas (Silva, Santos e Nascimento, 2008).

Riscos psicossociais

Os riscos psicossociais relacionados com o trabalho têm sido identificados como um dos grandes desafios contemporâneos para a saúde e segurança e estão ligados a problemas nos locais de trabalho, tais como o *stress*, violência, assédio e intimidação no trabalho (ACT, 2012). Resultam, assim, da interação entre o indivíduo, as condições de vida no trabalho e as condições de vida fora do trabalho, sendo suscetíveis de influenciar a saúde, segurança e bem-estar do trabalhador, com eventuais repercussões na produtividade do trabalho e na satisfação do trabalhador.

Segundos dados europeus de 2007 cerca de 8% dos trabalhadores portugueses afirmaram ter um ou vários problemas de saúde ligados ao trabalho, (média europeia estava em 8,7%) em que mais de 48% dos casos afetava a vida do dia-a-dia e cerca de 50% determinava uma situação de absentismo. Cerca de 19% declararam que esta afetação estava relacionada com aspetos da saúde mental e cerca de 50% com aspetos relativos à saúde física (ACT, 2012).

Nos trabalhadores da área da saúde, há que realçar, o contacto com a doença, o sofrimento e a morte, os graus elevados de responsabilidade e de autocontrolo, a necessidade frequente de tomar decisões rápidas sobre a vida, a necessidade premente de atualização constante de conhecimentos, alteração de horários e o trabalho por turnos, a frequente acumulação de funções com conseqüente excesso de carga horária e o receio do contágio e da exposição a fatores nocivos, enquanto no exercício das suas funções.

O relatório “*Expert for ecaston emerging psychosocial risks related to occupational safety and health*” promovido pelo Observatório Europeu de Riscos (*European Risk Observatory*) e pela Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (*European Agency for Safety and Health at Work*), refere que em 2005, 20% dos trabalhadores da EU-15 acreditavam que a sua saúde estava em risco devido ao *stress* laboral (2007).

A avaliação dos riscos profissionais constitui a base de uma gestão eficaz de segurança e de saúde fundamental para reduzir os acidentes de trabalho e as doenças profissionais.

3. ENQUADRAMENTO DA SAÚDE OCUPACIONAL NOS HOSPITAIS

A política de Saúde, Higiene e Segurança no Trabalho visa essencialmente a prevenção dos riscos profissionais e a promoção da saúde nos locais de trabalho, nomeadamente na vertente orientada para a manutenção da capacidade para o trabalho (Nunes, 2006).

Em Portugal, a saúde no trabalho é um direito consagrado na lei. A designação oficialmente adotada é a de Serviços de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho (SSHST) e reserva-se a designação Equipa de Saúde Ocupacional (ESO) para o conjunto de profissionais que integram os serviços realçando assim a importância que lhes é atribuída e à forma como trabalham, (diretiva n.º 89/391/CEE), transporta para o direito interno português a 14 de novembro de 1991 tendo sido aprovado o Decreto-Lei n.º 441/91. A forma organizativa destes serviços foi definida em legislação complementar através da publicação do Decreto-Lei 26/94 de 1 de fevereiro – atualmente Lei n.º 35/2004 de 29 de julho – e, no que se refere à Administração Pública, pelo Decreto-Lei n.º 488/99 de 17 de novembro.

A saúde dos trabalhadores hospitalares foi especificamente considerada pela primeira vez em 1968 através do Decreto-Lei n.º 48357 de 27 de abril, em que no seu art. 67º, refere que nos hospitais centrais e regionais e nos sub-regionais, onde se justifique, deve funcionar um serviço de saúde do pessoal, ao qual incumbe efetuar os exames de vigilância sanitária do pessoal, verificar as condições sanitárias dos locais de trabalho, ordenar o internamento ou tratamento ambulatorio dos funcionários ou empregados doentes e verificar a doença para efeito de justificação de faltas, concessão de licenças ou quaisquer regalias.

Em 2006 a Organização Mundial de Saúde definiu como tema para o Dia Mundial da Saúde “A Saúde dos trabalhadores da saúde”, o que enfatizou a importância da saúde dos profissionais de saúde. As atividades promovidas durante a década (2006-2015) têm como propósito implementar e avaliar políticas e estratégias para os profissionais de saúde (Who, 2006).

Saúde Ocupacional é a área pluridisciplinar que engloba a totalidade das intervenções, médicas e não médicas, conducentes à promoção da saúde dos trabalhadores e à prevenção de todos os riscos, direta ou indiretamente ligados ao desempenho das respetivas atividades profissionais (Sousa Uva & Graça, 2004).

A Saúde Ocupacional é vista como uma área de saberes multidisciplinar que visa:

- Promover e manter o mais elevado nível de bem-estar físico, mental e social dos colaboradores em todas as profissões;
- Prevenir o dano causado à saúde pelas condições do seu trabalho;

- Proteger os colaboradores, no seu emprego, contra os riscos resultantes da presença de agentes nocivos para a sua saúde;
- Colocar e manter o colaborador num emprego que convenha às suas aptidões fisiológicas e psicológicas.

Em suma, adaptar o trabalho ao homem e cada homem ao seu trabalho.

Assim as competências da Saúde Ocupacional são: (CHNE, 2010)

- Promover a medicina preventiva;
- Desenvolver a medicina curativa em acidente de trabalho;
- Desenvolver um sistema de investigação e registo de acidentes de trabalho;
- Identificar, avaliar e prevenir os riscos no trabalho;
- Desenvolver matrizes de avaliação de riscos;
- Propor medidas de prevenção e proteção de riscos.

4. CUSTOS DOS ACIDENTES DE TRABALHO

Em qualquer discussão sobre causas e modelos para estimativa dos custos dos acidentes do trabalho, há que referir H. W. Heinrich como pioneiro na sua análise. O trabalho realizado por Heinrich (1931) causou uma considerável impressão, pela primeira vez foi abordado o tema sobre o custo sofrido pelas empresas em consequência de acidentes do trabalho, Heinrich determinou que o custo indireto é dado pela fórmula (custo indireto = 4 vezes o custo direto), Simond (1963), apresentou o primeiro método verdadeiramente científico para o cálculo do custo indireto dos acidentes de trabalho.

Para Heinrich “custo total” era a soma do custo direto e do custo indireto dos acidentes do trabalho. Heinrich demonstrou, que os custos dos acidentes de trabalho e doenças profissionais atingiam verbas de ordem muito superior às verbas de transferência de responsabilidade para as seguradoras, tendo defendido que os custos indiretos seriam quatro vezes superiores aos custos diretos, em que o custo direto era montante total de indenizações e pensões pagas pela seguradora. O custo indireto o valor assumido diretamente pela empresa, como os primeiros socorros, o transporte do sinistrado, o tempo de trabalho perdido pelo sinistrado e pelos colegas que lhe prestaram auxílio a substituição do trabalhador e a retoma da atividade interrompida na sequência do acidente as perdas de produção.

A primeira representação gráfica dos custos dos acidentes é o chamado *iceberg*, onde a parte emergente representa o custo direto ou “visível” e a parte submersa representa o custo indireto ou “invisível”. Como Heinrich referiu, a parte invisível é quatro vezes maior que a parte visível, (Figura - 1). Outros autores Bird e Germain (1985) e Health and Safety Executive (1993) usaram o mesmo diagrama, porém propuseram diferentes proporções.

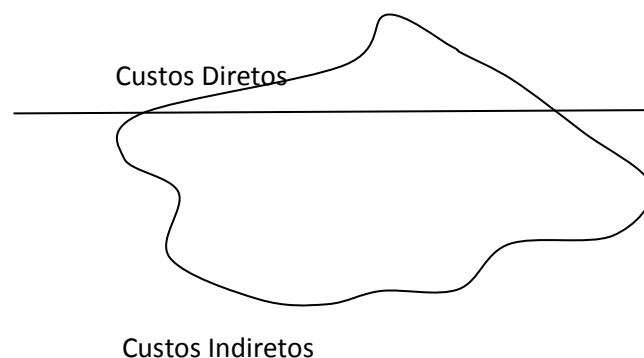


Fig. 1 –Iceberg, adaptado de: Heinrich, H., Petersen, D., Roos, N. (1980, p.51). *Industrial Accident Prevention*. New York: McGraw-Hill.

A Agência Europeia para a Segurança e a Saúde no Trabalho (EU-OSHA, 2010) refere que os locais de trabalho na UE são hoje mais seguros e mais saudáveis do que nunca. Mas, ainda assim, todos os anos se verificam 6,9 milhões de acidentes de trabalho e se registam milhões de novos casos de doenças relacionadas com o trabalho. O sofrimento humano causado pela falta de segurança e saúde é incalculável, porém, estima-se que o seu custo económico seja de 490 mil milhões de euros por ano.

Segundo Gámez, Romero & Peña (2002), debater a segurança e saúde no trabalho em termos de custos e benefícios não constitui uma imoralidade, já que a maior parte dos profissionais, técnicos e investigadores parece coincidir na necessidade de abordar essa discussão como o melhor dos caminhos para impulsionar a prevenção dos acidentes de trabalho e doenças profissionais na organização. As consequências dos acidentes de trabalho ultrapassam as fronteiras da própria empresa, podendo atingir outras empresas e instituições, trabalhadores individuais e, em certos casos, a própria Sociedade em si, daí a preocupação com os custos dos acidentes de trabalho.

Em literatura económica custo pode ser definido como o sacrifício necessário de recurso para atingir um determinado objetivo. Para Ibarra (1999) o custo não deve ser entendido como uma perda, mas como o passo necessário para obter o lucro.

O conceito de custo dos acidentes de trabalho e doenças profissionais, em muitos casos, é confundido com os conceitos de gasto e despesa.

Utilizando os conceitos adotados por Martins (2001):

- a) gasto é o sacrifício financeiro que a entidade suporta para obtenção de um produto ou serviço qualquer;
- b) custo é o gasto relativo a bens ou serviços utilizado na produção de outros bens ou serviços;
- c) despesa é o bem ou serviço consumidos diretos ou indiretamente para a obtenção de receitas.

A diferenciação entre custo e despesa é especialmente importante para efeitos de contabilidade financeira, pois o custo é incorporado aos produtos, ao passo que a despesa é lançada diretamente na demonstração do resultado do exercício (Bornia, 2002). Entretanto, na perspetiva de análise de gestão, essa diferenciação não é tão relevante, pois o gestor deve dispensar o mesmo tratamento a ambos no que se refere, por exemplo, à eficácia no uso de recursos.

Para Hinze (1991), a ausência de dados bem documentados nos custos totais dos acidentes de trabalho, o gestor está naturalmente relutante a gastar dinheiro num programa de prevenção

dos mesmos. Sem uma boa informação destes custos, o dinheiro usado em segurança pode ser considerado como um redutor de lucro, ao invés de contribuir para tal. Segundo *Health and Safety Executive* (1993), os custos dos acidentes do trabalho são muito altos para simplesmente serem absorvidos pelas despesas indiretas da organização. A informação dos custos de acidentes de trabalho e doenças profissionais pode ajudar os gestores a focar mais atenção na importância da segurança e saúde no trabalho.

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 coletivo. 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).

Os benefícios de uma boa gestão da segurança e higiene no trabalho são óbvios para as empresas, diversas experiências documentadas de empresas tiveram significativos benefícios quando aumentaram os seus padrões de segurança e saúde no trabalho. No Japão, um estudo (Eashw, 2003), da *Japan Industrial Safety and Health Association* mostrou que o investimento em medidas de segurança e saúde tem um retorno de 2,7 (2,3 da redução de acidentes e 0,4 do aumento de produtividade).

Esses investimentos são pagos, através de:

- Melhoria da eficiência e produtividade;
- Maior motivação dos trabalhadores;
- Menor absentismo;
- Menor rotação de trabalhadores;
- Melhoria da qualidade no trabalho;
- Melhor imagem da empresa no mercado – reputação – por um lado, as medidas de segurança e saúde podem ser utilizadas como um elemento de marketing para a promoção de vendas das empresas; por outro lado, estas medidas podem ser um critério para as empresas na decisão da compra de produtos e serviços de outras empresas;
- Menor prémio de seguro.

A partir de 1963 aparecem uma série de estudos feitos com objetivo de determinar o valor de uma constante entre o custo indireto e o custo direto dos acidentes com lesões e danos.

Para Andreoni (1986), a proporção 4:1 entre o custo indireto e o custo direto dos acidentes do trabalho proposto por Heinrich (1931) não era unânime em termos de aceitação e estudaram-se outros métodos para estimar os custos dos acidentes de trabalho.

No método proposto por Simonds (1950) o custo total do acidente do trabalho era equivalente à soma do custo segurado e do custo não segurado do acidente do trabalho.

Após a publicação dos estudos de Simonds, as denominações “custo segurado” e “custo não segurado” têm sido utilizadas com maior frequência, para expressar os componentes que compõem os custos totais dos acidentes de trabalho e um grande esforço tem sido feito para estabelecer um custo não segurado dos acidentes de trabalho que esteja suficientemente próximo ao custo real que uma empresa tem devido a um acidente do trabalho.

Para Miguel (2012), o custo económico total do acidente de trabalho é o somatório dos custos diretos mais os indiretos. Entendendo-se por custos diretos os custos que incidem diretamente sobre o bem, serviço ou atividade. Incorridos com a organização e operacionalização de determinado programa de saúde, como despesas com pessoal, medicação, atendimento psicológico, internamento, tratamento de doenças diretamente provocadas pelo consumo do álcool, entre outros. Para além desses custos, incluem-se ainda os custos diretos para usuários e seus familiares, como, por exemplo, gastos com transporte para ir ao tratamento ou compra de medicação (Piola & Vianna, 2002). São todos os custos em que exista relação causa-efeito bem definida. Resultam de um acidente ou de uma forma de acidente bem determinada, sendo possível imputá-los, em separado, a diversas variáveis em relação direta com o objeto do custo.

Os custos indiretos são aqueles que não estão diretamente relacionados à intervenção. Estão usualmente associados às consequências do problema de saúde e, em particular, associados à perda de produção econômica – por isso, às vezes, chamados de custos econômicos – devido à redução/perda de produtividade do paciente em função da doença, incapacidade física, que pode ser temporária ou permanente, e custos relativos à mortalidade precoce (Piola & Vianna, 2002). Os custos indiretos são, geralmente, medidos a partir do referencial teórico do DALY (*disability adjusted life years* ou anos de vida perdidos ajustados por incapacidade) e de uma forma aproximada, considerada como a carga da doença.

Para Afonso (2002), os custos indiretos são os gastos que contribuem para o custo dos acidentes, mas cuja imputação não é conseguida diretamente.

Existe ainda os custos intangíveis que são os custos associados ao acidente de trabalho que não podem ser menosprezados e que se diferenciam dos custos diretos e indiretos, que não são diretamente contabilizáveis, estão relacionados com a sinistralidade, mas onde a relação

causa-efeito não está bem definida em termos monetários, e que são a dor, o desconforto e as alterações psicológicas e comportamentais como a agressividade, ansiedade, depressão, baixa autoestima, alterações do sono, consumos excessivos (álcool, tabaco e drogas), conduzindo a situações de *stress* e *burnout*, com implicações diretas na atividade de trabalho e nas relações sociais e familiares, levando a baixa produtividade, absentismo, dificuldade em se relacionar com os colegas no local de trabalho, necessidade de acompanhamento psicológico e recolocação do posto de trabalho, podendo levar ao abandono da instituição e rutura familiar. São os mais difíceis de serem medidos ou valorados, pois referem-se ao custo do sofrimento físico e/ou psíquico do paciente portador de determinada doença. Dependem da percepção que o paciente tem sobre seus problemas de saúde e de suas consequências sociais, como o isolamento (Moraes et al., 2006).

De Cicco (1985, p.3) refere:

“[...] mais do que nunca, os aspetos económicos e os danos decorrentes de acidentes não podem ser relegados a segundo plano, pela simples e boa razão de estarem em jogo os recursos humanos e materiais e, até mesmo, a sobrevivência da organização. [...] Sem dúvida, o primeiro passo nesse sentido é o controlo efetivo dos custos de acidentes do trabalho. E falar em custos de acidentes implica, necessariamente, em se conhecer e controlar ‘todos’ os acidentes (com e sem lesão) que ocorrem na empresa e as formas por ela adotadas para se precaver frente a riscos que possam se transformar em danos.”

5 - CARATERIZAÇÃO DO CENTRO HOSPITALAR DO NORDESTE

O Centro Hospitalar do Nordeste, foi criado pelo Decreto-Lei n.º 233-2005, de 29 de dezembro e era uma Entidade Pública Empresarial, que sucedeu às pessoas coletivas Hospital Distrital de Bragança, SA, Hospital Distrital de Mirandela, SPA e Hospital Distrital de Macedo de Cavaleiros, SPA, assumindo todos os seus direitos e obrigações.

Com sede social na cidade de Bragança, tem como área de influência os doze Concelhos do distrito, tendo como objeto a prestação de cuidados de saúde a 145 486 cidadãos.

O nosso estudo incidiu nas Unidades de saúde que constituíam o Centro Hospitalar do Nordeste, Unidade Hospitalar de Bragança, Unidade Hospitalar de Macedo de Cavaleiros e Unidade Hospitalar de Mirandela e que hoje estão integradas na nova Unidade Local de Saúde do Nordeste.

Conforme se pode constatar na tabela 5, o grupo de profissionais mais representativos no CHNE, é o dos enfermeiros, com uma média, nos cinco anos, de 449, (37,6%), seguido dos assistentes operacionais com 323, (27%), representando os médicos uma proporção média de 11%.

Tabela 5 - Recursos humanos do Centro Hospitalar do Nordeste, 2006 – 2010

Funcionários	2006	2007	2008	2009	2010	\bar{X}	%
Pessoal Dirigente	10	8	8	8	10	9	0,8
Médicos	119	143	105	142	145	131	11,0
Técnicos Superiores de Saúde	22	35	19	12	46	27	2,3
Enfermeiros	453	444	452	453	445	449	37,6
Técnicos Diagnóstico Terapêutica	85	85	95	110	81	91	7,6
Assistentes Técnicos	117	128	131	139	173	138	11,5
Assistentes Operacionais	332	308	315	313	347	323	27,0
Outro Pessoal	13	41	31	31	14	26	2,2
Total	1155	1193	1156	1208	1261	1195	100,0

Adaptado de: Gabinete de Planeamento e Gestão da ULSNE – 2012

Dada a complexidade e número de funcionários do Centro Hospitalar, uma média nos cinco anos de 1 195 profissionais distribuídos nas mais diversas áreas de intervenção e expostos a múltiplos fatores de risco de natureza física, química, biológica e também psicossocial.

Após a criação do Centro Hospitalar, houve necessidade de reestruturar os gabinetes de Saúde Ocupacional existentes em cada unidade, criando uma única estrutura, sendo o regulamento da sua criação, aprovado em reunião de conselho de administração a 26 de agosto de 2010, com a seguinte redação “na organização dos serviços de gabinete de saúde ocupacional, previsto no art.º 139º da Lei n.º59/2008, na Lei nº 7/2009 de 12/02 (Código do Trabalho) e art.º 74 e 78 da Lei n.º102/2009, o CHNE adota a modalidade de serviço interno, através do gabinete de saúde ocupacional nos termos da lei e integrando as atividades de segurança, higiene e de saúde no trabalho sob o enquadramento hierárquico do vogal do pelouro delegadas pelo conselho de administração do Centro Hospitalar do Nordeste.

PARTE II – ESTUDO EMPIRICO

Acidentes de Trabalho em meio hospitalar - Custos associados

1. MATERIAIS E MÉTODOS

1.1. População/amostra

Os três estabelecimentos hospitalares, objeto de intervenção deste estudo longitudinal retrospectivo, abrangem um total de 1 195 (média dos cinco anos em estudo), distribuídos pelas diferentes áreas de intervenção.

A população alvo do nosso estudo, foram todos os trabalhadores do CHNE. Definimos como critérios de inclusão no estudo, ser trabalhador do CHNE, ter acidente de trabalho entre 1 de janeiro de 2006 e 31 de dezembro de 2010 e notificar o acidente junto do serviço de recursos humanos. Após a aplicação dos critérios de inclusão obtivemos uma amostra de 164 trabalhadores distribuídos da seguinte forma ao longo do período considerado: Unidade Hospitalar de Bragança 112, Unidade Hospitalar da Macedo de Cavaleiros 26 e Unidade Hospitalar de Mirandela 26 trabalhadores.

1.2. Recolha de informação

A informação foi recolhida a partir dos registos do inquérito fornecido pela Direção de Recursos Humanos da Saúde (DRHS) às instituições e que é proporcionada pelo serviço de recursos humanos ao sinistrado no momento da participação do acidente, o qual juntamente com um funcionário do serviço de recursos humanos faz o seu preenchimento.

Recorremos ao responsável do departamento de recursos humanos da ULSNE para reunir informação sobre o número de funcionários, o número de dias de trabalho perdidos pelos trabalhadores acidentados, o custo com os meios complementares de diagnóstico, o custo com as indemnizações e o vencimento auferido pelo trabalhador acidentado ao momento do acidente.

Foi consultada a ficha de urgência, no mesmo período, para verificar quais os procedimentos de urgência adotados e os exames auxiliares de diagnósticos realizados.

A recolha de informação foi realizada pelo investigador no serviço de Recursos Humanos da Unidade Local de Saúde do Nordeste (ULSNE), nos dias úteis das 9 às 17 horas, no período de 1 de dezembro de 2011 a 30 de abril de 2012. Os dados foram codificados, inseridos e analisados pelo nº de processo, garantindo e respeitando o anonimato dos participantes.

Consultámos ainda o restante processo para obter informação de alguma questão que eventualmente não estivesse preenchida e para obter informação dos custos com os medicamentos através das faturas apresentadas.

1.3. Instrumento de recolha de dados

Inquérito é constituído por três grupos de questões. O grupo I serve para a identificação do acidentado e é constituído por 8 questões fechadas (idade, sexo, nível habilitacional, grupo profissional, tempo de serviço, relação jurídica de emprego, modalidade de horário, nacionalidade).

O grupo II é constituído por 7 questões fechadas e diz respeito à caracterização do acidente, (agente de lesão, localização, dia, mês, hora, número de horas de trabalho cumpridas no momento do acidente, dia do acidente face ao último dia de descanso semanal, prestação de primeiros socorros, e ação que levou à lesão). O grupo III identifica as consequências do acidente e é constituído por 5 questões também fechadas (tipo de lesão, parte do corpo atingida, incapacidade provocada, ausência ao trabalho e número de dias perdidos), (Anexo 2).

1.4. Operacionalização das variáveis

De seguida apresentamos alguns conceitos, no sentido de clarificar, algumas variáveis utilizados no nosso estudo.

A variável **acidentes de trabalho** foi anteriormente mencionada, sendo descrita na introdução.

Assim consideramos a variável **modalidade de horário de trabalho**:

- **Horário rígido**, horário de trabalho reparte-se por dois períodos diários, com horas de entrada e de saídas fixas, separados por um intervalo de descanso;
- **Horário flexível** é horário de trabalho sem horas de entrada e de saídas fixas, segundo a Lei n.º 59/2008, de 11 de setembro; no Acordo Coletivo de Trabalho n.º 1/2009, de 28 de setembro e no Regulamento de Horário de Trabalho, constante da Proposta n.º 256/2011, de 19 de maio.
- **Jornada contínua** é o horário de trabalho com horas de entrada e de saídas fixas.

Consideramos a variável **relação jurídica de emprego no serviço ou organismo**, (Lei n.º 12-A/2008 de 27 de Fevereiro-Estabelece os regimes de vinculação, de carreiras e de remunerações dos trabalhadores que exercem funções públicas).

- **Horário por turnos**, o trabalho é organizado em equipa sendo que os trabalhadores ocupam sucessivamente os mesmos postos de trabalho, a um determinado ritmo, incluindo o ritmo rotativo, o que implica que os trabalhadores podem executar o trabalho a horas diferentes no decurso de um dado período de dias ou semanas. Considerámos **turnos de trabalhos**, os seguintes: noite das 00:00 horas até às 08:00 horas; manhã das 08:00 horas até às 16:00 horas; tarde das 16:00 horas até às 24:00 horas.

Consideramos a variável **Nomeação**.

Consideramos a variável **Gravidade**.

Com tendo ou não incapacidade, sendo que incapacidade foi definida como deficiência, limitação de atividades ou restrição na participação (OMS, MS 2003). Foram consideradas três

Modalidades de incapacidade: com incapacidade = 1; sem incapacidade = 2; morte = 3.

Consideramos a variável **Alocação de custos**.

Alocação de custos - refere-se à designação, para cada uma das unidades de custo, de uma porção equitativa dos custos das atividades que servem todas essas unidades (DeCS, 2012).

O custo total dos acidentes foi calculado pela soma do custo dos dias de trabalho perdidos, do custo do serviço de urgência, do custo das taxas moderadoras, do custo dos marcadores víricos, do custo dos meios complementares de diagnóstico, do custo da medicação e do custo com indemnizações.

O custo com os dias de trabalho perdidos foi calculado, pelo produto do número de dias de trabalho perdidos e o vencimento auferido por dia pelo trabalhador em função da sua categoria profissional.

Consideramos a variável **dias de trabalho perdidos**.

Os dias de trabalho perdidos foram considerados as faltas ao trabalho por um período igual ou superior a 1 dia.

Para as seguintes variáveis procedemos à sua recodificação da seguinte forma: **Tempo de serviço:** ≤ 5 anos = 1; > 5 anos = 2; ≤ 10 anos e > 10 anos = 3.

Local do acidente: serviços médicos = 1; serviços cirúrgicos = 2; serviços de apoio = 3; bloco operatório = 4; consulta externa = 5; urgência = 6; *in itinere* = 7; outros = 8.

Cada um dos locais engloba os seguintes serviços:

Serviços médicos (onde incluímos medicina, nefrologia, psiquiatria, especialidades, unidade de acidentes vasculares cerebrais); serviços cirúrgicos (cirurgia, oftalmologia, urologia, ortopedia); serviços de apoio (farmácia, laboratório, refeitório, imagiologia, lavandaria, corredores, outros); bloco operatório; consulta externa; urgência; *in itinere*; outros.

Parte do corpo atingida: cabeça = 1; tronco = 2; membros superiores = 3; membros inferiores = 4; múltiplas = 5.

1.5. Tratamento estatístico

Para o tratamento estatístico utilizamos o programa informático e de estatística SPSS® (*Statistical Package for Social Sciences*), versão 19, seguindo a seguinte metodologia estatística.

Fizemos a descrição e análise dos dados de forma sequencial às perguntas do inquérito de recolha de dados com base na estatística descritiva.

Na análise descritiva utilizamos as medidas de tendência central: média, desvio padrão e medidas de dispersão, amplitude para as variáveis quantitativas contínuas e frequências relativas para as variáveis nominais e ordinais.

Para verificar a normalidade das variáveis, utilizamos o teste de *Kolmogorov-Smirnov*.

A análise bivariada através do cálculo do teste do Qui-Quadrado será utilizada tendo em vista a comparação de proporções, permitindo desta forma descrever a relação entre duas variáveis.

Para comparar as médias dos custos totais dos acidentes e as restantes variáveis, utilizamos o teste t de *student* para duas amostras independentes e para a comparação múltipla de médias recorreremos ao teste ANOVA.

A correlação entre as variáveis custo total, custo com os medicamentos, custo com a urgência, custo com taxa moderadora, custo com meios auxiliares de diagnóstico, custo com indemnizações, custo com dias de trabalho perdidos e custo com marcadores víricos com todas as restantes variáveis foi verificada através do teste de correlação paramétrica de r de *Pearson*.

1.6. Questões éticas

A investigação foi previamente submetida à aprovação e autorização pelo Conselho de Administração da ULSNE, cuja resposta foi suportada nos pareceres da respetiva Comissão de Ética e das várias hierarquias dentro da instituição, onde se inclui o parecer do diretor do serviço de recursos humanos e do diretor do serviço de Saúde Ocupacional. Foram respeitados os princípios da Declaração de Helsínquia.

2. RESULTADOS

Caraterização do acidentado.

Da análise dos resultados, e relativamente ao período do estudo, 2006 a 2010, verificamos que a média dos funcionários da instituição foi de 1 195, destes 164 (uma média de 13,7%) sofreram acidentes de trabalho.

Como verificamos na tabela 6, a Unidade Hospitalar de Bragança, foi a que registou mais casos de acidentes de trabalho, 112 (68,3%), registando as Unidades de Macedo e de Mirandela o mesmo número de casos 26 (15,9%).

Na unidade de Bragança, o número de acidentes tem vindo a diminuir de 28 (17,1%) em 2006 para 13 (7,9%) em 2010.

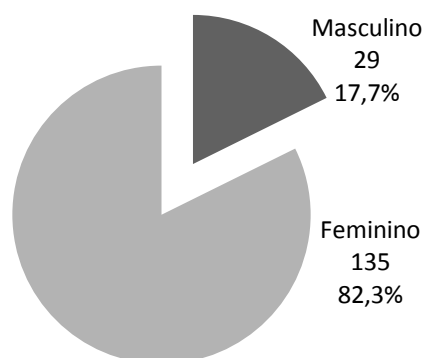
Nas unidades de Macedo de Cavaleiros e de Mirandela, nos anos de 2006 e 2008 não se notificaram acidentes ou houve perda de registos. Na globalidade das 3 unidades verifica-se uma diminuição da notificação de acidentes ao longo dos anos, registando o ano de 2010 o valor mais baixo, 26 (15,9%).

Tabela 6 – Distribuição dos acidentes de trabalho por ano e instituição entre 2006-2010.

Instituição		Ano em que ocorreu o acidente					Total
		2006	2007	2008	2009	2010	
Unidade hospitalar de Bragança	n	28	24	28	19	13	112
	%	17,1	14,6	17,1	11,6	7,9	68,3
Unidade Hospitalar de Macedo	n	0	12	0	6	8	26
	%	,0	7,3	,0	3,7	4,9	15,9
Unidade Hospitalar de Mirandela	n	0	11	0	10	5	26
	%	,0	6,7	,0	6,1	3,0	15,9
Total	n	28	47	28	35	26	164
	%	17,1	28,7	17,1	21,3	15,9	100,0

Pela figura 2, verifica-se que a amostra é maioritariamente do sexo feminino, com 135 (82,3%), tendo-se registado 29 (17,7%) do sexo masculino.

Figura 2 – Distribuição dos acidentados por sexo.



No que concerne à estrutura etária, o escalão etário entre os 50 e os 54 anos contempla o maior número de notificações de acidentes, 46 (28,0%). O escalão compreendido entre os 55 e os 59 anos, representa cerca de 20% casos. A média recaiu no grupo dos 45 a 49 anos verificando-se a moda e a mediana no grupo etário dos 50 aos 54 anos.

Tabela 7 – Distribuição dos acidentes de trabalho segundo o grupo etário.

Grupo etário	n	%
18-24	2	1,2
25-29	5	3,0
30-34	4	2,4
35-39	18	11,0
40-44	22	13,4
45-49	25	15,2
50-54	46	28,0
55-59	32	19,5
>60	10	6,1
Total	164	100,0

\bar{X} =6,2(45-49 anos) Mo=7 (50-54 anos) Me=7,0 (50-54 anos)

Analisando a tabela 8, observa-se que mais de metade (59,2%) dos trabalhadores possui (bacharelato/licenciatura) e cerca de um terço tem menos de 9 anos de escolaridade.

Os dados permitem-nos constatar que dos 125 (76,2%), trabalhadores que trabalham por turnos 60 detinham um curso superior.

Tabela 8 – Distribuição dos acidentes de trabalho por e a modalidade de trabalho.

Nível habilitacional		Modalidade de trabalho				Total
		Rígido	Flexível	Jornada contínua	Turnos	
< 9º ano	N	12	1	5	31	49
	% Total	7,3	,6	3,0	18,9	29,9
9º ano	N	1	1	1	6	9
	% Total	,6	,6	,6	3,7	5,5
12ºano	N	0	1	2	6	9
	% Total	,0	,6	1,2	3,7	5,5
Bacharelato	N	1	0	3	22	26
	% Total	,6	,0	1,8	13,4	15,9
Licenciatura	N	1	0	10	60	71
	% Total	,6	,0	6,1	36,6	43,3
Total	N	15	3	21	125	164
	% Total	9,1	1,8	12,8	76,2	100,0

Da análise da tabela 9, o pessoal de enfermagem foi o que apresentou maior notificação de acidentes 91 (55,5%) casos, seguindo-se o pessoal auxiliar de ação médica com 40 (24,4%) dos casos, o pessoal administrativo 9 (5,5%) e os médicos com 7 (4,3%) dos casos, sendo que o pessoal técnico representa 0,6% dos casos.

Importa salientar que os corpos especiais da saúde (médicos, enfermeiros), representam mais de metade dos trabalhadores que notificaram o acidente 59,8%.

Tabela 9 – Distribuição dos acidentados segundo o grupo profissional

Grupo profissional	n	%
Pessoal médico	7	4,3
Pessoal enfermagem	91	55,5
Pessoal técnico diagnóstico terapêutico	4	2,4
Pessoal técnico	1	,6
Pessoal administrativo	9	5,5
Pessoal auxiliar de Ação médica	40	24,4
Outro pessoal dos serviços gerais	3	1,8
Outro pessoal auxiliar	3	1,8
Pessoal operário	6	3,7
Total	164	100,0

De acordo com a tabela 10, a relação jurídica de emprego mais representativa dos 164 acidentados é a nomeação com 94 (57,3%) existindo 60 (36,6%) com contrato de trabalho em funções públicas.

Do total dos acidentados (164), 146 (89%) trabalhavam há mais de 10 anos. Com menos de 5 anos de trabalho verificaram-se 8 (4,9%) acidentados.

Tabela 10 – Distribuição dos acidentes de trabalho por relação jurídica de emprego e tempo de serviço nas funções correspondentes ao grupo profissional.

Relação jurídica de emprego		Tempo de Serviço			Total
		≤ 5 Anos	+ 5 Anos e ≤ 10 anos	> 10 Anos	
Nomeação	n	3	6	85	94
	% Total	1,8	3,7	51,8	57,3
Contrato administrativo de provimento	n	1	3	0	4
	% Total	,6	1,8	,0	2,4
Contrato de Trabalho em Funções Públicas	n	0	0	60	60
	% Total	,0	,0	36,6	36,6
Contrato termo certo	N	3	0	0	3
	% Total	1,8	,0	,0	1,8
Prestação de serviços	n	0	0	1	1
	% Total	,0	,0	,6	,6
Outra	n	1	0	0	1
	% Total	,6	,0	,0	,6
Contrato sem termo	n	0	1	0	1
	% Total	,0	,6	,0	,6
Total	n	8	10	146	164
	% Total	4,9	6,1	89,0	100,0

Segundo a tabela 11, a maior parte (76,2%) dos inquiridos refere trabalhar por turnos e cerca de 2% referem uma modalidade flexível.

Tabela 11 – Distribuição dos acidentes de acordo com a modalidade de trabalho

Modalidade de trabalho	n	%
Horário Rígido	15	9,1
Horário Flexível	3	1,8
Jornada continua	21	12,8
Horário por Turnos	125	76,2
Total	164	100,0

Caraterização do acidente

Como se verifica pela tabela 12 a distribuição dos acidentes de trabalho ao longo dos meses do ano é praticamente uniforme, com exceção para o mês de fevereiro, em que o número de acidentes foi menor 6 (3,7%).

Tabela 12 – Distribuição dos acidentes ao longo do ano

Mês	n	%
Janeiro	18	11,0
Fevereiro	6	3,7
Março	16	9,8
Abril	16	9,8
Maio	16	9,8
Junho	10	6,1
Julho	10	6,1
Agosto	14	8,5
Setembro	17	10,4
Outubro	11	6,7
Novembro	14	8,5
Dezembro	16	9,8
Total	164	100,0

O maior número de acidentes, verificou-se à segunda-feira com 35 casos (21,3%). No fim-de-semana (domingo) verifica-se uma diminuição dos acidentes, 14 casos (8,5%), tabela 13.

Tabela 13 – Distribuição dos acidentes segundo o dia da semana.

Dia da semana	n	%
Segunda	35	21,3
Terça	17	10,4
Quarta	28	17,1
Quinta	24	14,6
Sexta	27	16,5
Sábado	19	11,6
Domingo	14	8,5
Total	164	100,0

A grande maioria dos acidentes ocorreu no turno da manhã, 103 casos (62,8%), ocorrendo a hora do acidente entre as 10 e as 11, turno da manhã, com um total de 38 casos, 23,2%, tabela 14.

Tabela 14 – Distribuição dos acidentes por turno.

Acidentes por Turno	n	%
Noite	21	12,8
Manhã	103	62,8
Tarde	40	24,4
Total	164	100,0

Os acidentes verificaram-se mais nos serviços médicos com 48 casos (29,3%), seguido de outros serviços (corredores, áreas comuns, áreas externas) com 29 casos (17,7%), serviço de urgência com 27 acidentados (16,5%) e serviços cirúrgicos com 24 (14,6%) casos. No trajeto só se verificaram 3 casos (1,8%), tabela 15.

Tabela 15 – Distribuição dos acidentes segundo o local do acidente

Local Acidente	n	%
Serviços médicos	48	29,3
Serviços cirúrgicos	24	14,6
Serviços de apoio	7	4,3
Bloco operatório	14	8,5
Consulta externa	12	7,3
Urgência	27	16,5
<i>In itinere</i>	3	1,8
Outros	29	17,7
Total	164	100,0

Pela análise da tabela 16, podemos verificar que a maior parte dos acidentes ocorreu no 1º dia, com 50 (30,5%) e no 3º dia com 42 (25,6%) acidentes de trabalho após o descanso semanal, no 6º dia e após o 6º dia registaram-se respectivamente 3 (1,8%) e 2 (1,2%) casos.

Quanto ao número de horas de trabalho cumpridas até ao momento do acidente, o maior número ocorreu entre a 1 e as 3 horas com 60 (36,6%) acidentes e entre as 3 e as 6 horas com

54 (32,9%) dos casos, registrando-se o menor número após as 8 horas com 6 registos (3,7%) e na 1ª hora com 19 (11,6%) casos.

Tabela 16 – Distribuição dos acidentes por dia do acidente face ao último dia de descanso semanal e número de horas cumpridas no momento do acidente.

Dia do acidente face ao último dia de descanso semanal		Nº de horas cumpridas no momento do acidente					Total
		< 1 h	1 a 3 h	≥ 3 a 6 h	> 6 até 8 h	> 8 h	
1º Dia	n	3	23	13	8	3	50
	% Total	1,8	14,0	7,9	4,9	1,8	30,5
2º Dia	n	2	12	11	6	0	31
	% Total	1,2	7,3	6,7	3,7	,0	18,9
3º Dia	n	9	14	12	6	1	42
	% Total	5,5	8,5	7,3	3,7	,6	25,6
4º Dia	n	1	6	7	3	1	18
	% Total	,6	3,7	4,3	1,8	,6	11,0
5º Dia	n	2	5	9	2	0	18
	% Total	1,2	3,0	5,5	1,2	,0	11,0
6º Dia	n	1	0	2	0	0	3
	% Total	,6	,0	1,2	,0	,0	1,8
>de 6º dia	n	1	0	0	0	1	2
	% Total	,6	,0	,0	,0	,6	1,2
Total	n	19	60	54	25	6	164
	% Total	11,6	36,6	32,9	15,2	3,7	100,0

Da análise da tabela 17 verificamos que 47 (28,7%) registaram incapacidade para o trabalho entre estes 11 (23,4%) foram registados ao mobilizar o doente. No entanto o maior número de acidentes sem incapacidade foi provocado por ferramentas / instrumentos / utensílios com 61 (37,2%) dos casos totais, havendo um grande número 32 (19,5%) de casos que não têm um agente da lesão específico.

Tabela 17 – Distribuição dos acidentes por agente da lesão e a incapacidade provocada.

Agente da lesão		Incapacidade		Total
		Com incapacidade	Sem incapacidade	
Produtos químicos	n	0	1	1
	% Total	,0	,6	,6
Ferramentas / instrumentos / utensílios	n	5	61	66
	% Total	3,0	37,2	40,2
Pavimentos	n	8	12	20
	% Total	4,9	7,3	12,2
Recipientes sob pressão	n	0	1	1
	% Total	,0	,6	,6
Escadas ou rampas móveis	n	6	4	10
	% Total	3,7	2,4	6,1
Meios de transporte	n	2	1	3
	% Total	1,2	,6	1,8
Outros	n	15	32	47
	% Total	9,1	19,5	28,7
Mobilizar doente	n	11	5	16
	% Total	6,7	3,0	9,8
Total	n	47	117	164
	% Total	28,7	71,3	100,0

Como se verifica pela tabela 18 o maior número de acidentes foi provocado por picadas de agulha com 53 (32,3%) casos, seguido das quedas com 39 (23,8%) e os esforços excessivos ou movimentos inadequados com 35 (21,3%) dos casos, registando a queda de objetos e a exposição a substâncias nocivas, o menor número 2 (1,2%) casos cada.

Tabela 18 – Distribuição dos acidentes segundo a ação que conduziu á lesão

Ação que conduziu á lesão	n	%
Queda do trabalhador	39	23,8
Queda de objetos	2	1,2
Picada de agulha	53	32,3
Pancada/corte provocado por objeto	21	12,8
Entalamento por objetos	4	2,4
Esforços excessivos ou movimentos inadequados	35	21,3
Exposição a substâncias nocivas	2	1,2
Exposição a produtos contaminados/ infetadas por agentes biológicos	3	1,8
Outros	5	3,0
Total	164	100,0

Quanto ao tipo de lesão verificou-se que as feridas representaram o maior número com 63 (38,4%) dos casos, seguido dos entorses e distensões com 32 (19,5%). As fraturas representaram o menor registo com 7 (4,3%) dos casos, tabela 19.

Tabela 19 – Distribuição dos acidentes segundo o tipo de lesão

Tipo de lesão	n	%
Contusões ou esmagamento	20	12,2
Feridas	63	38,4
Entorses ou distensões	32	19,5
Fraturas	7	4,3
Luxações	12	7,3
Outro	30	18,3
Total	164	100,0

A parte do corpo mais atingida pelos acidentes foram as mãos com 65 (39,6%) dos casos, seguido do tronco com 28 (17,1%) e dos braços com 19 (11,6%) dos casos, tabela 20.

Tabela 20 – Distribuição dos acidentes segundo a parte do corpo atingida.

Parte do corpo atingida	n	%
Cabeça	6	3,7
Olhos	5	3,0
Tronco	28	17,1
Braços	19	11,6
Mãos	65	39,6
Pernas	14	8,5
Pés	11	6,7
Múltiplas	9	5,5
Pescoço	4	2,4
Outra	3	1,8
Total	164	100,0

Consequências dos acidentes

Pela análise da tabela 21 observa-se que quase metade 77 (47%) dos acidentados não realizaram exames auxiliares de diagnóstico e cerca de 5% realizaram vários exames.

Tabela 21 – Distribuição dos acidentados que realizaram exames complementares de diagnóstico.

Exames Auxiliares de Diagnóstico	n	%
Sem exames	77	47,0
Análises	57	34,8
RX	22	13,4
Vários	8	4,9
Total	164	100,0

Do total dos acidentados, 39 (23,8%) registaram absentismo ao trabalho, faltando um total de 2 394 dias, variando entre o mínimo de 2 dias e o máximo de 289 dias, com uma média de 44,2 (dp±44,21) dias por acidentado.

No total dos acidentados houve 7 (4,3%) casos que tiveram direito a indemnizações no valor total de 222 024,75 €, variando entre 9 913,90€ e 70 000,00€, com uma média de 31 717,80€ por acidentado.

Os custos totais quantificáveis dos acidentes de trabalho nos 5 anos em análise, foi de 342 747,80€, com uma média de 2 089,80€ (dp=9 502,83€) por acidente, compreendido entre 3,00€ e 87 855,00€.

Tabela 22 – Distribuição dos custos por grupo profissional.

Grupo profissional	Custos							Total
	Custo Dias perdidos	Custo urgência	Custo Taxa moderadora	Custo Indemnização	Custo Marcadores	Custo meios complementares de diagnóstico	Custo medicamentos	
Pessoal médico	11121,4	836,4	47,4	42000,0	145,6	55,7	0,0	54206,5
Pessoal enfermagem	63804,8	4921,8	488,2	149550,0	2731,7	231,3	1170,2	222898,0
Pessoal téc. diagnóstico e terapêutica	0,0	463,4	27,3	0,0	247,5	11,0	0,0	749,2
Pessoal técnico	0,0	111,0	3,4	0,0	0,0	0,0	0,0	114,4
Pessoal administrativo	5830,3	1074,0	73,7	0,0	0,0	7,4	738,6	7724,0
Pessoal auxiliar de Ação médica	17078,3	4541,4	297,7	15000,0	933,7	102,4	168,8	37122,3
Outro pessoal dos serviços gerais	0,0	335,9	25,3	0,0	82,5	5,6	0,0	449,3
Outro pessoal auxiliar	0,0	231,8	15,4	0,0	82,5	0,0	611,4	941,1
Pessoal operário	2299,8	680,9	42,8	15474,8	0,0	0,0	44,7	18543,0
Total	100134,6	12196,6	1021,2	222024,8	4223,5	413,4	2733,7	342 747,80

Pela análise da tabela 23, verificamos uma correlação negativa estaticamente significativa entre o custo total dos acidentes e a parte do corpo atingida ($r=-0,224$ e $p=0,004$).

Verificamos uma correlação positiva estatisticamente significativa entre o custo total dos acidentes e as seguintes variáveis:

- o número de dias de trabalho perdidos ($r=0,626$ e $p < 0,001$), ou seja, o custo total aumenta à medida que aumenta o número de dias de trabalho perdidos;
- com o agente de lesão ($r=0,265$ e $p < 0,001$). Considerando a evolução nesta categoria o nível mais baixo os produtos químicos ferramentas, seguido dos instrumentos / utensílios, do

pavimento, dos recipientes sob pressão, das escadas ou rampas móveis, dos meios de transporte, de outros e do mobilizar doentes;

- ação que conduziu à lesão ($r=0,193$ e $p=0,013$). Considerando a evolução desta variável da seguinte forma, queda do trabalhador queda de objetos, picada de agulha, pancada /corte provocado por objeto, entalamento por objeto, esforços excessivos ou movimentos inadequados, exposição a substâncias nocivas, exposição a produtos contaminados / infetados por agentes biológicos e outros.

Tabela 23 – Matriz de Correlação de *pearson*

		Custos Totais
Parte do corpo atingida	r	-,224**
	p	,004
	n	164
Dias de trabalho perdidos	r	,626**
	p	,000
	n	164
Agente da lesão	r	,265**
	p	,001
	n	164
Ação que conduziu à lesão	r	,193*
	p	,013
	n	164

Para compararmos se existiam diferenças estatisticamente significativas nas médias dos custos totais e as outras variáveis, utilizámos o teste ANOVA para comparação múltipla de médias.

Da análise da tabela 24, verificamos que existem diferenças estatisticamente significativas ($p<0,05$) entre a média dos custos totais dos acidentes e o ano em que ocorreu o acidente, a parte do corpo atingida, os exames auxiliares de diagnóstico realizados, a ação que conduziu à lesão e o grupo profissional.

Tabela 24 – Verificação comparativa de médias entre a variável custos totais e outras variáveis, através do teste ANOVA.

	ANOVA				
	Soma das médias	df	Quadrado das médias	F	p
Ano em que ocorreu o acidente	185,328	63	2,942	2,648	,000
Parte do corpo atingida	87,499	63	1,389	1,902	,002
Exames Auxiliares de Diagnóstico	201,916	63	3,205	14,662	,000
Ação que conduziu á lesão	521,967	63	8,285	1,518	,031
Grupo profissional	1615,648	63	25,645	1,449	,048

Nas restantes variáveis em estudo, não verificámos relação estatisticamente significativa com o custo total dos acidentes.

Quando analisamos a média de custos totais dos acidentes no grupo profissional, verificámos que a maior média de custo total com os acidentes foi na categoria dos médicos com uma média de 7 605,60 €, seguido da categoria profissional pessoal operário com uma média de 3 045,69 € e da categoria dos enfermeiros com uma média de 2 477,52 € por acidente. A menor média observou-se na categoria dos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica com uma média de 10 €, tabela 25.

Tabela 25 – Distribuição da média de custo total dos acidentes por grupo profissional

Grupo profissional			Estatística	Desvio padrão
Custos Totais	Pessoal médico	Média	7605,60	6778,88
		Mínimo	5,00	
		Máximo	48169,53	
	Pessoal enfermagem	Média	2477,52	1203,11
		Mínimo	3,00	
		Máximo	87855,00	
	Pessoal Técnico Diagnostico Terapêutica	Média	10,00	,912
		Mínimo	8,00	
		Máximo	12,00	
	Pessoal administrativo	Média	665,39	360,27
		Mínimo	5,00	
		Máximo	2843,42	
	Pessoal auxiliar de Ação médica	Média	976,72	453,99
		Mínimo	5,00	
		Máximo	16937,00	
	Outro pessoal dos serviços gerais	Média	13,00	1,00
		Mínimo	11,00	
		Máximo	14,00	
	Outro Pessoal auxiliar	Média	210,46	201,96
		Mínimo	8,00	
		Máximo	614,40	
	Pessoal operário	Média	3045,69	2934,24
		Mínimo	5,00	
		Máximo	17713,60	

Ao analisarmos a média de o custo total e a parte do corpo atingida, verificámos que a maior média de custo total mais elevado se verificou nos acidentes que atingiram a cabeça, com um valor de 9 633,58 € por acidente, seguido do tronco com uma média de 3 942,79 €, os membros superiores registaram o valor mais baixo, com uma média de 671,05 € por acidente, tabela 26.

Tabela 26 – Distribuição da média de custo total dos acidentes e a parte do corpo atingida

Parte do corpo atingida			Estatística	Desvio padrão
Custos Totais	Cabeça	Média	9633,58	6691,87
		Mínimo	5,00	
		Máximo	87855,00	
	Tronco	Média	3942,79	2099,36
		Mínimo	5,00	
		Máximo	48169,53	
	Membros superiores	Média	671,05	306,13
		Mínimo	3,00	
		Máximo	17713,60	
	Membros inferiores	Média	1041,45	495,87
		Mínimo	3,00	
		Máximo	10096,90	
	Múltiplas	Média	453,42	177,10
		Mínimo	3,00	
		Máximo	1625,70	

Quando verificamos a média de custo total e o agente da lesão observamos que são os meios de transporte os agentes que causaram acidentes com maior custo, com uma média de 16 066,09 € por acidente, seguido da mobilização de doentes com uma média de 11 855,63 € por acidente, tendo as ferramentas / instrumentos / utensílios o valor mais baixo com 120,03€ por acidente de trabalho, tabela 27.

Tabela 27 – Distribuição da média de custo total dos acidentes por agente da lesão

Agente da lesão			Estatística	Desvio padrão
Custos Totais	Ferramentas / instrumentos / utensílios	Média	120,03	86,71
		Mínimo	3,00	
		Máximo	5711,00	
	Pavimentos	Média	429,28	173,81
		Mínimo	5,00	
		Máximo	2843,42	
	Escadas ou rampas móveis	Média	2212,22	1738,29
		Mínimo	3,00	
		Máximo	17713,60	
	Meios de transporte	Média	16066,09	16051,7
		Mínimo	14,00	
		Máximo	48169,53	
	Outros	Média	1408,55	740,24
		Máximo	32891,08	
	Mobilizar doente	Média	11855,63	6197,92
		Mínimo	8,00	
		Máximo	87855,00	

Quanto à média de custo total e o tipo de lesão, verificou-se que a maior média de custo total com os acidentes foi nas luxações com a média de custos de 7 932,63 € por acidente, seguido das fraturas com uma média de 5 932,91 € por acidente. A menor média observou-se nas feridas com 37,41 €, tabela 28.

Tabela 28 – Distribuição da média de custo total dos acidentes e o tipo de lesão.

Tipo de lesão			Estatística	Desvio padrão
Custos Totais	Contusões ou esmagamento	Média	713,68	502,58
		Mínimo	5,00	
		Máximo	10096,90	
	Feridas	Média	37,41	24,07
		Mínimo	3,00	
		Máximo	1523,00	
	Entorses ou distensões	Média	2550,91	1242,79
		Mínimo	3,00	
		Máximo	32891,08	
	Fraturas	Média	5932,17	2114,09
		Mínimo	1591,50	
		Máximo	17713,60	
	Luxações	Média	7931,63	7281,21
		Mínimo	5,00	
		Máximo	87855,00	
	Outro	Média	3592,76	2400,32
		Mínimo	3,00	
		Máximo	55470,00	

Ao analisarmos os dados da tabela 29 verificamos, que os esforços excessivos ou movimentos inadequados têm em média um valor de 6 501,96 € por acidente, sendo as picadas por agulha as que têm um valor mais baixo, em média 11,84 € por acidente.

Tabela 29 – Distribuição da média de custo total dos acidentes e a ação que conduziu à lesão

Ação que conduziu à lesão		Estatística		Desvio padrão
Custos Totais	Queda do trabalhador	Média	1303,38	504,97
		Mínimo	3,00	
		Máximo	17713,60	
	Queda de objetos	Média	115,47	103,47
		Mínimo	12,00	
		Máximo	218,94	
	Picada de agulha	Média	11,84	1,77
		Mínimo	3,00	
		Máximo	73,10	
	Pancada/corte provocado por objeto	Média	586,15	477,64
Mínimo		5,00		
Máximo		10096,90		
Entalamento por objetos	Média	199,41	188,08	
	Mínimo	9,00		
	Máximo	763,67		
Esforços excessivos ou movimentos inadequados	Média	6501,96	3052,11	
	Mínimo	5,00		
	Máximo	87855,00		
Exposição a substâncias nocivas	Média	8,50	5,50	
	Mínimo	3,00		
	Máximo	14,00		
Exposição a produtos contaminados/ infetadas por agentes biológicos	Média	11,16	1,30	
	Mínimo	9,00		
	Máximo	13,50		
Outros	Média	10066,18	9529,84	
	Mínimo	12,00		
	Máximo	48169,53		

Quando analisamos a média do custo total e o tempo de serviço, verificámos que a maior média de custo total com os acidentes foi nos profissionais com mais de 10 anos de serviço, com uma média de 2 338,85 €, sendo a menor média a dos funcionários com menos de 5 anos, com o valor de 8,25 €, tabela 30.

Tabela 30 – Distribuição da média de custo total dos acidentes e o tempo de serviço

Tempo de Serviço		Estatística		Desvio padrão
Custos Totais	≤5 Anos	Média	8,25	,940
		Mínimo	5,00	
		Máximo	12,00	
	>5 Anos ≤10 anos	Média	120,83	72,85
		Mínimo	3,00	
		Máximo	673,70	
	> 10 Anos	Média	2338,85	831,49
		Mínimo	3,00	
		Máximo	87855,00	

Pela análise das médias do custo total e o local do acidente, verificámos que a maior média de custo total com os acidentes foi nos acidentes *in itinere* com 17 996,07 €, seguido dos serviços médicos com uma média de 3 436,43 € e do bloco operatório com 2 383,36 € por acidente. A menor média observou-se nos serviços de apoio com 96,91 € por acidente.

Tabela 31 – Distribuição da média de custo total dos acidentes por local do acidente.

Local Acidente		Estatística		Desvio padrão
Custos Totais	Serviços médicos	Média	3436,43	2164,60
		Mínimo	3,00	
		Máximo	87855,00	
	Serviços cirúrgicos	Média	1123,77	741,75
		Mínimo	3,00	
		Máximo	17713,60	
	Serviços de apoio	Média	96,91	86,24
		Mínimo	8,00	
		Máximo	614,40	
	Bloco operatório	Média	2383,36	2346,87
		Mínimo	5,00	
		Máximo	32891,08	
	Consulta externa	Média	523,55	472,27
		Mínimo	3,00	
		Máximo	5711,00	
	Urgência	Média	1112,53	653,50
		Mínimo	5,00	
		Máximo	16937,00	
	<i>In itinere</i>	Média	17996,07	15104,91
		Mínimo	1625,70	
		Máximo	48169,53	
Outros	Média	912,88	431,88	
	Mínimo	5,00		
	Máximo	10096,90		

3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

De acordo com os resultados do estudo, os dados foram agrupados segundo a caracterização do acidentado, caracterização do acidente e consequências dos acidentes de trabalho, ocorridos no período de 2006 a 2010, no Centro Hospitalar do Nordeste.

No período em estudo verificaram-se 164 acidentes de trabalho, registados através do inquérito de notificação dos acidentes de trabalho, junto dos Serviços de Recursos Humanos da Saúde Centro Hospitalar do Nordeste. É importante referir que o número de acidentes estudado corresponde aos acidentes participados. Outros existirão que não constam das listagens por desconhecimento formal das ocorrências.

Neste estudo, o grupo profissional dos enfermeiros tem representação proporcional de 55,5% em relação à totalidade dos acidentes notificados. Essa representação segue a tendência de outros estudos e também da maior representação desses profissionais dentro das instituições de saúde (ACSS, 2007; Izidoro, Iwamoto & Camargo, 2010; Martins, Silva & Correia, 2012). O sexo feminino (82,3%), os trabalhadores com habilitações literárias superiores ao 12º ano de escolaridade (59,2%) e grupo etário nos 50-54 anos, 28,0%, foram os que apresentaram maior notificação. Diversos estudos comparam que dos diferentes grupos profissionais que trabalham em hospitais, os trabalhadores de enfermagem são os mais acometidos. (Alexandre & Benatti, 2004). São os enfermeiros que prestam o maior número de cuidados diretos, desde os mais simples, como cuidados de higiene e conforto e posicionamento de doentes, aos mais complexos, como preparação e administração de medicação, medidas de suporte básico e avançado de vida, entre outras, de forma ininterrupta, o que os expõe a risco laboral acrescido. (Izidoro, Iwamoto & Camargo, 2010; Martins, Silva & Correia, 2012). São também estes profissionais que mais convivem com situações associadas ao *stress* ocupacional, como inovações organizacionais e tecnológicas e aos crescentes conflitos relacionados com as questões pessoais, sociais e institucionais no âmbito hospitalar, o que exige desses trabalhadores constante adaptação, maior consciência, além de grande habilidade para enfrentar essas evoluções e administrar as exigências do trabalho (Guido, 2009).

A maior proporção de acidentes notificados ocorreu em trabalhadores que praticavam horário por turnos (76,2%) e no período diurno, turno da manhã (62,8%), coincidindo com o horário em que há maior intensidade de trabalho. Há que destacar que a maior parte dos procedimentos terapêuticos como cuidados de higiene e conforto dos doentes, mobilização e transferência de doentes, colheita de espécimes para exames, realização de cirurgias, realização de exames auxiliares de diagnóstico, realização de pensos, entre muitos outros, são realizados nesse período. Acontecendo o mesmo com os procedimentos não terapêuticos, como a

alimentação dos doentes, a realização de tarefas de limpeza e lavandaria, as reparações e manutenção de equipamentos (ACSS, 2009; Sêco, Robazzi., Shimizu & Rúbio, 2008; Izidoro, Iwamoto & Camargo, 2010).

Quanto à distribuição dos acidentes ao longo do ano verificou-se ser mais ou menos homogénea. Existe, no entanto, um decréscimo nos meses de junho e julho, com 6,1% cada, meses que correspondem habitualmente às férias dos trabalhadores, e também o mês de fevereiro registou uma média baixa de acidentes (3,7%), este mês é mais pequeno do ano, no entanto, não nos parece razão para tal diminuição.

O departamento de recursos humanos da saúde (2001) referiu a segunda-feira como o dia da semana com mais sinistralidade, também no nosso estudo, os acidentes ocorreram mais à segunda-feira, (21,3%), seguido da quarta-feira com 17,1%, diminuindo ao fim de semana, (8,5%). O relatório da autoridade para as condições do trabalho (2008) refere que a frequência de acidentes de trabalho diminui ao fim de semana, esta diminuição de acidentes é uma consequência da diminuição do ritmo de trabalho, do menor número de trabalhadores em escala, diminuindo portanto o risco de ocorrência de acidente. Dados corroborados pelo estudo Martins em 2009, realizado em unidades hospitalares.

A maioria dos acidentes ocorreu no primeiro dia de trabalho após o descanso semanal (30,5%), registando-se aproximadamente metade dos acidentes até a terceira hora de trabalho cumprida (48,2%). Esse facto poderá relacionar-se, de certo modo, a alguma inadaptação à atividade laboral e, também, ao volume e ritmo de trabalho mais intenso no início de cada turno, estando de acordo com os estudos nacionais (ACSS, 2010). Alguns estudos apontam maior incidência de acidentes entre a terceira e quinta hora, o que pode ter a ver com a diferente organização do trabalho nas instituições hospitalares dos dois países (Ruiz, Barbosa & Zaida, 2004; Sêco, Robazzi, Shimizu & Rúbio, 2008).

Os serviços médicos registaram a maior percentagem de sinistralidade (29,3%) seguido do Serviço de urgência com 16,5%, dos serviços cirúrgicos com 14,6%, do Bloco operatório com 8,5% e os acidentes *in itinere* com 1,8%, dados concordantes com diversos estudos (Ruiz, Barbosa & Zaida, 2004; ACSS, 2008; Pinho, Rodrigues & Gomes, 2007; Ribeiro, Ribeiro & Júnior, 2010).

As atividades desenvolvidas nos serviços médicos e cirúrgicos são as que comportam mais risco de acidentes dadas as características em que assenta o desempenho dos funcionários que aí trabalham, (contato com doentes de risco, mobilização de doentes acamados, manuseamento de instrumentos cortantes e perfurantes, trabalho por turnos, entre outros). No Serviço de urgência e no Bloco operatório, o número de acidentes de trabalho pode ser

devido ao ritmo de trabalho intenso em contextos de emergência e ao grande número de procedimentos invasivos.

No que concerne à ação que conduziu à lesão, a picada de agulha assume o valor percentual mais elevado (32,3%), seguindo-se a queda do trabalhador (23,8%). Esses dados vão ao encontro dos resultados de vários estudos nessa área, (Ruiz, Barbosa & Zaida, 2004; ACSS, 2009; Izidoro, Iwamoto & Camargo, 2010; Ribeiro, Ribeiro & Júnior 2010). Os acidentes com perfurações estão relacionados à manipulação frequente de objetos perfuro-cortantes pelo pessoal da saúde, aliados a práticas de risco inadequadas e inconsequentes, principalmente quanto ao encapsulamento e descarte inadequado de agulhas (Ruiz, Barboza & Soler, 2004; Guido, 2009). No entanto, a picada de agulha foi a ação de lesão que acarretou uma menor média de custo com os acidentes (11,84 €).

A parte do corpo mais atingida foram as mãos 39,6%, sendo os acidentes com objetos perfuro-cortantes os mais frequentes. O pessoal de enfermagem e o pessoal auxiliar de ação médica são os mais afetados por esses tipos de acidentes, provavelmente pelas características inerentes ao seu desempenho profissional que, continuamente recorrem ao uso desse tipo de material. Estes resultados estão em concordância com os da ACSS (2010). Também nos outros sectores que não o da saúde, e de acordo com as estatísticas do DETEFP/MTS, referidas por Miguel, (2012) as mãos ocupam o primeiro lugar (29,8%).

Do total dos acidentes, 28,7% resultaram em incapacidade, levando ao afastamento do trabalhador. Destas notificações 23,4% dos acidentes foram registados ao mobilizar o doente o que pode ser explicado pelo fato de os doentes serem maioritariamente idosos, com grandes comorbidades e limitações, muitas vezes obesos, o que exige da parte dos profissionais um grande esforço físico para a sua mobilização. Acresce a adoção de posturas incorretas quando da realização dessas atividades pelos profissionais. Esses resultados podem ser devidos à grande proporção de alterações músculo-esqueléticas, neste estudo, exigindo o afastamento do trabalhador para repouso e tratamentos muitas vezes prolongados (Ruiz, Barbosa & Zaida 2004; ACSS, 2007; Martins, 2009; Martins, Silva & Correia, 2012).

Quando se relaciona a ação que conduziu à lesão com os custos totais, verifica-se que há diferenças estatisticamente significativas ($p=0,031$), observando-se que são os esforços excessivos ou movimentos inadequados as ações que conduzem a acidentes com uma média de custos mais elevada 6 501,96€, seguido das quedas com um custo médio de 1 303,38€. A associação dos esforços excessivos ou movimentos inadequados com o trabalho desenvolvido pelos profissionais da saúde tem sido descrita na literatura há décadas, uma vez que a estes trabalhadores na prestação de cuidados aos utentes, muitas vezes são exigidos desempenhos

que vão além das suas capacidades, podendo esses esforços excessivos desencadear doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho, exigindo tratamentos e terapias de reabilitação prolongadas. (Ribeiro, Ribeiro & Júnior 2010; Martins, 2011).

A relação dos custos totais e o agente de lesão revelou-se significativa ($p=0,001$), sendo os meios de transporte o agente que causou a média por acidente mais alta, 16 066,09€, seguido da mobilização de doentes com uma média de 11 855,63€ por acidente (ACSS, 2009; Ruiz, Barbosa & Zaida, 2004). Os acidentes de viação pelas suas características provocam quase sempre lesões e traumatismos graves levando ao afastamento do trabalhador por um período prolongado. Também os dados da ACSS (2007) e de Martins (2009 e 2012) referem que mobilização de doentes pesados e o uso de posturas incorretas leva muitas vezes ao afastamento do trabalhador devido às alterações músculo-esqueléticas.

Associação do tipo de lesão com os custos totais revelou que o tipo de lesão mais frequente foram as feridas com 38,4% e uma média de custos por acidente de 37,41€, seguido dos entorses ou distensões 19,5% e uma média de custos de 2 550,91€. Estes resultados estão em concordância com os do ACSS (2010). Também nos outros os sectores que não o da saúde, e de acordo com as estatísticas do DETEFP/MTS, referidas por Miguel (2012) as feridas são mais prevalentes. O tipo de lesão que mais custos acarretaram por acidente foram as luxações com uma média por acidente de 7 932,63€, as fraturas com 5 932,91€ (Ruiz, Barbosa & Zaida, 2004; Sêco, Robazzi, Shimizu & Rúbio, 2008; Izidoro, Iwamoto & Camargo, 2010; Ribeiro, Ribeiro & Júnior, 2010).

De referir que à medida que aumentava o tempo de serviço, aumentavam os custos com os acidentes, sendo a média dos custos por acidente no grupo com menos de 5 anos de serviço igual a 8,25€ aumentando exponencialmente para 2 338,85€ no grupo com mais de 10 anos de serviço. Ferreira (2001) refere que os trabalhadores com mais de 10 anos de serviço foram os que sofrem mais acidentes.

O grupo profissional influenciou significativamente ($p=0,048$) os custos dos acidentes de trabalho, sendo os médicos o grupo que teve a maior média nos custos por acidente, 7 743,79€, seguido do pessoal operário com uma média de 3 090,50€ e os enfermeiros com 2 449,43€, sendo este último grupo o que teve maior número de incapacidades provocadas por acidentes, 91 (55,5%). Os médicos tiveram a média mais alta nos custos totais devido aos custos com os dias de trabalho perdidos e com as indemnizações, o mesmo se verificando nos enfermeiros, no entanto este grupo de profissionais teve um grande número de acidentes, tendo totalizado 63 804,80€ em dias de trabalho perdidos. O pessoal de enfermagem foi a categoria profissional que apresentou o maior número de dias perdidos, tal facto é devido a

este grupo representar o grande contingente do trabalho hospitalar do panorama nacional da saúde, logo envolvem-se mais que qualquer outra categoria, com funções que apresentam consideráveis riscos (Mauro, 2004).

Quando relacionamos o local do acidente com os custos totais, verificamos que são os acidentes no trajeto os grandes responsáveis pelos custos com uma média de 17 996,07€ por acidente e não os serviços de internamento médico (3 436,43€), isto deve-se à gravidade das lesões produzidas o que leva ao aumento dos dias perdidos e a indemnizações.

A parte do corpo atingida influenciou significativamente ($p=0,002$) os custos (Sêco, Robazzi, Shimizu & Rúbio, 2008; Ruiz, Barbosa & Zaida, 2004; Izidoro, Iwamoto & Camargo, 2010) sendo a cabeça a região do corpo com a média de custos mais alta 9 633,58€, seguido do tronco com 3 942,79€.

Neste estudo os trabalhadores com ausências faltaram em média 50,93 dias num total de 2 394 dias de trabalho perdidos, tendo um custo total de 10 0134,60€. Esses resultados não corroboram as estatísticas nacionais nem internacionais, as quais mostram que o afastamento se situa em períodos inferiores a 15 dias (Ruiz, Barbosa & Zaida, 2004; ACSS, 2007). Esses resultados podem ser devidos à grande proporção de alterações músculo-esqueléticas, neste estudo, exigindo o afastamento do trabalhador para repouso e tratamentos muitas vezes prolongados.

4. CONCLUSÕES

O contexto laboral é tempo considerado como um dos contextos com maior impacto na qualidade de vida dos cidadãos, devido ao período temporal que lhe é, comumente, afeto. Em média os indivíduos em idade ativa passam cerca de 1/3 do dia e da sua vida no ambiente de trabalho (CRPG, 2008).

Os acidentes de trabalho e as doenças profissionais conduzem efetivamente a inúmeros impactos quer para o trabalhador lesionado, quer para todos os outros intervenientes e implicados no processo de recuperação, desde os prestadores de cuidados de saúde, aos empregadores, aos colegas de trabalho, à comunidade em geral e à economia em particular.

O nosso estudo permite afirmar que os acidentes ocorreram essencialmente nos serviços médicos de internamento, com maior frequência às segundas-feiras e no primeiro dia após o descanso semanal e entre a 1 até 3 horas de trabalho, recaindo no turno da manhã, ocorrendo o maior número entre as 10 e as 11 horas.

O pessoal de enfermagem e o pessoal auxiliar de ação médica foram os grupos profissionais mais acidentados, assim como os trabalhadores do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 50 – 55 anos, assim como os que praticam horário por turnos.

A primeira causa dos acidentes foi a picada de agulha, seguida das quedas dos trabalhadores, a parte do corpo mais atingida foram as mãos e o tipo de lesão mais frequente foram as feridas e a maioria dos acidentes (71,3%) não originou ausências com baixa, sendo a mobilização dos doentes o fator com mais peso.

Conforme o cálculo os custos dos acidentes de trabalho analisados neste estudo ascenderam a 34 2747,80€. O grupo profissional, a parte do corpo atingida, o agente de lesão e ação da lesão aumentaram significativamente o custo total dos acidentes.

Os hospitais, atualmente, deparam-se com condições que para os trabalhadores, não são as ideais, o que pode interferir no aumento da ocorrência dos acidentes do trabalho. O grande desafio é equilibrar as condições de trabalho e otimizar a saúde desses trabalhadores. Partindo do princípio de que todos somos os principais responsáveis pela nossa saúde, entendemos que os acidentes de trabalho não são apenas uma responsabilidade das organizações mas sim de todos nós.

Consciente da problemática dos acidentes e das graves consequências sociais e económicas inerentes compete-nos a todos os envolvidos refletir e tomar medidas de prevenção dos acidentes de trabalho que se justifiquem, para evitar perdas humanas, incapacidades físicas, grande sofrimento das pessoas, assim como elevados custos associados aos acidentes.

Assim sendo, cabe-nos enumerar algumas medidas no sentido de garantir uma melhor qualidade de vida dos profissionais e contribuir desta forma para uma melhoria da qualidade da prestação de serviços nas instituições de saúde, visando a diminuição das repercussões sociais, como o sofrimento físico e moral e económicas, como a perda de rendimentos.

- Identificação dos custos e dos impactos dos acidentes de trabalho - devem mobilizar um conjunto de ações de sensibilização e de informação de todas as partes interessadas, na medida em que a construção de uma cultura de segurança só poderá ser desenvolvida com a participação sustentada e responsabilizante de todos os atores significativos neste processo;

- Promoção de ações de formação e sensibilização que abranjam todos os trabalhadores sobre higiene e segurança no trabalho, dando prioridade especial aos grupos mais acidentados.

Em síntese, os custos dos acidentes de trabalho têm um peso muito significativo, relativamente ao caso em estudo. Tal facto tem repercussões económicas significativas, afetando não só a instituição como a riqueza nacional e a Sociedade em geral.

Ressalta, assim, a importância de implementar medidas preventivas por meio de estratégias educativas e de revisão dos processos de trabalho por forma a minimizar os acidentes de trabalho bem como as consequências e os custos que lhe estão associadas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde, Unidade Funcional de Planeamento de Estudos e Recursos Humanos (2009). *Acidentes de Trabalho 2007*. Lisboa.
- Administração Central do Sistema de Saúde, Unidade Funcional de Planeamento de Estudos e Recursos Humanos (2008). *Balanço Social do Ministério da Saúde 2007*. Lisboa.
- Agência Europeia para a Segurança e Saúde no trabalho (2009). *Segurança e saúde no trabalho. Estatísticas de acidentes de trabalho*. Abril de 2012. Disponível em: <http://pt.osha.eu.int/statistics/static>.
- Agência Europeia para a Segurança e Saúde no trabalho (2012). *Saúde e segurança dos trabalhadores do sector da saúde*. Abril de 2012. Disponível em: https://osha.europa.eu/pt/sector/healthcare/index_html.
- Alexandre N. & Benatti M. (1998). Acidentes de trabalho afetando a coluna vertebral: um estudo realizado com trabalhadores de enfermagem de um Hospital Universitário. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, vol.6 (2), 65-67.
- Andreoni D. (1986). *The cost of occupational accidents and diseases*. Genebra: Approaches Social Science & Medicine.
- Anuário Estatístico da Organização Internacional do Trabalho (2009). *Segurança no trabalho*. Abril de 2012. Disponível em: <http://www.segurancaotrabalho.eng.br/estatisticas/estacidmundo.pdf>.
- APCER – Associação Portuguesa de Certificação (2008). Guia interpretativo OHSAS 18001:2007/NP 4397:2008.
- Bird F. & Germain G. (1985). *Loss Control Management*. Georgia: International Loss Control Institute.
- Bornia A. (2002). *Análise gerencial de custos: Aplicação em empresas modernas*. Porto Alegre: Bookman.
- Cabete D.G. (2000). *Risco, Penosidade e Insalubridade. Uma realidade na profissão de enfermagem*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- CHNE - Centro Hospitalar do Nordeste (2010). *Regulamento do Gabinete de Saúde Ocupacional*. Bragança.
- Centro de Reabilitação Profissional de Gaia (2008). *Doenças e acidentes em Portugal. Da Relação com Deficiências e Incapacidades*. Vila Nova de Gaia: Centro de Reabilitação Profissional de Gaia.
- De Cicco F. (1985). *Custo de acidentes*. São Paulo: Fundacentro.
- Direção Geral da Saúde (2010). *Elementos Estatísticos Informação Geral Saúde/2007*. Junho de 2012. Disponível em: www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/1013685.pdf
- Eu-Osha (2010). *Estatísticas Europeias em Segurança e Saúde no Trabalho*. Junho de 2012. Disponível em: <http://osha.europa.eu/pt/statistics>.

- European Agency for Safety and Health at Work (2003). *Biological Agents*. Belgium. Maio de 2012. Disponível em: <http://osha.europa.eu/en/publications/factsheets/41>.
- European Agency for Safety and Health at Work (2007). *Expert forecast on emerging psychosocial risks related to occupational safety and health*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities. Maio de 2012. Disponível em: <http://osha.europa.eu/en/publications/reports/7807118>.
- Ferreira S.V. (2001). *Riscos para a Integridade Física dos Enfermeiros no Local de Trabalho*. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública. Porto. Apresentada na Universidade do Porto.
- Freitas L. (2003). *Gestão da segurança e saúde no trabalho*. Vol. 1-2. Lisboa: Universidade Lusófona.
- Freitas L. (2004). *Gestão da segurança e saúde no trabalho*. Lisboa: Universidade Lusófona.
- Gallasch C. & Alexandre N. (2003). *Avaliação dos riscos ergonômicos durante a movimentação e transporte de pacientes em diferentes unidades hospitalares*. Abril de 2012. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v11n3/v11n3a03.pdf>.
- Gámez M., Romero J. & Peña J. (2002). *Modelos para la valorización y el análisis de costes y resultados en prevención de riesgos laborales*. Viena: World Congress on Safety and Health.
- Giomo D.B., Freitas F.C.T., Alves L.A. & Robazzi M.L.C. (2009). Acidentes de trabalho, riscos ocupacionais e absenteísmo entre trabalhadores de enfermagem hospitalar. *Revista Enfermagem*. 17, 24-29
- Guido L.A., Umann J., Stekel L.M.C., Linch G.F.C., Silva R.M. & Lopes L.F.D. (2009). *Stress, coping e estado de saúde de enfermeiros de clínica médica de um hospital universitário*. *Ciência Cuidados Saúde*. 8: 15-21
- Hammer W. & Price D. (2001). *Occupational Safety Management and Engineering*, (5ª ed.). New Jersey: Prentice Hall.
- Health and Safety Executive (1993). *The cost of accidents at work*. London: HSE Books.
- Health and Safety Executive (1998). *Self-reported work-related illness in 1995*. Norwich: HM Stationery Office.
- Heinrich, H., Petersen, D., Roos, N. (1980). *Industrial Accident Prevention*. McGraw-Hill, New York: McGraw Hill Book Co.
- Hinze J. (1991). *Indirect costs of construction accidents*. Austin: The Construction Industry Institute.
- Ibarra, F. Felipe (1999). *Contabilidad de costes y analítica de gestión para las decisiones estratégicas*. Bilbao: Ediciones Deusto S. A.
- Izidoro J.S., Iwamoto H.H. & Camargo F.C. (2010). Delineamento dos acidentes de trabalho em instituições de saúde de um micro região de Minas Gerais. *Cogitare Enfermagem*. 15, 1 - 7.
- Lei n. 98, 4 de setembro de 2009. Acidentes de trabalho. *Diário da República, I Série*, nº 172, (04/09/2009), 5921-5927.

- Lourenço C. (2000). Prevalência das Hepatites Víricas no meio Hospitalar. *Nursing*. 141, 24-28.
- Martins A.C. (2011). *Sintomas osteomusculares relacionados ao trabalho de enfermagem em unidade de terapia intensiva*. Dissertação de mestrado. São Paulo. Apresentada na Universidade de São Paulo.
- Martins E. (2001). *Contabilidade de Custos*. (8ª ed.). São Paulo: Atlas.
- Martins M. (2009). Acidentes de Trabalho nas Instituições de Saúde do Distrito de Bragança. *Revista de Investigação em Enfermagem*, (19):81-90.
- Martins M., Silva N., Correia T. (2012). Accidents at work and its impact on a hospital in Northern Portugal. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, (20):17-25.
- Mauro M.Y.C., Muzi C.D., Guimarães R.M. & Mauro C.C.C. (2004). Riscos ocupacionais em saúde. *Revista enfermagem*, (12):38-45.
- Miguel A.S. (2012). *Manual de Higiene e Segurança do Trabalho*, (5ª ed.). Porto: Porto editora.
- Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social (MTSS), Gabinete de estratégia e Planeamento (2008). *Acidentes de trabalho 2006*. Lisboa.
- Moraes E., Geraldo M.C., Figlie N.B., Laranjeira R.N., Ferraz M.B. (2006). Conceitos introdutórios de economia da saúde e o impacto social do abuso de álcool. *Revista Brasileira Psiquiatria*, 28(4).
- Nishsde V.M., Benatt M.C.C. & Alexandre N.M.C. (2004). Ocorrência de acidente de trabalho em uma unidade de terapia intensiva. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 12 (2).
- Nunes F. (2006). *Segurança e Higiene do Trabalho – Manual Técnico*, (1ª ed.). Amadora: Texto Editora.
- Pinho L.M.P., Rodrigues C.M. & Gomes G.P. (2007). *Perfil dos acidentes de trabalho no Hospital Universitário de Brasília*. Maio de 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000300008&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672007000300007>.
- Piola S.F., Vianna S.M. (2002). *Economia da saúde: conceitos e contribuição para a gestão da saúde*, (3ª ed.). Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.
- Pordata (2012). *Hospitais: número e camas – Portugal*. Junho de 2012. Disponível em: <http://www.pordata.pt/Portugal/Hospitais+numero+e+camas-142>
- Resolução do Conselho de Ministros n.º59 de abril de 2008. *Diário da República I Série*, n.º64, (01/04/2008, 1984-1995).
- Ribeiro P.C., Ribeiro A.C.C. & Júnior F.P.B.L. (2010). Perfil dos acidentes de trabalho em um hospital de Teresina. *Cogitare Enfermagem*, 15(1).
- Ruiz MT, Barbosa DBS, Zaida ASGS. Occupational accidents: a study regarding this occurrence in a general hospital. *Rev Arq Ciênc Saúde*. 2004;11(4):19-24.

- Sêco I.A.O. & Gutierrez R.P. (2002). Work accident in hospital setting and occupational risks for nursing professionals. *Revista Ciências Biológicas e da Saúde*, Londrina, 23 (4).
- Sêco I.A.O., Robazzi M.L.C.R., Shimizu D.S., Rúbio M.M.S. (2008). *Acidentes de trabalho típicos envolvendo trabalhadores de hospital universitário da região sul do Brasil: epidemiologia e prevenção*. Maio de 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/?lng=pt>.
- Silva G., Santos C., Nascimento P. (2008). *Riscos ocupacionais a que estão expostos os profissionais de enfermagem no ambiente hospitalar e fatores que favorecem a sua ocorrência*. Maio de 2012. Disponível em: www.faculdadeobjetivo.com.br/arquivos/riscosocupacionais.pdf
- Simonds R. (1950). *Estimating accident cost in industrial plants. Safety practices pamphlet n. III*. Chicago: National Safety Council.
- Sousa J. e al (2005). *Acidentes de Trabalho e doenças Profissionais em Portugal*. Agosto de 2012. Disponível em: http://www.crrpg.pt/estudosProjectos/Projectos/Documents/retorno/riscos_profissionais.pdf.
- Sousa Uva A., Graça L. (2004). *Saúde e Segurança do Trabalho: O que quer dizer o quê?*. Maio de 2012. Disponível em: www.arslvt.min-saude/documents/ARS - Manual%20Gestão%20Profissional_pag_a_pag.pdf.
- Uva A. & Faria M. (1992). Riscos ocupacionais em hospitais e outros estabelecimentos de saúde. Lisboa: Sindicato Independente dos Médicos.
- Uva A. & Prista J. (2005). Necessidades e Expectativas em Saúde e Segurança dos técnicos e restantes trabalhadores da saúde. *Rev. Saúde & Trabalho*. 5: 5-36
- Uva A. (2007). *Saúde ou Trabalho Vs. Saúde e Trabalho*. Maio de 2012. Disponível em: <http://pt.yourwebsite.com/www.topsaude.pt/>.
- Uva A. (2009). *Lesões músculo-esqueléticas em profissionais de saúde: doença profissional; doença relacionada com o trabalho ou agravada pelo trabalho?* Lisboa: 8º Encontro de saúde ocupacional em hospitais e outros estabelecimentos de saúde.
- Uva A. (2009). Salud y Seguridad del trabajo en Portugal. *Revista Med.Segurid.Trabajo*, 55 (214).
- Xelegati R. et al. (2006). *Riscos ocupacionais químicos identificados por enfermeiros que trabalham em ambiente hospitalar*. Abril de 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692006000200010>.

ANEXOS

ANEXO I – Autorização do Presidente do Conselho de Administração da Unidade
Local de Saúde do Nordeste

ANEXO II – Instrumento de recolha de dados.

