



**FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ
UNIVERSIDADE DE FORTALEZA - UNIFOR**

ANTONIO ADRIANO ALVES DE SOUZA

**ACIDENTES DE TRABALHO EM INSTITUIÇÃO DE SAÚDE
FILANTRÓPICA DE FORTALEZA: VISÕES DOS
COLABORADORES E DOS GESTORES**

**FORTALEZA
2013**



**FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ
UNIVERSIDADE DE FORTALEZA - UNIFOR**

ANTONIO ADRIANO ALVES DE SOUZA

**ACIDENTES DE TRABALHO EM INSTITUIÇÃO DE SAÚDE
FILANTRÓPICA DE FORTALEZA: VISÕES DOS
COLABORADORES E DOS GESTORES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração de Empresas da Universidade de Fortaleza (UNIFOR), como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Administração de Empresas.

Área de Concentração: Fundamentos e Processos Estratégicos para a Sustentabilidade.

Orientador: Prof. Dr. Heber José de Moura

**FORTALEZA
2013**

S729a

Souza, Antônio Adriano Alves de.

Acidentes de trabalho em Instituição de Saúde filantrópica de Fortaleza: visões dos colaboradores e dos gestores / Antônio Adriano Alves de Souza. - 2013.

101 p.

Dissertação (mestrado) – Universidade de Fortaleza, 2013.

“Orientação: Prof. Dr. Heber José de Moura.”

1. Acidentes de trabalho. 2. Serviços de saúde. 3. Filantropia. I. Título.

CDU 331.46

ANTONIO ADRIANO ALVES DE SOUZA

**ACIDENTES DE TRABALHO EM INSTITUIÇÃO DE SAÚDE
FILANTRÓPICA DE FORTALEZA: VISÕES DOS
COLABORADORES E DOS GESTORES**

Dissertação julgada e aprovada para obtenção do título de Mestre em
Administração de Empresas, outorgado pela Universidade de Fortaleza.

Área de Concentração: Fundamentos e Processos Estratégicos para a Sustentabilidade
Linha de Pesquisa: Estratégias Organizacionais

Data de Aprovação: 16/10/2013

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Heber José de Moura
(Orientador/Universidade de Fortaleza - UNIFOR)

Profª. Dra. Fátima Regina Ney Matos
(Membro/Universidade de Fortaleza - UNIFOR)

Prof. Dr. Sérgio José Barbosa Elias
(Membro/Universidade Federal do Ceará - UFC)

Dedico este trabalho a **Maria** de Fátima Alves
de Souza, minha mãe.

AGRADECIMENTOS

Tenho muito a agradecer pela conclusão deste trabalho. Inicialmente ao professor orientador, Dr Heber José de Moura , que aceitou prontamente meu pedido de orientação. Bastante agradecido pela paciência e dedicação nos momentos de orientação, pois sem o norte fornecido este trabalho não teria sido finalizado. De maneira especial agradeço a Profa. Dra. Fatima Ney Matos pela contribuição especial na análise e crítica sempre pontual e perfeita nos trabalhos.

À Sociedade Beneficente São Camilo – Hospital Cura d’Ars fica meu sentimento de gratidão pela autorização de que o trabalho acontecesse por meio da análise dos acidentados nos setores da Instituição. Pela compreensão e contribuição dos diretores, pelo auxílio de todas as gerências e coordenações e, principalmente, aos colaboradores que mesmo com suas dificuldades me receberam de braços abertos e com largo sorriso.

Aos amigos agradeço pela compreensão das ausências nos eventos, muitas vezes realizados e planejados em locais e horários nos quais eu pudesse comparecer. De igual maneira, quando me favoreciam na tentativa de amenizar o cansaço e esforço.

A família, base do esforço até aqui realizado, pela ajuda e compreensão pelas minhas faltas, sempre justificando que tinha trabalhos a realizar.

A todos aqueles (as) que não foram mencionados nesta seção e que contribuíram, direta e indiretamente, para a realização a finalização da pesquisa.

“Celebrai com júbilo ao SENHOR, todas as terras.
Servi ao SENHOR com alegria; e entrai diante dele com
canto.
Sabei que o SENHOR é Deus; foi ele que nos fez, e não
nós a nós mesmos; somos povo seu e ovelhas do seu
pasto.
Entrai pelas portas dele com gratidão, e em seus átrios
com louvor; louvai-o, e bendizei o seu nome.
Porque o SENHOR é bom, e eterna a sua misericórdia;
e a sua verdade dura de geração em geração.”
(Salmo, 100, 1-5)

SOUZA, Antonio Adriano Alves de. **Acidentes de Trabalho em Instituição de Saúde Filantrópica de Fortaleza**: visões dos colaboradores e dos gestores. 2013. 101 p. Dissertação (Mestrado em Administração de Empresas) – Universidade de Fortaleza (UNIFOR), PPGA, Fortaleza, 2013.

Perfil do autor: Graduado em Administração de Empresas pela Associação Cearense de Cultura (Faculdades Nordeste-FANOR). Pós Graduado em Gestão Hospitalar pelo Centro Universitário São Camilo – Unidade Fortaleza.

RESUMO

A temática “acidente de trabalho” tem mobilizado as organizações e as diversas instituições que atuam com foco na redução ou eliminação desses eventos. Nas instituições de saúde ,a temática tem grande repercussão em função das vidas que são colocadas em exposição pelo desempenho das atividades laborais. O trabalho visa responder ao seguinte questionamento central : “Qual a visão do trabalhador e dos gestores em relação aos acidentes de trabalho ocorridos em uma Instituição de Saúde Filantrópica de Fortaleza?”. O objetivo geral da pesquisa é comparar as visões dos trabalhadores com a visão dos gestores em relação à questão tratada, proporcionando aos interessados uma abordagem real sobre a prática da ocorrência de acidentes nas visões das partes, enfatizando que o acidente de trabalho necessita de perspectivas de gerenciamento com o foco em sua redução e, de preferência, na sua eliminação. A metodologia utilizada possui caráter quantitativo, a partir do entendimento e descrição dos fenômenos abordados. Como conclusão , foi possível observar o alinhamento entre as visões dos colaboradores e dos gerentes com relação ao acidente de trabalho; percebeu-se que o maior volume dos acidentados (92,7%) é do sexo feminino, a maior incidência dos acidentes caracteriza-se como “típico” e que o setor “Centro Cirúrgico e Obstétrico” é o maior gerador de acidentes de trabalho. Dessa maneira, fica clara a importância do acompanhamento dos acidentes por parte das instituições.

Palavras-chave: Acidente de Trabalho. Subnotificação de Acidentes. Serviços de Saúde.

SOUZA, Antonio Adriano Alves de. **Accidents at Work Philanthropic Institution of Health Fortaleza**: views of employees and managers. 2013. 101 p. Dissertation (Master in Business Administration) – University of Fortaleza (UNIFOR), PPGA, Fortaleza, 2013.

Profile of the author: Graduated in Business Administration from Ceará Culture Association (Colleges Northeast-fanor). Post Graduate in Hospital Management at São Camilo University Center - Unit Fortaleza.

ABSTRACT

The thematic work accident has mobilized organizations and the various regulations that act focusing on reduction or elimination of these events. Institutions in health theme has great repercussion on the basis of the lives that are put on display by performing work activities. Thus, this study aims to answer the following central question "What is the vision of workers and managers in relation to occupational accidents occurred in a Health Institution Philanthropic Fortaleza?". The objective of the research is to compare the views of workers regarding work accidents with the vision of managers in relation to events in an institution Philanthropic Health Fortaleza, providing an approach concerned about the practice of real accidents in visions party raising awareness of the work accident management perspective needs to focus its reduction and preferably elimination. The methodology has a quantitative character, using the technique of descriptive phenomena addressed. In conclusion it was possible to observe the alignment between the views of employees and managers regarding work accident; realized that the bulk of the victims (92.7%) are female, that the highest incidence of accidents is characterized how typical that the sectors and Obstetric Surgical Center are the largest generators of accidents. Thus, it is clear the importance of managing accidents institutions.

Keywords: Working Accidents. Underreporting of Accidents. Health Services.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadros	Página
1 Resumo da metodologia	55

Gráficos	Página
1 Representação do tempo do acidente	76

LISTA DE TABELAS

	Página
1 Remuneração	62
2 Sexo do acidentado x Estado Civil	63
3 Sexo do acidentado x Grau de Instrução	64
4 Tipo x Local do acidente	64
5 Tipo de acidente por afastamento as atividades laborais	65
6 Tipo de acidente por parte do corpo atingida	66
7 Tipo de acidente por sexo	67
8 Tipo de acidente por escolaridade.....	67
9 Estado civil por natureza da lesão.....	68
10 Estado civil por diagnóstico.....	69
11 Duração do tratamento por natureza da lesão.....	69
12 Especificação por local do acidente	70
13 Agente causador por parte atingida.....	71
14 Protocolo da rotina	71
15 Alteração na rotina?	72
16 Apoio.....	72
17 Comunicado do acidente	72
18 Uso de EPI.....	73
19 Sentimento na hora do acidente	73
20 Causas.....	74
21 Reações.....	74
22 Ciência do comunicado	74
23 Motivos de não comunicar o acidente.....	75
24 Sentimentos versus causa dos acidentes.....	75
25 Existência de protocolo por alteração de rotina.....	77
26 Uso de EPI.....	77
27 Existência de protocolo	77
28 Causa do acidente na visão do gestor.....	78
29 Alterações na visão do gestor	78
30 Sentimentos na visão dos gestores.....	78

31	Motivos do não comunicado do acidente, na opinião do gestor.....	79
32	Sentimentos por alterações na rotina.....	79
33	Sentimentos por motivos do não comunicado	79
34	Exposição a acidente sem comunicado	80
35	Sentimentos e motivos de não comunicado do acidente	80

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAT	Comunicado de Acidente de Trabalho
CATA	Comissão de Assuntos Técnicos Administrativos
CC	Centro Cirúrgico
CIPA	Comissão Interna de Prevenção de Acidentes
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CME	Central de Materiais e Esterilização
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CO	Centro Obstétrico
EPC	Equipamento de Proteção Coletiva
EPI	Equipamento de Proteção Individual
INSS	Instituto Nacional de Seguridade Social
NR	Norma Regulamentadora
OCDE	Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
RES	Registro Eletrônico de Saúde
SESMT	Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho
SUS	Sistema Único de Saúde
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

	Página
INTRODUÇÃO.....	15
1 O HOSPITAL NO BRASIL.....	21
1.1 Panorama geral.....	21
1.2 Origem da Palavra e Leitos Hospitalares no Brasil	23
1.3 Objetivo Hospitalar e seus Desafios	25
1.4 A Rotatividade e o Absenteísmo.....	28
1.5 Erro Humano e as Informações no Cenário Hospitalar.....	33
2 O ACIDENTE DE TRABALHO	37
2.1 Conceito e Relevância.....	37
2.2 As Causas dos Acidentes.....	38
2.3 Os Profissionais do Serviço de Saúde.....	39
2.4 A Classificação dos Acidentes.....	41
2.5 Abordagem dos Riscos Hospitalares.....	42
2.6 O caso da Subnotificação	46
2.7 Sistema de Informação no Cenário Hospitalar	47
3 METODOLOGIA	49
3.1 Tipologia da Pesquisa.....	50
3.2 Sujeitos da Pesquisa	50
3.3 Coleta dos Dados	51
3.4 Tratamento dos Dados.....	54
4 ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	57
4.1 A Instituição Pesquisada.....	57
4.2 Resultados da Pesquisa.....	62
CONCLUSÃO.....	81
REFERÊNCIAS.....	85
APÊNDICE A – Questionário colaborador	91
APÊNDICE B – Questionário gerente	95
ANEXO A – Comunicado de acidente de trabalho.....	98
ANEXO B – Organograma Hospital São Camilo	101

INTRODUÇÃO

Hodiernamente as organizações atuam na busca do aprimoramento de seus processos, buscando melhoria contínua, com foco na sustentabilidade organizacional, aqui entendida conforme o pensamento de Zucchi e Mwamakamba (2011, p. 51) no qual “a sustentabilidade é definida como um pensamento sistêmico com um equilíbrio entre os fatores econômicos, sociais, culturais e ambientais da nossa sociedade”.

Inseridas no contexto social as organizações existem e coadunam em perspectivas diversas, dependendo dos seus segmentos e objetivos estratégicos. Assim, é bastante comum a visualização das diversas visões e missões organizacionais que tem como meta atender as demandas sociais.

No cenário da saúde a missão organizacional é complementada pelas diversas especializações, inerentes ao setor, que tem como fito o cumprimento da visão buscando atender a demanda de pacientes informados e ansiosos por serviços de qualidade que promovam prevenção e manutenção em saúde.

Nesse cenário dinâmico, onde os pacientes são considerados insumos das instituições de saúde, observou-se o “acidente de Trabalho” como fato relevante e plausível de ser pesquisado em função dos vários impactos para a vida da Instituição e do colaborador. Fato esse que interfere, também, na vida dos parentes de colaboradores, na estrutura organizacional, nos amigos de trabalho, na sociedade, na academia, na Previdência Social, dentre outros.

Conforme exposto, o acidente de trabalho é prejudicial em diversas vertentes e foi esse aspecto desfavorável que despertou a curiosidade do pesquisador em aprofundar-se no tema. Diante deste contexto, foi estabelecida a seguinte pergunta de pesquisa: Qual a visão dos trabalhadores e dos gestores em relação aos acidentes de trabalho ocorridos em uma Instituição de Saúde Filantrópica de Fortaleza?

O objetivo geral da pesquisa foi comparar as visões dos trabalhadores quanto aos acidentes de trabalho com a visão dos gestores em relação aos eventos ocorridos em uma

Instituição de Saúde Filantrópica de Fortaleza, proporcionando aos interessados uma abordagem real sobre a ocorrência de acidentes nas visões das partes enfatizando que o acidente de trabalho necessita de sério gerenciamento visando a sua redução e, de preferência, sua eliminação.

Tendo como norte o objetivo geral foi possível realizar a estratificação do mesmo e afirmar que os específicos foram delimitados em:

- a) distribuir os acidentes de trabalho segundo variáveis sócio econômicas: local do acidente; hora; parte do corpo atingida; agente causador, dentre outras variáveis;
- b) analisar as visões dos colaboradores e dos gestores em relação aos tipos de acidentes e outras variáveis;
- c) identificar as principais causas de subnotificação dos acidentes de trabalho.

Visando esclarecer os aspectos que compõem o questionamento da pesquisa e observando que todos os esforços serão realizados para analisar os desastres de trabalho envolvendo profissionais no cenário da saúde, cabe comentar que esse profissional pode ser compreendido, conforme Gonçalves (2010, p. 18), como “todo o trabalhador que se insere direta e indiretamente na prestação de serviços de saúde, no interior de estabelecimentos de saúde ou em atividades de saúde, podendo deter ou não formação específica para o desempenho de funções referentes ao setor”.

Conforme se observa, independente de local ou de formação, os acidentes podem atingir os profissionais da saúde que tem árdua missão de cuidar da prevenção e manutenção da vida. Assim é importante revelar os dados do Anuário Estatístico da Previdência Social (2010, p. 511) o qual informa que “Durante o ano de 2010, foram registrados no Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) cerca de 701,5 mil acidentes do trabalho. Comparado com 2009, o número de acidentes de trabalho teve queda de 4,3%. O total de acidentes registrados com Comunicado de Acidente de Trabalho (CAT) diminuiu em 1,7% , de 2009 para 2010.

Apesar da redução havida no número de acidentes por ano, observa-se que esse quantitativo ainda é assustador, pois é possível inferir que por dia ocorrem 1.922 acidentes no território brasileiro. Esses acidentes merecem olhar especial em virtude das vidas que são expostas ao perigo, das famílias que são comprometidas, da sociedade que tem que arcar com

as despesas desse acidente e da Previdência que tem o objetivo de gerir todos esses fatos. Por esses aspectos, e muitos outros, a temática merece destaque e pesquisa aprofundada para se perceber e preencher algumas lacunas existentes no mundo acadêmico e corporativo.

A pesquisa é fundamentada em problemas organizacionais reais que afetam diversos atores institucionais, sociais e acadêmicos. Assim, é possível justificar a elaboração deste trabalho acadêmico na certeza que ele contribuirá diretamente para o seguinte tripé: Instituição-Sociedade-Academia.

Para as empresas, especialmente as da saúde, esse documento será de utilidade por trazer informações completas e uniformizadas, com dados de acidentes extraídos do CAT e de questionário de elaboração própria (ver APÊNDICES B e C) contendo as visões dos colaboradores acidentados e dos gestores. Assim, as organizações disporão de uma base de dados cujos resultados poderão ser utilizados para aprofundamento sobre diversos temas, inclusive tratando de maneira segmentada as tipologias dos acidentes.

Na academia essa pesquisa servirá de base para o aprofundamento sobre acidentes de trabalho, tendo em vista a dificuldade da disponibilidade de dados, trazendo contribuições para o assunto. Um diferencial no trabalho consiste em expor o assunto sob a perspectiva da relação entre as visões dos colaboradores acidentados e do grupo de gestores de determinado nosocômio. Outra contribuição para a academia é a observação da subnotificação de acidentes, situação pouco explorada na teoria.

Para a sociedade esse trabalho contribuirá com informações relevantes que tratarão a temática acidente de trabalho de maneira especializada, analisando detalhadamente e explorando suas variáveis. Assim, a sociedade poderá consultar este trabalho em diversas bases e utilizá-la como ferramenta de orientação para as diversas discussões sociais.

Esta pesquisa será desenvolvida sob a perspectiva quantitativa utilizando como fonte de dados os questionários aplicados e os Comunicados de Acidentes de Trabalho com atual pesquisa bibliográfica.

O estudo envolve situações conflitantes em função do campo de pesquisa envolver vidas que, por vezes, são expostas ao perigo, tais como colaboradores acidentados. Muitas

vezes, esses acidentes podem comprometer os profissionais de saúde, principalmente quando se trata de desastre com perfuro-cortante, pois não se conhece o histórico do paciente fonte. A fonte aqui é entendida como a origem/pessoa no qual foi utilizado o material perfuro cortante que causou o acidente. Assim, fica o colaborador em situação de desespero pelo comprometimento de seu futuro e de todos os que lhe cercam.

No segmento da saúde esse assunto tem sido discutido em diversos eventos tais como reuniões internas, comissões específicas, congressos, eventos com especialistas no assunto, dentre outros.

Como comprovação do exposto, é válido comentar a criação da Norma Regulamentadora de nº 5 (NR.5) que traz as diretrizes da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA). A comissão elenca os diversos tipos de acidentes, os tipos de riscos e tem como objetivo a prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho, de modo a tornar compatível permanentemente o trabalho com a preservação da vida e a promoção da saúde do trabalhador.

A preocupação com a temática “Acidentes de Trabalho” envolve como ferramenta o ser humano. Este é o agente propiciador da restauração da saúde do paciente assistido e muitas vezes é o afetado pelo transtorno profissional. Sua importância fica visualizada por meio dos diversos contatos e da relevância na cura do paciente, pois embora haja equipamentos sofisticados, sempre será necessário o capital humano para gerenciá-los e manipulá-los.

Conforme exposto, é possível perceber que o ambiente hospitalar é bastante específico devido o confronto com dilemas e situações limites como a morte, por se constituir em ambiente de alta tensão e por proporcionar riscos ao paciente e ao colaborador. Há quem afirme que a possibilidade de pessoas adquirirem doenças no leito hospitalar é bem maior do que nas ruas de uma cidade.

O interesse pelo tema emergiu da aproximação com a temática “Acidente de Trabalho” decorrente da gestão da CIPA – na Instituição de saúde filantrópica pesquisada, no período de 2011 a 2012.

Em virtude dessa aproximação, foi percebido que os fatores causadores de acidentes de trabalho são diversos, dentre eles pode-se destacar a carga horária, a quantidade de jornadas de trabalho dos funcionários, o alto número de procedimentos realizados por dia, a desatenção do colaborador com relação ao uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), a falta de gerência do setor, dentre outras causas.

O acidente de trabalho merece olhar especial dos gestores organizacionais. Nesse contexto, é fundamental conhecer suas causas, consequências, bem como seus custos e as visões dos colaboradores e da empresa.

A dissertação será composta de mais cinco seções. Na primeira seção será contextualizado o cenário dos hospitais brasileiros focando os aspectos da rotatividade e do absenteísmo. Na segunda seção, os acidentes de trabalho serão focados nos fatores de riscos, na subnotificação e no sistema de informações que compõe e afeta o cenário hospitalar. A seção seguinte apresenta o método de pesquisa utilizado, expondo os sujeitos da pesquisa, os critérios da escolha dos sujeitos, a coleta e tratamento dos dados. Na quarta será realizado um breve histórico da Instituição que serviu de base para a pesquisa seguido da análise dos dados, suportada pelo referencial teórico. Na quinta e última, encontra-se a conclusão da pesquisa seguida da proposta de gerenciamento dos acidentes de trabalho e de sugestões para futuros estudos.

1 O HOSPITAL NO BRASIL

1.1 Panorama Geral

A saúde no Brasil pode ser referenciada com o tempo do descobrimento do país e desde aquela época eram observados os desafios que os cuidadores enfrentavam para o restabelecimento e promoção da saúde. Cherubin e Santos (2002, p. 32) validam que “os hospitais brasileiros surgiram logo após a descoberta do Brasil pelos portugueses e seguiram a filosofia de assistência médica típica das Santas Casas de Misericórdia de Portugal”.

Naquela época existiam muitas dificuldades na saúde. Dentre os desafios é possível destacar as grandes distâncias que separavam o local de assistência dos doentes, os meios de transporte que eram precários ou, até mesmo, inexistentes; a incipiência da tecnologia e medicamentos; o desconhecimento das doenças e, principalmente, a complexidade que envolvia os serviços de saúde, mesmo que prestados em locais que não possuíam estrutura física adequada para o cuidado, como cabanas, albergues e prédios em ruínas.

Aquele contexto permanece pouco alterado, pois atualmente a sistemática da saúde, conforme La Forgia e Couttolenc (2009, p. 19), “é também complexa, compreendendo uma multiplicidade de arranjos de financiamento, tipos de propriedade e arranjos organizacionais”.

Faz-se uma abordagem introdutória da saúde no Brasil não tendo como pretensão o aprofundamento e detalhamento nas origens das Instituições e da Saúde, embora se perceba extrema relevância para compreensão do cenário que na época era representado tipicamente pela realização da saúde em forma de caridade.

Para este estudo deve-se considerar como marco referencial e regulatório o sistema de saúde originado por meio da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 que trata da Seguridade Social de maneira detalhada, incluindo nesse capítulo a perspectiva da Saúde, no qual pode ser observada, por meio do artigo 196, que a saúde é “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua

promoção, proteção e recuperação”. Outros autores validam o exposto, conforme se pode observar em Di Tizio (2013, p. 48): “a saúde é um direito de todos e um dever do Estado”.

No sistema de saúde brasileiro é possível observar a máquina pública atuando com base nos princípios que assegurem ações e serviços de qualidade de modo que atendam a todos. Nesse contexto, é possível observar a hierarquização do atendimento e a descentralização com o objetivo dos serviços em saúde atenderem as regiões mais afastadas. Assim, é válido comentar que os princípios do sistema único são, de acordo com a Constituição Federal do Brasil (2013, p.33) de 1988 em seu artigo 198, “descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais, e a participação da comunidade”.

Essas diretrizes foram geradas com a missão de manter a população saudável baseada nos moldes e princípios da universalidade, integralidade e da equidade. Cabe aqui comentar que o primeiro princípio traz que os serviços de saúde devem ser ofertados a todos os brasileiros e, também, a estrangeiros que estiverem transitando pelo país; a integralidade assegura que a União, Estado e municípios disponibilizarão saúde integral, contemplando todos os serviços a sociedade. O terceiro, e último, princípio assegura que todos gozem dos serviços disponibilizados de maneira igualitária, sem distinção de raça, cor, sexo, etc. (CONSTITUIÇÃO FEDERAL DO BRASIL, 1988).

É possível observar que somente o Estado não teria condições de garantir o cumprimento das diretrizes e fazer honrar os princípios propostos pela Constituição Federal. Assim, observa-se o surgimento do sistema de saúde privado, o qual tem a missão de complementar a garantia da estabilidade da população. Esse reforço, no sistema da saúde, é assegurado de igual maneira, pelo Constituição Federal de 1988, em seu artigo 199: “A assistência à saúde é livre à iniciativa privada”.

Cherubin e Santos (2002, p. 34) trazem que “os hospitais de medicina de grupo apareceram por volta de 1960 e envolviam grupos e cooperativas médicas”. Estes emergiram em função de demandas sociais e atualmente podem, inclusive, atuar na esfera pública, auxiliando o Sistema Único de Saúde (SUS) –, de maneira complementar. Nesta demanda, de apoio ao sistema público, as empresas de saúde privadas devem seguir as diretrizes e normas da esfera pública, visando proporcionar serviços de qualidade e referência.

Há, ainda, no sistema de saúde as Instituições denominadas Filantrópicas. Estas atuam há bastante tempo em prol da saúde e da humanização de serviços, muitas vezes ligadas a religião e a caridade. Conforme exposto, La Forgia e Couttolenc (2009, p. 35) afirmam que “o modelo de hospitais religiosos, baseado na visão do atendimento aos doentes como responsabilidade mais religiosa do que médica, foi inspirado na experiência de vários países Europeus, em especial Portugal e Espanha”.

É possível observar que, por meio dos preceitos constitucionais, a filantropia tem prioridade no suporte à saúde pública, ou seja, caso haja necessidade de suplantando serviços no sistema público às unidades filantrópicas tem prioridade em detrimento das privadas (CONSTITUIÇÃO FEDERAL DO BRASIL, 1988).

Interessante mencionar, ainda, que as origens das Santas Casas são tão antigas quanto à origem do sistema de saúde no Brasil. Nesta perspectiva Cherubin e Santos (2002, p. 32) afirmam que “a primeira Santa Casa de Misericórdia do país foi criada em Santos, no Estado de São Paulo, em 1543 pelo colonizador português, Brás Cubas, integrante da expedição de Martim Afonso de Souza de quem recebeu a Capitania de São Vicente e fundador da cidade santista”.

Independente de classificação jurídica das unidades que compõe o sistema de saúde é possível observar a figura dos Hospitais que, conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS) (apud CHERUBIN; SANTOS, 2002, p. 35) é:

Parte integrante de um sistema coordenado de saúde, cuja função é dispensar à comunidade completa assistência à saúde, tanto curativa quanto preventiva, incluindo serviços extensivos à família, em seu domicílio e ainda um centro de formação para os que trabalham no campo da saúde e para as pesquisas bio-sociais.

1.2 Origem da Palavra e Leitos Hospitalares no Brasil

Cherubin e Santos (2002, p. 11) trazem que não se conseguiu definir a origem da palavra hospital, assim é possível observar que ela “deriva da palavra *hospes* que significa hóspede”. Barquin (apud CHERUBIN; SANTOS, 2002, p. 11) traz que a palavra foi originada de “*hospitium*, local onde se mantém alguém hospedado”.

Assim, como a complexidade da definição etimológica da palavra hospital tem-se a dinâmica que paira no sistema hospitalar. No geral essas unidades são compostas por profissionais de diversas áreas que atuam em diversos setores atendendo a finalidades diferentes. Na prática existem vários segmentos inseridos na unidade de saúde, dentre elas é possível destacar: farmácia, lavanderia, nutrição, tesouraria, compras, enfermagem, etc. La Forgia e Couttolenc (2009, p. 44) afirmam que “os hospitais são as engrenagens principais do sistema de prestação de serviços de saúde”.

Visando fornecer informações válidas e apontar a função do hospital no atendimento ao sistema brasileiro de saúde é necessário comentar que o número de leitos no Brasil tem apresentado crescimento nos últimos anos, conforme revela Cherubin (1976, p. 108) que há décadas, elaborou um trabalho bastante relevante para quantificar os hospitais brasileiros e apresentou uma tabela bastante completa que indica um quantitativo de hospitais, por unidade da federação que totalizou “4.354, sendo 132 na região norte, 965 no Nordeste, 1.943 no Sudeste, 1.043 no Sul e 271 no Centro Oeste”.

Cherubin e Santos (2002, p. 34) revelam que o cenário da saúde podia contar “com 6.478 hospitais e 492.328 leitos”, onde “o sistema hospitalar contava em 1995, com 277 instituições federais, 507 estaduais, 366 municipais”.

De maneira complementar La Forgia e Couttolenc (2009, p. 19) reforçam a amplitude que é a saúde do Brasil, ressaltando o crescimento e afirmam que “o setor hospitalar brasileiro é amplo, com mais de 7.400 unidades e cerca de meio milhão de leitos”.

O Conselho Nacional de Saúde (CNS) (2013) traz que o “número de leitos hospitalares no Brasil alcançou 505.637, incluindo o Sistema Único de Saúde”. Esse total é distribuído entre cirúrgicos, clínicos, psiquiátricos, pediátricos, obstétricos, dentre outros.

Observa-se evolução no número de leitos e quantidade de instituições de saúde. Este aumento está propício à geração de acidentes de trabalho, objeto desta pesquisa. Assim, deverá haver preocupação sinérgica com o objetivo de reduzir as situações de risco que envolve os pacientes e colaboradores. Nesta perspectiva Cherubin (1976, p. 7) afirma que “os Hospitais estão saindo da letargia e, além de ampliarem sua capacidade, entendem que devem

iniciar a tradução na prática da verdadeira definição de hospital que é, em primeiro lugar, o atendimento profilático”.

1.3 Objetivo Hospitalar e seus Desafios

Cherubin e Santos (2002, p.36) ressaltam que “a prevenção à doença é, sem dúvida, a função mais importante do hospital. O primeiro e grande objetivo de um hospital, independentemente do porte, localização ou grau hierárquico, deve ser sempre a manutenção da saúde das pessoas”.

Para suportar o objetivo maior de um hospital é necessário observar a complexidade estrutural e o nível de decisão no qual os profissionais da assistência e os gestores necessitam tomar. Esses fatores são inerentes ao segmento, onde nas palavras de Borges e Casas (2011, p. 276) “as decisões ligadas ao cenário são normalmente difíceis e delicadas. Por sua complexidade, o cenário deve considerar não só o conforto do paciente, mas também a produtividade dos funcionários e ainda inspirar confiança, empatia, responsabilidade, etc.”.

Todos os aspectos, comentados acima, devem estar alinhados com a missão e a visão organizacional, sem desmerecer os aspectos motivacionais dos profissionais que executam suas atividades em escalas de revezamento e, na grande maioria, em diversas instituições. Assim, Martinez, Paraguay e Latorre (2004, p. 59) reforçam que “outros fatores relacionados ao trabalho, como ritmo ou carga de trabalho também poderiam exercer maior impacto sobre a saúde do que a satisfação no trabalho”.

A salubridade profissional deve ser valorizada em função da conturbação que é o ambiente de trabalho em instituições de saúde nas quais necessitam de reforços estratégicos e práticos que propiciem mudanças e alterações na dinâmica organizacional. Sabe-se da dificuldade que é mudar um paradigma estabelecido. Assim, Toussant e Gerard (2012, p. 105) validam que “mudar a atitude de uma organização muito grande, com múltiplas instalações, exige bem mais do que apenas a adesão de líderes e médicos”.

Essa adesão muitas vezes é afetada pelo que se conhece por fragmentação dos serviços de saúde que afeta o comprometimento dos resultados e o objetivo institucional do

restabelecimento da saúde. Esse aspecto é reforçado por Cherubin e Santos (2002, p. 40) quando abordam que “restauração da saúde das pessoas é feita pelo hospital por meio da realização de duas atividades principais: diagnóstico e tratamento”.

Ocorre que muitas vezes esse diagnóstico e tratamento são afetados e interrompidos pela fragmentação, que na percepção de Médici (2011, p. 245) é uma tendência natural do setor, pois se observa que os “sistemas de saúde tendem naturalmente a ser fragmentados. Essa fragmentação tem sido responsável, em grande medida, pelos altos custos de transação e ineficiências nesses sistemas”.

Os altos custos hospitalares afetam diretamente a vida dos pacientes que se submetem a tratamentos e a aquisição de medicamentos de alto valor, dificultando o acesso daquilo que a Constituição Federal havia proposto como gratuito. Cabe aqui citar Leibhardt (2011, p. 83) quando afirma que “estatísticas mostram que mais de 80% do consumo de medicamentos no País são pagos com recursos próprios dos consumidores. O gasto público com medicamentos no Brasil representa apenas 0,33% do Produto Interno Bruto (PIB), enquanto o valor médio do gasto público em países da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) é de 0,92 % do PIB”.

Leibhardt (2011, p. 78) aponta que no Brasil “o gasto total com saúde está próximo de 7,5% do PIB, mas a participação do gasto público é de apenas 3,6% do PIB, onerando desproporcionalmente a população carente, vista a desigual concentração de renda e a regressividade da carga tributária apontadas acima”.

A fragmentação dos serviços, processos e, principalmente, das informações geram danos que necessitam de olhar especial, pois utilizando Porter e Teisberg (2007, p. 61) é possível observar que “os hospitais acabam tendo uma escolha limitada de produtos e um dispendioso excesso de estoque, em vez de compras justas para as suas necessidades específicas, em detrimento do valor para o paciente”.

Muito se poderia discutir sobre aspectos de comunicação e processos no cenário da saúde, porém aqui serão realizados comentários a respeito da fragmentação. Acredita-se que a melhor maneira de eliminar esses processos prejudiciais seria a política de reestruturação da

comunicação empresarial, associada a processos de registros no momento e após a ocorrência do fato.

Emerge daí o que se conhece atualmente por prontuário eletrônico ou registros eletrônicos de saúde. Essas ferramentas auxiliaram demasiadamente as organizações de saúde, pois reduziram os processos fragmentados e, na maioria das vezes, manuais. Esses processos tinham a função de registrar toda a estada dos pacientes e colaboradores na organização de saúde. Dos pacientes por meio do prontuário e dos colaboradores por meio do assento funcional.

Atualmente todos os registros têm evoluído para utilização de recursos eletrônicos os quais podem ser vistos na prática das empresas. Como ilustração, o registro do ponto é feito por meio de meios magnéticos ou leituras digitais que facilitam a análise, o acompanhamento e o gerenciamento do recurso humano.

Para os pacientes o prontuário eletrônico tem propiciado facilidade e melhoria no processo de atendimento e tratamento, pois os registros são realizados e podem ser acessados de diversos lugares, embora na prática isso possa proporcionar certo distanciamento dos profissionais da saúde. Pode, ainda, reduzir o nível de interação entre profissional e paciente, muito perigoso em função de prescrições médicas serem orientadas por telefone ou outros meios.

Por outro lado, a adoção da tecnologia como processo integrativo e anti fragmentação proporciona agilidade no cenário da saúde e evita que pequenas fraudes ocorram. Essas observações são representadas pela cobrança em duplicidades de honorários, materiais e medicamentos (MEDICI, 2011).

O registro eletrônico em saúde, também conhecido por Registro Eletrônico de Saúde (RES), tem trazido diversos benefícios:

Serve a múltiplos propósitos: desde acesso aos registros pelos usuários, reduzindo a assimetria de informação, até atividades assistenciais, como apoio 24 horas a assistência nas ações de agendamento eletrônico dos serviços e no próprio atendimento rotineiro aos pacientes, nos quais os profissionais de saúde (especificamente aqueles que tratam do paciente) passam a ter acesso a informações

clínicas (histórico do paciente, exames, anamneses, etc.) que melhoram a qualidade das decisões. (MÉDICI, 2011, p. 247).

A fragmentação pode ser analisada por meio dos processos conhecidos como avaliação em saúde que atuam como ferramenta de desempenho e manutenção de serviços com qualidade e encantamento do cliente/paciente. Nas palavras de Silva e Nora (2008, p. 6) “O objetivo da avaliação em saúde é captar a qualidade impressa nas atividades realizadas nas instituições de saúde para garantir os melhores resultados possíveis”.

Interessante destacar que todos os esforços são realizados com a finalidade de proporcionar qualidade ao paciente e a instituição, chegando assim ao que conhecemos por processos sustentáveis. “A visão de desenvolvimento sustentável é nova não somente no Brasil, mas globalmente; até recentemente, inexistiam métodos para medir, avaliar e acompanhar esse conceito de vida, tudo ficava na história” (ZUCCHI; MWAMAKAMBA, 2011, p. 51).

A sustentabilidade é focada em todos os setores nos quais deve interagir para melhoria contínua buscando sempre a utilização correta dos recursos, o alcance de resultados e a efetividade organizacional. Para atingir esses alvos, será abordado um tópico relevante no cenário hospitalar e que afeta diretamente a continuação dos serviços. Trata-se do absenteísmo e da rotatividade.

1.4 A Rotatividade e o Absenteísmo

A área da saúde oferece ambiente de trabalho dinâmico e complexo, peculiaridade estendida ao quadro de pessoas que compõe o capital intelectual de quaisquer instituições de saúde. Assim, um acontecimento que afeta diretamente o desempenho das atividades em diversos setores: a rotatividade, também conhecida por *turnover*.

O *turnover* pode ser influenciado por diversos fatores os quais alteram o andamento da instituição de saúde e determinam a qualidade dos serviços. Aqui qualidade deve ser visualizada como ferramenta natural dos serviços prestados de maneira contínua, conforme afirma Feldman (2008, p. 25) para quem “a filosofia da gestão de qualidade é um referencial para o desenvolvimento de uma cultura baseada na melhoria contínua”.

Essa melhoria pode ser afetada pelo fenômeno da rotatividade que, grosso modo, é decorrente da insatisfação no trabalho, dos baixos salários, falta de treinamentos, risco do serviço, dentre outras variáveis. Desse modo, a rotatividade pode ser definida conforme Chiavenato (1997 apud OLIVEIRA; PAIVA, 2011, p. 62) o qual afirma que o turnover, conhecido também como rotatividade de pessoal, é definido como “flutuação de pessoal entre uma organização e seu ambiente”. É o fluxo de saídas e entradas de trabalhadores em uma organização”.

Após exposição de diversas definições para o fenômeno da rotatividade faz-se necessário abordar os fatores que fazem com que esse fato ocorra. Para LLapa-Rodrigues et al. (2008, p.4) esse fenômeno é afetado pela: “oportunidade, satisfação no trabalho, intenção de permanecer e treinamento [...]”.

É possível observar que quanto maior for a oportunidade no trabalho, mais o colaborador procurará se empenhar para galgar cargos maiores dentro da instituição. Esse fator é natural, pois as pessoas se qualificam na intenção da ascensão profissional.

A satisfação profissional é determinante para a manutenção do profissional no posto de trabalho. Quando se está satisfeito, o desempenho das atividades flue de maneira mais natural e com resultados maiores e frequentes. Dificilmente um profissional satisfeito com suas atividades laborais aceitará proposta de empresa concorrente ou buscará oportunidades no mercado em função da intenção de permanecer no trabalho.

Essa intenção pode ser originada por diversas fontes sendo elas objetivas e subjetivas, nas quais as objetivas podem ser facilmente identificadas e descritas e as subjetivas são aquelas em que o colaborador, por mais que busque respostas não conseguirá traduzir ou responder facilmente o porquê da sua manutenção naquele posto profissional.

Outro fator importante, trazido por LLapa (2008) e que é um redutor da rotatividade, é o treinamento. Ele é utilizado para retenção e manutenção de colaboradores. Na prática é possível observar que aqueles colaboradores que são treinados com maior frequência tendem a compreender e a captar com mais facilidade a missão da organização e desempenham com mais segurança suas atividades.

Costa (2008, p.79) afirma que “a capacitação de forma inicial e continuada, como preconiza a NR-32, é o caminho certo para estimular a conscientização dos profissionais de saúde sobre sua segurança ocupacional e reduzir o número de acidentes e doenças”.

Oliveira e Paiva (2011, p. 62) enfatizam que o “*turnover* pode ser motivado por vários fatores, dentre eles: Incentivos, Recrutamento e seleção com problemas, Baixo comprometimento organizacional, Remuneração inadequada, Falta de reconhecimento profissional, Problemas disciplinares, sobrecarga de trabalho”.

Além dos fatores, já mencionados, é possível afirmar que os baixos salários; falta de reconhecimento; trabalho excessivo; dentre outros fatores também geram rotatividade. A esse respeito Fernandez (2013) afirma que “quando excessivo, indica que algo está errado na organização. É o momento de analisar o porquê dessa alta rotatividade, afinal, não podemos esquecer que os chamados “funcionários” são antes de tudo pessoas”.

As análises de rotatividade devem ser realizadas periodicamente por meio da aplicação dos percentuais de admissão e demissão, da aplicação de pesquisas de clima organizacional ou de questionários de demissão.

O questionário de demissão é uma ferramenta aplicada ao colaborador em processo demissional. Ele é indispensável para captar as percepções e sentimentos do colaborador e pode ser utilizado como uma oportunidade de melhoria, tendo em vista que os apontamentos de fraquezas e fortalezas da empresa podem estar relatados no questionário. Assim Fernandez (2013) menciona que “para saber o que motiva um colaborador a deixar a empresa, utilize a entrevista de desligamento para isso. Questione o porquê da saída, não perca essa oportunidade de saber o que está ocorrendo”.

Quando se trata de *turnover* há que se preocupar com o talento que é perdido, com o conhecimento que é extraído do corpo organizacional, com a qualidade dos serviços prestados aos pacientes, com os investimentos realizados e com os vícios do novo colaborador, pois conforme validam Oliveira e Paiva (2011, p. 64) “quando alguém da equipe de enfermagem sai, as atividades sofrem mudanças afetando a equipe e a instituição”.

Nesse contexto é observado o quanto a rotatividade é prejudicial para o cenário das organizações de saúde e por isso é necessário o bom conhecimento e desempenho dos gestores para captar e reter os bons colaboradores. Tem-se que gerir e orientar aos gerentes, coordenadores e líderes que atuem de maneira democrática, sensível, com foco nas pessoas, nos processos, na organização e nos pacientes.

Validando o exposto, Oliveira e Paiva (2011, p. 72) concluem que “para reduzir o *turnover* o gestor hospitalar deve criar estratégias, visando trazer satisfação dentro do ambiente de trabalho, pensando no bem estar tanto do funcionário, quanto do paciente e da instituição”.

O ambiente hospitalar é bastante complexo. Para que se tenha a estrutura hospitalar em pleno funcionamento é necessário que exista uma série de outras atividades com margem mínima de erros. Essas atividades podem ser representadas pela área de farmácia, unidade de processamento de roupas, serviço de nutrição e dietética, serviço de higienização, serviço de apoio e diagnóstico terapêutico, corpo de enfermagem, corpo de profissionais médicos, pessoal do administrativo, dentre outros.

É possível observar a necessidade de comprometimento organizacional com o fito de manter estreito relacionamento com os interesses do funcionário e da Instituição de Saúde. Aqui o entendimento deve ser assumido como o definido por Becker (apud LLAPA-RODRIGUES et al., 2008) que se refere ao comprometimento como “um mecanismo que produz comportamentos sólidos, que favorece o engajamento das pessoas em linhas consistentes de atividades que elas mesmas elegeram para a obtenção dos seus propósitos”.

Bastos e Lira (1997, p. 58) atestam que “ter níveis positivos de comprometimento com a organização e com a profissão é uma condição bastante positiva pelo efeito sinérgico que tais vínculos podem ter sobre o desempenho no trabalho”.

Percebe-se que o comprometimento, ou sua ausência, está ligado diretamente ao fenômeno da rotatividade, pois os profissionais que estão em estreita sintonia com suas atividades e possuem equilíbrio emocional com sua profissão tendem a desligar-se menos de suas atividades. Para isso é importante que os gestores de recursos humanos se mobilizem no propósito e proporcionem ambiente de trabalho saudável.

Em se tratando de salubridade Bastos e Lira (1997, p. 61) concluem que “o conjunto de políticas de Recursos Humanos constitui um todo orgânico, com um bom ajuste à estratégia empresarial do Hospital”.

Um grande fator de preocupação para os gestores da área da saúde é o desencontro de afinidades profissionais e de gestão, pois as organizações estão preocupadas com a maximização de suas riquezas, ou de simples manutenção, e os profissionais com um ambiente saudável e seguro para o desempenho de suas atividades.

Dessa assimetria é comum que algumas organizações de saúde não se preocupem com seu quadro de funcionários e daí os mesmos pedirem o desligamento profissional. Oliveira e Paiva (2011, p. 65) validam que “a maioria das instituições hospitalares não levam em consideração os anseios de seus funcionários, ou seja, não dão significante importância ao seu trabalho”.

Quando o trabalho não é reconhecido, é bastante comum os colaboradores produzirem menos do que o esperado; atender de maneira inadequada aos pacientes; e tomarem atitudes nas quais o tempo seja desperdiçado, gerando o que se conhece por absenteísmo que pode ser definido por Oliveira e Paiva (2011, p. 66) como “as ausências, atrasos, faltas e saídas antecipadas no trabalho, de maneira justificada ou injustificada, relacionada com o tempo em que o funcionário está no trabalho”.

O absenteísmo está diretamente ligado ao clima de trabalho e a segurança fornecida ao colaborador no qual o clima organizacional pode ser utilizado como indicador para a tomada de decisão. A segurança influencia e é influenciada na vida dos colaboradores e pacientes e também pode ser utilizada como indicador para a tomada de decisão.

O fator de decisão das organizações de saúde é essencial, principalmente, quando se trata de segurança, tanto dos pacientes quanto dos funcionários e para proporcionar um ambiente seguro foi instituída em 2005 a NR.32 conforme valida Costa (2008).

A carência de padrões normativos de biossegurança para os trabalhadores do setor de saúde no Brasil, somada ao grande número de acidentes e à subnotificação dessas ocorrências, levou o Ministério do Trabalho e emprego a publicar em Novembro de 2005, a NR-32, Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde. (COSTA, 2008, p. 63).

No segmento da saúde tratar de segurança é falar de um universo de fatos que ocorrem diariamente em diversos setores da Instituição, pois os colaboradores são expostos a diversos riscos. Assim Feldman (2008, p. 31) traz que:

Existem muitas questões de segurança e saúde associadas às instalações. Elas incluem sangue, patógenos, riscos biológicos, químicos, drogas potenciais, resíduos de gás anestésico e exposições respiratórias, perigo de riscos ergonômicos como levantamento e tarefas repetitivas, riscos associados com laboratórios, bem como os materiais radioativos e raios-X.

O impacto da segurança e da rotatividade é algo que deve ser observado rotineiramente, pois os colaboradores que são recém-admitidos podem ser oriundos de unidades de saúde que não possuíam rigor em normas e segurança, gerando assim preocupação dos gestores locais.

1.5 Erro Humano e as Informações no Cenário Hospitalar

Esse é mais um risco decorrente da rotatividade que pode expor o colaborador e o paciente a fatos e situações indesejadas, pois Fernandes e Teixeira (1996, p. 39) afirmam que “as falhas humanas se revelam no erro e descuido do operador, na imprudência e desobediência”.

Quando o objeto de trabalho é o reestabelecimento da saúde do ser humano tem-se que ter bastante cautela com os procedimentos realizados, com os materiais utilizados, com o cumprimento das prescrições e aprazamentos, bem como uma gama de ações que compõem a rotina dos auxiliares de enfermagem, enfermeiras e médicos.

Para Reason citada por Feldman (2008, p. 36), os erros são decorrentes, majoritariamente, de: “ações automáticas, distração, memória longa (quando os padrões que armazenamos diferem dos reais), especificação insuficiente, falta de conhecimento, falta de dados, esquecimento”.

O erro humano deve ser tratado com bastante atenção trabalhando as suas causas e não na busca incessante de culpados, pois muitos dos problemas incorridos na assistência, manutenção, financeiro, administrativo etc estão nos processos e não nas pessoas. Isso pode

ser facilmente identificado pelo mapeamento de determinado procedimento onde muitas das fases podem ser tranquilamente excluídas ou ajustadas, visando melhor funcionamento.

Toussant e Gerard (2012, p. 27) afirmam que:

Proporcionar assistência à saúde de excelência, livre de desperdícios, envolve, é verdade, mais do que trabalho em equipe e comunicação adequadas. Isso envolve proporcionar somente o que é de valor, rapidamente, pela remoção das inúmeras atividades supérfluas que rondam os pacientes em sua jornada ao longo do diagnóstico e tratamento.

Para isso são necessários longos processos de capacitação inicial e continuada. Inicial no sentido de apresentar ao colaborador como deve ser desempenhado determinado procedimentos, uso de EPIs, que, em geral, são apresentados na fase inicial de contratação, ou seja, nos treinamentos introdutórios.

Silva et al. (2011, p. 271) trazem que “o uso obrigatório de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) e Equipamentos de Proteção Coletiva (EPC), incluindo procedimentos para descartar materiais potencialmente infectados, requer treinamento periódico, direcionado para melhorar a sua utilização e ajudar a reduzir a exposição dos trabalhadores de saúde e fluidos sanguíneos...”.

Quando se trata de treinamentos continuados se faz menção aos momentos em que existe capacitação dos trabalhadores em atividade laboral em diversos setores. Esses encontros geralmente são planejados pelos gestores de Recursos Humanos em parceria com a Direção da área respectiva de cada setor.

Visando validar o exposto cabe mencionar Costa (2008, p. 77) quando afirma, com relação ao colaborador em nível operacional, que:

O trabalhador que realiza atividades de limpeza e conservação, inclusive o contratado por uma empresa terceirizada, deve ser capacitado de forma inicial e continuada quanto à higiene pessoal, riscos biológicos e químicos, sinalização, rotulagem, EPI (Equipamento de Proteção Individual), MPC (Método de Proteção Coletiva) e procedimentos a serem adotados em caso de emergência.

Observa-se que há grande preocupação ao cumprimento do que se conhece por NR.32, referindo-se ao uso dos EPIs e EPCs, os quais funcionam como grandes redutores de acidentes de trabalho.

Vinculando toda exposição do erro ao fator de rotatividade e absenteísmo é possível observar que os colaboradores observam esses aspectos no momento de sua decisão profissional como traz Feldman (2008, p. 84) comentando sobre a qualidade de vida no trabalho: “há que se compreender que a promoção da saúde não é apenas informar e capacitar indivíduos e organizações a detectar situações e ou agravantes para as doenças e ou riscos; é reorientar as práticas de saúde contemplando a promoção, a segurança e a qualidade de vida e do trabalho”.

A qualidade de vida no trabalho vem no intuito de proporcionar segurança para as organizações e principalmente aos empregados que buscam estabilidade associada à qualidade, a procedimentos seguros e a valorização profissional.

Haddad et al. (2009, p. 7) ratificam que a valorização profissional tem seus impactos positivos onde “o desenvolvimento e valorização dos profissionais constituem um avanço fundamental para qualificar a formação acadêmica e a atenção em saúde prestada à população, ampliando a participação de gestores, profissionais de saúde e sociedade na formulação desse campo das políticas públicas”.

A valorização pode também ser pautada em aspectos motivacionais de informações sobre dados relevantes desempenhados nas atividades rotineiras e profissionais. Acredita-se que o colaborador informado e orientado de quais suas contribuições e responsabilidades desempenhem melhor suas funções.

Em contrapartida ao exposto, têm-se no cenário das organizações de saúde as informações, conforme valida Feldman (2008, p. 114): “geralmente são problemas complexos, informações às vezes escassas ou bloqueadas, recursos limitados, conflitos pessoais ou políticos e resultados pouco palpáveis”.

Isso também favorece a estabilidade profissional e dificulta o que se conhece por educação continuada, à distância e compartilhamento de conhecimentos, fator necessário para

o desempenho sólido dos serviços de saúde. Não existe hospital sem conhecimento em diversas vertentes. Além disso, tem-se que atender as demandas dos pacientes que pesquisam bastante antes de procurar o profissional médico.

A respeito de informação, profissionais e clientes Cunha e Ruthes (2008, p. 343) afirmam que: “os serviços de saúde neste milênio vêm procurando responder às inúmeras demandas do cliente cada vez mais informado e exigente”.

Nesta perspectiva tem-se que buscar fornecer orientações aos pacientes e, de igual maneira, aos colaboradores que executarão as rotinas estabelecidas pela unidade de saúde. Essa atitude pode contribuir para a redução do erro humano e da rotatividade tendo em vista o que afirmam Toussant e Gerard (2012, p. 78): “As pessoas não são muito diferentes em suas necessidades básicas. Cada uma deseja sentir-se necessária, fazer parte de uma equipe que realiza um bom trabalho”.

2 O ACIDENTE DE TRABALHO

2.1 Conceito e Relevância

Os acidentes de trabalho no cenário das organizações de saúde são fatores que contribuem negativamente para o desempenho das atividades e da organização afetando a integridade física dos profissionais. Assim, utiliza-se a definição de Bosi (2007, p. 91) para entender o acidente de trabalho como sendo aquele “vinculado a um fator primordial que é a capacidade para o trabalho. Havendo perda ou redução da capacidade para o trabalho, estará configurado o acidente”.

Para Binder e Cordeiro (2003, p. 410), com base na legislação previdenciária o “acidente do trabalho é o que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause morte, ou perda, ou redução (permanente ou temporária) da capacidade para o trabalho”.

Hagberg (apud SANTANA et al., 2007, p. 137) defende como acidente de trabalho “qualquer dano infligido ao corpo por transferência de energia durante o trabalho, ou deslocando até o local do trabalho que envolvesse uma curta duração entre exposição e efeitos identificáveis após a ocorrência do evento/circunstância”.

OHSAS 18001 (1999), traduzida como uma Série de Especificações para Avaliação da Saúde e da Segurança, traz que o acidente é “evento não desejado que origina morte, danos à saúde, prejuízos ou outras perdas”.

Conforme conceituação, percebe-se alto grau de relevância e gravidade do tema a ser investigado no qual urgem decisões acertadas para que se possa minimizar essas situações negativas. Desse modo, é necessário citar Gonçalves (2010, p. 6) para destacar que: “No ano de 2001 a Organização Internacional do Trabalho (OIT) instituiu o dia Mundial da Saúde e Segurança do Trabalho a ser comemorado no dia 28 de abril, fato ocorrido para lembrar do acidente ocorrido nos Estados Unidos em 1969, onde 78 trabalhadores da West Virgínia morreram vítimas de uma explosão”.

Em função das adversidades é necessário enfatizar a dificuldade de gerir os acidentes de trabalho. Tal assertiva pode ser complementada com a afirmação de Almeida e Jackson (2007, p. 13) no qual afirmam que:

A detecção e correta interpretação de eventos (incidentes, disfuncionamentos etc.) que surgem no funcionamento dos sistemas e antecedem o acidente não são coisa fácil como costuma ser afirmado por integrantes de equipes de “investigação” que chegam aos cenários já sabendo o que aconteceu e acreditando que tudo está explicado ao evidenciar exemplo de comportamento ou acontecimento que contraria normas de segurança vigentes.

Observa-se relevância na detecção e gerenciamento dos acidentes em função da complexidade na interação dos funcionários com o Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT). Acredita-se que, em geral, as empresas que fornecem e monitoram seus colaboradores apresentam um número reduzido de acidentes de trabalho. Esse fato pode ser observado por meio da afirmação de Tsai et al e Dwyer apud Cordeiro et al. (2005, p. 255) que afirmam que os acidentes de trabalho “não são eventos acidentais ou fortuitos, mas fenômenos socialmente determinados, em tese previsíveis e preveníveis”.

Essa previsão e prevenção está associada a capacitação dos colaboradores os quais tem que se adaptar as realidades mais adversas atendendo as pressões constantes, alterações de rotinas, legislações, regulamentos e ao cuidado ao paciente. Esse cuidado é a representação da existência do Hospital que tem a missão de assegurar o restabelecimento da vida dos indivíduos por meio de tecnologias cada vez mais inovadoras.

2.2 As Causas dos Acidentes

Os acidentes de trabalho são inerentes a quaisquer atividades ou segmentos laborais, no entanto na área da saúde esta perspectiva tende a aumentar em função do próprio ambiente, caracterizado como de alto risco.

Nesta perspectiva utiliza-se Bosi (2007, p. 94) para afirmar que “as causas de acidentes de trabalho sem dúvida advém da exposição do indivíduo aos riscos que envolvam objetos, substâncias químicas, podemos verificar também como causa de acidente de trabalho o crescimento tecnológico experimentado pela humanidade [...]”.

Lucca e Mendes (1993, p. 174) afirmam que “vários são os fatores apontados entre as causas dos acidentes do trabalho, entre elas as horas extras, a baixa qualificação, as precárias condições de nutrição e saúde do trabalhador, o trabalho em turnos, entre outras”.

Para Andrés F. e Sarquis (2010, p. 2) “grande parte dos trabalhadores de saúde possui extensivas jornadas e outros trabalhos remunerados, devido aos baixos rendimentos e a flexibilidade da jornada de trabalho”.

Por meio da análise da evolução dos fatores que causam acidentes e da dinâmica das Instituições de saúde é possível observar o grande desenvolvimento tecnológico e as mudanças nas quais a saúde vem passando. Desse modo, verifica-se que a utilização de tecnologias não substitui o trabalho humano de qualidade, conforme a ratificação de Elias e Navarro (2006, p. 520) “a incorporação de novas tecnologias não significa, nesse setor, economia da força de trabalho. Ao contrário, o setor é de trabalho intensivo. Não foi encontrado ainda nada que substitua o cuidado humano, imprescindível para a recuperação dos doentes”.

Essa recuperação é complementada pelo apoio de diversos setores que auxiliam na restauração da saúde do paciente de maneira interdisciplinar. Esses setores são representados, dentre outros, pela Enfermagem, Farmácia Hospitalar, Recepção, Lavanderia, Hotelaria que compõem o complexo hospitalar e dão suporte ao desempenho das atividades dos profissionais, tema abordado no próximo tópico.

2.3 Os Profissionais do Serviço de Saúde

Os profissionais, parte do objeto de estudo, estão inseridos no complexo de saúde que, conforme afirmação de Melo (apud ELIAS; NAVARRO, 2006, p. 518), “com o passar do tempo, o hospital deixou de ser um lugar para onde as pessoas eram levadas para esperar pela morte e se transformou em espaço de cura”.

Neste espaço de cura é possível observar atividades específicas que se unem para atender ao objetivo geral do restabelecimento da saúde. Desse modo, Elias e Navarro (2006, p. 519) afirmam que o “ambiente hospitalar, *per se*, apresenta aspectos muito específicos

como a excessiva carga de trabalho, o contato direto com situações limite, o elevado nível de tensão e os altos riscos para si e para os outros”.

Os profissionais da saúde enfrentam escalas de trabalhos diversas para atender a demanda existente nas vinte e quatro horas. Dentre as escalas é possível comentar a existência de profissionais que podem desempenhar suas atividades com carga horária diária de oito horas, outras trabalhando doze horas e folgando trinta e seis e, ainda, outra escala no qual os profissionais desempenham suas atividades por vinte e quatro horas e folgam setenta e duas.

Nestas escalas é possível constatar a intensidade do risco e do perigo no qual os profissionais estão sujeitos. OHSAS 18001 (1999) define o perigo como sendo “fonte ou situação potencialmente capaz de causar perdas em termos de danos à saúde, prejuízos à propriedade, prejuízos ao ambiente do local de trabalho ou uma combinação entre eles.

Na mesma perspectiva Marziale e Rodrigues (2002, p. 571) observam que “os trabalhadores de enfermagem, durante a assistência ao paciente, estão expostos a inúmeros riscos ocupacionais causados por fatores químicos, físicos, mecânicos, biológicos, ergonômicos e psicossociais, que podem ocasionar doenças ocupacionais e acidentes de trabalho”.

Nesse contexto, é interessante destacar que muitas atividades hospitalares devem ser consideradas perigosas, penosas ou insalubres. Essa insalubridade deve ser entendida conforme art. 189 da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) no qual preceitua que “serão consideradas atividades ou operações insalubres aquelas que, por sua natureza, condições ou métodos de trabalho, exponham os empregados a agentes nocivos à saúde, acima dos limites de tolerância fixados em razão da natureza e da intensidade do agente e do tempo de exposição aos seus efeitos”.

Os desafios são imensos e merecem destaque em sua abordagem, pois na ocorrência do acidente no interior de uma Instituição de saúde é possível observar que o tratamento é iniciado no mesmo local, geralmente apoiado pelo SESMT – por meio dos serviços de emergência hospitalar. De lá havendo o direcionamento para hospitais de referência em profilaxia.

O fato, comentado no parágrafo anterior, pode ser comprovado com a afirmativa de Hagberg (apud SANTANA et al., 2007, p. 142) que “cerca da metade dos casos de acidentes de trabalho recebeu algum tipo de primeiros socorros, na maioria serviços de emergência, seguido de tratamento médico com duração média de 15 dias”.

Os trabalhadores são afetados por diversos tipos de acidentes e sofrem com suas consequências, por isso Elias e Navarro (2006, p. 520) destacam que os principais sofrimentos dos profissionais da área da saúde podem ser representados por meio das “lesões por esforços repetitivos, da depressão, da angústia, do estresse, dentre outras”.

Com o objetivo de combater os sinistros, elencados no parágrafo anterior, é necessário observar a opinião dos colaboradores e da empresa com relação ao fornecimento de EPIs ou EPCs.

Conforme o Ministério da Previdência Social é possível observar que no Brasil, em 2009, ocorreu cerca de 1 morte a cada 3,5 horas, motivada pelo risco decorrente dos fatores ambientais do trabalho e ainda cerca de 83 acidentes e doenças do trabalho reconhecidos a cada 1 hora na jornada diária. Em 2009 foi observada uma média de 43 trabalhadores/dia que não mais retornaram ao trabalho devido à invalidez ou morte. Assim, será discutida a classificação dos acidentes de trabalho na próxima seção.

2.4 A Classificação dos Acidentes

A classificação dos acidentes objetiva apresentar, de maneira simples, como os mesmos são abordados no cenário organizacional em geral. Aqui a classificação é estendida a todas as empresas e não somente as do segmento da saúde.

Destarte, com base na Previdência Social em seu Anuário Estatístico (2010, p. 508) e no Ministério da Previdência Social (2012) os acidentes são classificados em típicos, de trajeto e devidos à doença do trabalho, onde:

- os típicos “são os acidentes decorrentes da característica da atividade profissional desempenhada pelo acidentado”;
- Os de trajeto “são os acidentes ocorridos no trajeto entre a residência e o local de trabalho do segurado e vice-versa”;

- Aqueles devidos a doenças do trabalho “são os acidentes ocasionados por qualquer tipo de doença profissional peculiar a determinado ramo de atividade constante na tabela da Previdência Social”.

Após conceituar (tópico 3.1) e classificar os acidentes de trabalho faz-se necessário destacar que o desafio para identificar as percepções do colaborador e da empresa é ainda maior em função do local de desempenho das atividades, pois conforme ratificam Elias e Navarro (2006, p. 519): “O hospital carrega o ônus da dor, da doença e da morte desde sua criação”.

2.5 Abordagem dos Riscos Hospitalares

No ambiente hospitalar a segurança do paciente e do colaborador deve ser tratada como prioridade onde quaisquer riscos devem ser eliminados ou, pelo menos, reduzidos ao máximo objetivando propiciar ambiente de trabalho seguro. Assim, os riscos devem ser geridos conforme a visão de Florence (apud OLIVEIRA et al., 2008, p. 57) no qual traz que “a gestão de riscos se compõe de ações para identificar, avaliar e manejar os riscos existentes e potenciais no ambiente hospitalar”.

Quando não se percebe segurança nos processos os colaboradores tendem a evadir-se do trabalho (gerando o que se conhece por absenteísmo). Assim, é possível observar que os efeitos dos riscos que causam os desastres e os acidentes propriamente ditos são danosos a vida e a sociedade. Andrés F. e Sarquis (2010, p.4) retratam a complexidade por meio da seguinte passagem “assim, os sentimentos vivenciados no momento da exposição vão além da interrupção da integridade física, causada pelo instrumento cortante ou pelo respingo em mucosas, expressando a preocupação com as consequências do acidente para as outras pessoas”.

Dessa maneira, é fundamental saber que existem diversos riscos ocupacionais hospitalares, dentre eles é possível destacar os químicos, os físicos, mecânicos, biológicos, ergonômicos e psicossociais.

Destaca-se que os riscos químicos, conforme afirmam Marziale e Rodrigues (2002, p. 571), “referem-se ao manuseio de gases e vapores anestésicos, antissépticos e esterilizantes, drogas citostáticas, entre outros”.

Já os riscos físicos, citando Marziale e Carvalho (apud MARZIALE; RODRIGUES, 2002, p. 571), “referem-se a temperatura ambiental (elevada nas áreas de esterilização e baixa em Centro Cirúrgico), radiação ionizante, ruídos e iluminação em níveis inadequados e exposição do trabalhador a incêndios e choques elétricos”.

Riscos mecânicos são “os riscos existentes pela falta de organização e segurança do ambiente ou processos de trabalho, em razão da falta de manutenção predial, máquinas, equipamentos e falhas de procedimentos”.

Conforme o portal da do Ministério do Trabalho e Emprego (2013) baseado na Norma Regulamentadora 32 o risco biológico devem ser visto como a “probabilidade da exposição ocupacional a agentes biológicos”. Assim a NR.32 considera como agentes biológicos “os microrganismos, geneticamente modificados ou não; as culturas de células; os parasitas; as toxinas e os príons”.

Esses agentes biológicos são inerentes a todos os setores da instituição de saúde, dos assistenciais aos de apoio e é possível perceber sua influência e possível impacto nos sinistros de trabalho.

Sob a perspectiva dos riscos ergonomicos faz-se necessário comentar, conforme o Grupo Ergomais – Soluções Ergonômicas (2013), que a Ergonomia “atua de um modo multidisciplinar em várias áreas do conhecimento e envolve todos os aspectos relacionados ao trabalho como mobiliário, ritmo de trabalho, organização, *layout*, tarefa executadao...”.

Já a OIT define a ergonomia como “A aplicação das ciências biológicas humanas em conjunto com os recursos e técnicas da engenharia para alcançar o ajustamento mútuo, ideal entre o homem e o seu trabalho, e cujos resultados se medem em termos de eficiência humana e bem-estar no trabalho”.

De maneira geral, são considerados riscos ergonômicos: esforço físico, levantamento de peso, postura inadequada, controle rígido de produtividade, situação de estresse, trabalhos em período noturno, jornada de trabalho prolongada, monotonia e repetitividade, imposição de rotina intensa.

Já os riscos psicossociais foram sugeridos recentemente, conforme Cox e Rial (apud CAMELO; ANGERAMI, 2008, p. 233) segundo aspectos de planejamento, organização e gerenciamento do trabalho e o seu contexto social e ambiental, que têm potencial para causar prejuízos físicos ou psicológicos.

Villalobos citado por Camelo e Angerami (2008, p. 234) afirma que “os fatores psicossociais no trabalho representam o conjunto de percepções e experiências do trabalhador, alguns de caráter individual, outros referentes às expectativas econômicas ou de desenvolvimento pessoal e outros, ainda, às relações humanas e seus aspectos emocionais.

Conforme Estryng-Behar apud Marziale e Rodrigues (2002, p. 571) dentre os riscos psicossociais: “está a sobrecarga advinda do contato com o sofrimento dos pacientes, com a dor e a morte, o trabalho noturno, rodízios de turno, ritmo de trabalho, realização de tarefas múltiplas, fragmentadas e repetitivas, o que pode levar à depressão, insônia, suicídio, tabagismo, consumo de álcool e drogas e fadiga mental”.

Outra corrente de pensadores defende que os riscos do ambiente de trabalho podem ser classificados em real, suposto ou residual. De maneira resumida, os riscos reais ficam sob a responsabilidade do empregador; o risco suposto é caracterizado quando se supõe que o trabalhador conhece as causas que o favorecem e o risco residual fica caracterizado como sendo de responsabilidade do trabalhador (MARZIALE; RODRIGUES, 2002).

Percebe-se que esses riscos são típicos em organizações de saúde e sua representação é dada por meio de : arrastamento, aprisionamento, golpes, cortes, decepamento, esmagamento, impacto, abrasão ou fricção, dentre outros.

Os riscos são os principais veículos de acidentes de trabalho em organizações de saúde. Destarte, é nessa ambiência que será buscado perceber as visões e percepções dos colaboradores e dos gestores observando o alinhamento da empresa e do trabalhador e a

quantidade de acidentes como meio de auxiliar as organizações na identificação das falhas existentes em seus processos e na ocorrência de acidentes de trabalho.

Faz-se uso da afirmação de Gonçalves (2010, p. 11) para observar que:

O EPI é fundamental, por se tratar de uma medida preventiva, mas os meios para diminuição e extinção estão no trabalho em conjunto entre medicina e segurança do trabalho, CIPA, Ministério do Trabalho, Sindicatos e fundamental o bom senso do empregado e do empregador, são as duas figuras mais importantes, por estarem diretamente envolvidos e são as figuras mais difíceis de serem compreendidas.

Essa dificuldade de compreensão foi um dos fatores motivadores desta pesquisa no qual se acredita que a prevenção ainda é o melhor mecanismo para garantir a saúde ocupacional, proporcionar ambiente organizacional salubre e manter a sociedade consciente.

Foi observado que os profissionais de saúde ficam expostos a diversos riscos, proporcionando situação complexa por envolver aspectos subjetivos e percepções diversas dos profissionais. De acordo com Pitta apud Elias e Navarro (2006, p. 518) “além dos riscos de acidentes e doenças de ordem física aos quais os trabalhadores hospitalares estão expostos, o sofrimento psíquico é também bastante comum”.

Para dirimir tais conflitos algumas perspectivas de gestão são desenvolvidas internamente. No âmbito externo as organizações adotam mecanismos de segurança e gestão. Conforme o portal Psibrasil (2013) uma das ferramentas é a OHSAS 18001 que deve ser entendida como “uma especificação de auditoria internacionalmente reconhecida para sistemas de gestão de saúde ocupacional e segurança. Foi desenvolvida por um conjunto de organismos comerciais líderes, organismos internacionais de normas e certificação com foco em uma lacuna para a qual não existe uma norma internacional certificável por organismos certificadores”.

Documento intitulado como Certificaciones da AENOR (2013) que trata da segurança do paciente defende que a OHSAS 18001 tem como objetivo “apoyar y promover buenas prácticas en materia de seguridad y salud en el trabajo a través de una gestión sistemática y estructurada”.

Conforme exposto, percebe-se a preocupação no sentido de evitar danos a saúde dos profissionais que atuam nas organizações, obedecendo aos princípios de segurança e gestão, conhecendo as causas dos acidentes e seus impactos, eliminando o que se conhece por subnotificação de acidentes, tema do próximo tópico.

2.6 O Caso da Subnotificação

Aspecto relevante que deve ser observado no cenário hospitalar é a falta de registro dos acidentes de trabalho, também conhecido por subnotificação, pois é comum em unidades fechadas (Centro Cirúrgico, Centro Obstétrico - CO, Unidade de Terapia Intensiva - UTI Adulto, UTI Neo, Central de Materiais) ocorrerem acidentes de trabalho e os colaboradores não comunicarem esses eventos.

Silva et al. (2011, p. 267) em pesquisa específica validaram que “houve também a constatação de subnotificações, conformes relatos dos profissionais notificadores durante a aplicação do questionário semiestruturado, sendo confirmado quando se aferiu os dados das unidades estudados [...]”.

A preocupação com a gestão de acidentes de trabalho, especificamente a notificação, é imensa e devem ser popularizados com o objetivo de tornar público os fatores que causam acidentes buscando assim meios de prover soluções para eliminá-los. Neste contexto Feldman (2008, p. 126) aponta que: “a sub-notificação, a omissão e a não valorização da comunicação das falhas e erros deixam ocultas inúmeras situações graves e um histórico obscuro quanto aos problemas nos processos e sistemas das organizações de saúde no Brasil e no mundo”.

Gonçalves (2010, p. 6) defende que a situação é agravante, “porque a cada 10 acidentes, nem a metade é notificada...”.

É oportuno comentar que a falta da abertura do CAT é justificada, na percepção do colaborador, pela não importância da gravidade do acidente; pelo não acompanhamento do SESMT – na ocorrência do acidente; pela falta de orientação das chefias; pelo desconhecimento do fluxo a ser seguido; dentre outros.

A subnotificação de acidentes, para as organizações e para a Previdência, é uma preocupação constante. Essa preocupação é plausível quando se observa Cordeiro et al (2005, p.258) que concluíram em seu estudo que “a subnotificação de acidentes de trabalho pelo sistema CAT foi de 79,5% (IC 95% 78,8%-80,3%) em 2002 em Botucatu. Isso significa que quatro para cada cinco acidentes ocorridos na cidade, cuja notificação era obrigatória, deixaram de ser captados pelo sistema”.

No estudo realizado por Elias e Navarro (2006, p. 521) foi constatado nas entrevistas que “no ambiente hospitalar eram frequentes os acidentes com objetos perfurocortantes e que todas já foram expostas, ao menos uma vez, ao material contaminado”.

Essa problemática das percepções da empresa e do trabalhador quanto aos acidentes de trabalho reflete na preocupação com o colaborador e com a empresa, pois de acordo com Delgado (2008, p. 8):

A responsabilidade por acidente do trabalho é uma consequência da proteção dada pela Constituição à vida, saúde e integridade física do trabalhador, impondo, no art. 70, como em direitos sociais, além de outros, a redução dos riscos inerentes ao trabalho, por meio de normas de saúde, higiene e segurança.

O monitoramento das normas de saúde, higiene e segurança são analisados pela transformação de dados em informações, consolidando as decisões da análise de indicadores de desempenho, pois conforme Ferreira (apud SILVA; NORA, 2008, p. 2) “os indicadores auxiliam na mensuração de mudanças e, em geral, são utilizados quando as mudanças não podem ser medidas diretamente; servem para mostrar uma realidade para quem não está inserido nela”.

2.7 Sistema de Informação no Cenário Hospitalar

A comunicação empresarial é um desafio em diversos segmentos, inclusive na área da saúde, no qual as informações devem acontecer de maneira rápida e íntegra. Para que o fluxo se transforme em realidade é válido observar o que escreve Médici (2011, p. 250) sobre sistemas de informação. O mesmo ressalta que eles “necessitam ser meticulosamente planejados para compatibilizar rotinas, fluxos e processos de obtenção, tratamento e uso dos dados, com a finalidade última que as políticas de saúde se propõem alcançar”.

As políticas e a gestão em saúde sofrem com um processo de assimetria de informações no qual as instituições ficam em situação desconfortável, representadas pela insegurança, inclusive tecnológica, no qual o colaborador é exposto à complexidade em que a assistência aos pacientes está inserida. Conforme Adami (apud OLIVEIRA et al., 2008, p. 50) a complexidade “da assistência e, conseqüentemente, dos riscos associados, está diretamente associado ao avanço científico e tecnológico”.

O avanço repercute nas alterações que são internalizadas pelas instituições de saúde no qual a principal representação pode ser visualizada pelo que se conhece por Prontuário Eletrônico. Este veio com o objetivo de facilitar a transferência de informações dos pacientes e colaboradores que fazem uso dos serviços de saúde. Há interação das informações nas quais podem ser visualizadas em locais remotos, eliminando o prontuário manual e as assimetrias.

Aqui a definição de assimétrico vem no sentido de reduzir aspectos divergentes entre os setores e colaboradores, proporcionando processos mais seguros com foco na eliminação de acidentes e foco nos resultados. Porter e Teisberg (2007, p. 62) afirmam que no sistema de saúde, “porém, as informações mais necessárias para apoiar a competição baseada em valor são, em sua maior parte, inexistentes ou suprimidas”.

3 METODOLOGIA

O ambiente em investigação foi uma Instituição de Saúde Filantrópica localizada na Cidade de Fortaleza, há mais de quarenta anos, que realiza atendimentos de demanda espontânea com serviços ambulatoriais e hospitalares de média e alta complexidade. Pode-se considerar a empresa de médio porte pelo número de leitos existentes, aproximadamente 160.

A investigação foi autorizada pela Diretoria Administrativa, que discutiu a relevância do projeto na Comissão de Assuntos Técnicos Administrativos (CATA), e resolveu contribuir para o alcance dos objetivos, gerais e específicos, propostos pela pesquisa permitindo que fossem analisados os Acidentes de Trabalho ocorridos nos setores da Instituição no período de 2008 a 2011.

O período foi definido por conta da disponibilidade da fonte de dados existente na Instituição, pois os Comunicados de Acidentes de Trabalho estavam dispostos e organizados a partir de 2008. O período de curso do Mestrado e delimitação do tema coincidiu, exatamente com a permanência do pesquisador na CIPA delimitando a data final para 2011.

As estratégias metodológicas foram ajustadas em função da dificuldade da realização do trabalho. Tais dificuldades foram motivadas por diversos fatores. Alguns decorreram da mudança de escala, pois por diversas vezes o profissional tem que se ausentar, pelas intercorrências, onde frequentemente os setores assistenciais são afetados, pelo compromisso com outras unidades de saúde, realidade típica dos profissionais de saúde no qual mantém um ou mais trabalhos.

Essa dinâmica é vista com o olhar de Alves-Mazzotti e Gewandsznajder (2001, p. 118) no qual afirmam que “os fenômenos complexos precisam ser decompostos em aspectos testáveis” e há predominância da neutralidade, pois “os valores do pesquisador não interferem no processo de pesquisa”.

3.1 Tipologia da Pesquisa

A pesquisa será desenvolvida utilizando a técnica descritiva dos fenômenos de acidentes de trabalho que ocorreram na Instituição no período de 2008 a 2011, para isso será utilizada a ótica da metodologia quantitativa fundamentada na percepção Minayo (2007, p. 55) no qual revela que a pesquisa “tem uma função fundamental: tornar plausível a abordagem da realidade a partir de perguntas feitas pelo investigador”.

A abordagem quantitativa é justificada no uso das ferramentas utilizadas para o alinhamento e interpretação dos dados e em função do caráter prático que é o acidente de trabalho. Assim, utiliza-se Minayo (2007, p. 55) para validar que “o uso de métodos quantitativos tem o objetivo de trazer à luz dados, indicadores e tendências observáveis ou produzir modelos teóricos de alta abstração com aplicabilidade prática”.

3.2 Sujeitos da Pesquisa

De maneira resumida, os sujeitos da pesquisa foram representados pelos colaboradores e pelos gestores. O primeiro grupo foi composto das vítimas de fatalidades que se caracterizam como acidentes de trabalho e o segundo grupo são os gestores dos acidentados, que aqui representam a visão da empresa. Esses dois blocos representam o universo que fará com que os objetivos sejam alcançados.

Para analisar os acidentes foram utilizados os documentos “CAT” que serviram para formar a base de dados brutos dos acidentados (ver modelo da CAT no ANEXO A). Por meio desses dados foram obtidas as informações do emitente, do empregador, do acidentado, do acidente e do atestado médico. Dados estes levados em consideração para o estudo, cujo modelo se encontra no apêndice 1.

As visões dos acidentes de trabalho foram obtidas por meio da aplicação de questionários (ver APÊNDICE B) a todos os acidentados no período delimitado, bem como extrair das gerências (APÊNDICE C) os pareceres referentes a sua visão e percepções do grupo de colaboradores.

Outra característica forte do evento que envolve os sujeitos é a necessidade de imersão do pesquisador no assunto, tanto bibliográfico quanto de campo, necessitando de imparcialidade, na elaboração e aplicação dos questionários. Igualdade de tratamento com os colaboradores também é marca importante, tendo em vista que independentemente de ser um auxiliar ou diretor de enfermagem, o tratamento devará ser o mesmo.

3.3 Coleta dos Dados

Para coletar os dados houve dificuldade significativa, pois após a definição do universo da pesquisa, a localização dos colaboradores na organização representou um dos principais gargalos. Assim, foi necessário realizar contato com as chefias dos colaboradores que disponibilizaram as escalas de trabalho.

As escalas, existentes nos setores nos quais continham os turnos de trabalho diferenciados, foram as ferramentas utilizadas para localizar os colaboradores. Desse modo, a integração e colaboração das gerências e do Setor de pessoal foi um diferencial no desenvolvimento e aplicação dos questionários.

Outro documento auxiliar para coletar os dados foi o CAT – no qual foi gerada uma listagem inicial que foi encaminhada ao Setor de Pessoal da empresa. Esse envio teve o propósito de solicitar a indicação de quais colaboradores ainda faziam parte do quadro de funcionários.

Desse modo, do total de 158 colaboradores acidentados no período delimitado, apenas 89 ainda permaneciam contribuindo na instituição pesquisada. Esse fato remete ao que se conhece por rotatividade, tema abordado anteriormente.

Cabe aqui esclarecer que do universo de 89 colaboradores que ainda faziam parte da equipe de trabalho, foram aplicados 55 questionários, representando 61% do total de colaboradores que ainda estava prestando serviço a empresa e 35% do total de colaboradores acidentados no período.

A diferença (34 colaboradores) representa a parcela de funcionários que estavam ausentes por licenças, atestados ou se recusaram a responder.

Do CAT foi gerada uma base de dados brutos que propiciou o conhecimento de diversas variáveis que seriam confrontadas e analisadas para atender aos objetivos, gerais e específicos, proporcionando um aprofundamento científico, pois Morin (2003, p. 15) reforça que “a ciência é elucidativa (resolve enigmas, dissipa mistérios), enriquecedora (permite satisfazer necessidades sociais e, assim desabrochar a civilização), é de fato e justamente, conquistadora, triunfante”.

Paralela à montagem das bases que apresentavam diversas variáveis representativas dos acidentes o questionário foi elaborado pelo pesquisador e aplicado aos colaboradores acidentados. Foram ainda realizados testes, com colaboradores acidentados e não acidentados, com o objetivo de se analisar o tempo de aplicação, o grau de compreensão e a clareza dos questionamentos, a aceitação ou rejeição dos respondentes, dentre outras análises.

Os questionários foram respondidos pelos colaboradores que sofreram algum tipo de acidentes. Assim, foram desconsiderados os afastados, independente de motivo, quais sejam, férias, demissão, licença, dentre outras que possam existir. Fica claro que os colaboradores entrevistados foram os que estavam em trabalho efetivo, cumprindo suas escalas de trabalho.

Para aplicação dos questionários nos setores dos colaboradores foram utilizadas diversas estratégias. Inicialmente, foi solicitado às gerências, as escalas de trabalho para localização dos funcionários. Com essa ferramenta o pesquisador visitava os colaboradores em seus setores, abordava e explicava o intuito da pesquisa. Com o consentimento do colaborador o questionário era aplicado. Nesta estratégia foi observado que o fator tempo gerava desconforto, pois se tinha que aplicar o questionário no menor tempo possível.

Em função do pouco tempo, do entrevistador e entrevistado, e do insucesso da tentativa, outra estratégia foi delimitada. Desta vez, o pesquisador contactava a gerência ou coordenação setorial, explicava a relevância do questionário para complementar a base de dados dos colaboradores e solicitava ajuda nas respostas. Assim era agendada uma data para coletar os questionários respondidos. Nas datas programadas o pesquisador coletava os questionários.

Um dos fatores que ocorrem com maior frequência são as alterações de escalas que, conforme já exposto, surgem necessidades externas a serem atendidas. Assim é possível verificar que o cenário da saúde é composto, dentre outros fatores, de bastante flexibilidade por parte das Instituições de saúde e, também, dos colaboradores que frequentemente realizam cobertura de escalas em função do aumento na demanda de procedimentos/atendimentos.

Os gestores contribuíram para a montagem da base de acidentes no qual revelavam as visões dos gestores. De igual maneira, foi elaborado um questionário semelhante ao do colaborador no qual as perguntas eram emparelhadas no sentido de enquadrar e associar as respostas do colaborador e do gestor.

Os líderes entrevistados concordaram em responder ao questionário espontaneamente em determinada reunião de chefias, que ocorriam mensalmente. Na ocasião os questionários foram distribuídos para resposta e devolvidos ao pesquisador, após o preenchimento. Traz-se que os líderes são profissionais responsáveis, hierarquicamente, pelos profissionais acidentados.

No geral os gestores eram responsáveis pelo desempenho e atribuições dos cargos dos profissionais no qual foi possível observar que as gestoras da enfermagem tinham um quantitativo maior de colaboradores subordinados. Esses líderes possuem, no geral, nível superior e dependendo da área o quantitativo de subordinados pode ultrapassar vinte profissionais.

Cabe esclarecer que o critério adotado para coleta de dados vem ao encontro dos objetivos específicos delimitados e assim é possível comentar que o questionário elaborado teve o objetivo de captar ou perceber os sentimentos dos colaboradores e dos gestores, os quais não poderiam ser visualizados pela simples interpretação do Comunicado de Acidente de Trabalho (CAT).

Para finalizar as bases e analisar os acidentes foram utilizadas as CATs, no qual grande esforço foi empenhado. Este documento teve o objetivo de facilitar a visualização do emitente, dos dados gerais do colaborador, da remuneração, da ocupação, da data e local do acidente, da parte do corpo atingida, do tipo do acidente, do agente causador, se houve afastamento, dentre outros.

3.4 Tratamento dos Dados

Após a aplicação dos questionários e de posse da base de dados dos Comunicados de Acidente de Trabalho as respostas foram interpretadas e relacionadas com o objetivo de analisar as percepções do trabalhador quanto aos acidentes de trabalho verificando eventual alinhamento dos sentimentos e percepções do colaborador com o demonstrado pelo grupo de gestores.

Para análise dos dados, aqui incluído os questionários e os Comunicados de Acidentes de Trabalho, foi utilizada a estatística descritiva a partir de *software* SPSS versão 19, para auxiliar na tabulação dos dados e permitir a emissão de relatórios que serviram de base para a análise.

Outra contribuição importante e que auxiliou o pesquisador foi a análise da Direção Assistencial. Esta gerencia o maior número de colaboradores acidentados na instituição e por isso houve a oportunidade de facilitar a interpretação do questionário e aproximar as ideias do pesquisador com o problema delimitado, conhecendo outros fatores subjetivos que causam , inclusive, o que se conhece por subnotificação. Pode-se atribuir igual importância ao setor de psicologia que realizou análise do documento com o fito de captar a compreensão e o grau de aprofundamento das questões elaboradas com os objetivos do trabalho.

Antes de visualizar as etapas que compõem a metodologia deste cabe comentar que as questões “G” e “O” do questionário do colaborador não foram contempladas na análise, pois elas não apresentaram consistência na interpretação dos resultados. O item “G” em função do questionamento do comunicado do acidente de trabalho à família. Mesmo realizando algumas aplicações como teste acredita-se que a questão não tenha ficado clara para os respondentes.

O item “O” foi excluído em função da maioria dos respondentes alegarem não se recordar do seu ambiente profissional, na época do acidente, com relação aos fatores atmosféricos, iluminação, ruídos e vibrações.

Conforme exposto, pode-se resumir a metodologia desta pesquisa nas etapas abaixo:

- a) utilizar os CATs do período de 2008 a 2011, que totalizam, exatamente, 158 registros referentes as ocorrências do período;
- b) para cada registro procurar-se-á identificar o sujeito da ocorrência, o qual responderá ao questionário próprio;
- c) criação de três bases de dados específicas,
 - acidentes (com base nas CAT's);
 - visão dos trabalhadores (questionário);
 - parecer dos gestores (questionário);
- d) para cada tipo de acidente serão relacionadas as visões dos colaboradores e dos gestores (por meio de análise dos questionários e parecer emitido).

De maneira simples utiliza-se Alves-Mazzotti e Gewandsznajder (2001, p. 121) para concluir que a credibilidade “dos conhecimentos das ciências sociais depende, como em qualquer ciência, do desenvolvimento de suas teorias, incluindo a seleção adequada e a comunicação precisa dos dados observacionais, sua organização em padrões significativos e a validação de suas hipóteses pela atividade coletiva da comunidade científica”.

Quadro 1 – Resumo da metodologia

RESUMO DA METODOLOGIA	
Ambiente	Unidade de saúde filantrópica.
Tipologia	Técnica descritiva; Metodologia quantitativa.
Sujeitos	Colaboradores acidentados; Gerente/Coordenador/Supervisor dos colaboradores acidentados.
Coleta	Realizada nas dependências da unidade de saúde.
Instrumento	Questionário – aplicado aos colaboradores acidentados; Questionário – aplicado aos superiores hierárquicos dos acidentados; Comunicado de Acidente de Trabalho - CAT; Relatórios.
Tratamento dos dados	<i>Software</i> estatístico - SPSS versão 19

Fonte: Elaborado pelo autor (2013).

4 ANÁLISE DOS RESULTADOS

4.1 A Instituição Pesquisada

“É preciso amar os pobres e doentes como Jesus amava.
Ser Jesus para o doente.”

(Camilo de Lellis)

O manual do colaborador (2012) revela a história de São Camilo de Lellis. O mesmo aponta que em 25 de maio de 1550, na cidadezinha de Bucchiânico, na Itália, nasceu Camilo de Lellis, filho de Camila e João de Lellis. Após a morte dos pais, Camilo percebe uma ferida no peito do pé, chaga que marcaria o resto de sua vida. Não a tratou como deveria e o resultado foi uma infecção que se perpetuou. Mais tarde, Camilo diria que as chagas o ajudaram a se converter e santificar.

Após várias internações, sob a condição de prestar serviços como auxiliar de enfermagem, Camilo não agradou aos doentes, nem à Diretoria. Em 1575, durante uma missão de transporte de dinheiro e vinho ao convento de São Giovanni, conversou demoradamente com Padre Ângelo, guardião do convento. Pediu ao Padre que orasse por ele. De volta, teve tempo para meditar, desceu do cavalo, chorou e bradou contra sua cegueira de não ter conhecido Deus e seus divinos caminhos (MANUAL DO COLABORADOR, 2012, p. 4).

Aos 29 anos torna-se Frei Cristóvão, mas sua chaga voltou a incomodá-lo e ele retornou ao Hospital de Roma. Foi um anjo de caridade, cuidava mais dos doentes do que dele mesmo. O exemplo de Camilo logo se espalhou. Começou a se impor pelo extremo espírito de dedicação aos doentes, estabeleceu a disciplina e reorganizou as finanças do hospital que trabalhava.

Em 1586 já então Padre, Camilo conseguiu a aprovação de uma nova Ordem religiosa. Ele pediu ao Papa que seus religiosos usassem como distintivo uma cruz vermelha sobre o peito, na batina e no manto, tornando-se um símbolo do auxílio médico.

Em 1606, cansado e sentindo que aquele seria o momento de retirar-se, Camilo pediu renúncia do cargo de Diretor Geral da ordem dos Ministros dos Enfermos, deixando 15 casas fundadas, 8 hospitais, 242 religiosos professores e 8 noviços. Camilo de Lélis morreu no dia 14 de julho de 1614, dia que ficou declarado como dia de São Camilo. Este foi um exemplo de dedicação, reformando o conceito de doentes, sendo bastante revolucionário na época.

Os padres camilianos chegaram ao Brasil em 1922 a convite do Bispo da cidade de Mariana-MG. Ao chegarem não foram recebidos, pois o bispo havia falecido e tiveram que assumir uma pequena capelinha no bairro da Pompéia em São Paulo. Atualmente, Pompéia tornou-se um bairro de referência da Ordem dos Camilianos, onde se localiza o Hospital São Camilo, a comunidade central dos padres camilianos e a Paróquia Nossa Senhora do Rosário (Manual do colaborador, 2012).

A Província atua em sete dimensões diferentes, relacionadas abaixo, com obras que impulsionaram a caminhada dos padres camilianos no Brasil, são elas:

- a) Dimensão Social: Centros de educação infantil, abrigos, albergues, núcleo sócio-educativo e clube de campo;
- b) Dimensão Missionária: Missões em Amapá, Bolívia e Fortaleza;
- c) Dimensão Educacional: Centros, atividade assistencial, cultura e lazer;
- d) Dimensão Hospitalar: Hospitais, Clínicas e Planos de Saúde (PAS);
- e) Dimensão Formativa: Seminários e comunidades religiosas;
- f) Dimensão Paroquial: Paróquias;
- g) Dimensão Pastoral: Capelanias.

Conforme portal da Superintendência Norte Nordeste da São Camilo (2013) é possível citar que o Hospital Cura d'Ars teve sua construção iniciada no ano de 1956, tendo como principais idealizadores do empreendimento os Monsenhores Mourão Pinheiro e André Viana Camurça. Dezesesseis anos após o início de sua construção, no dia 27 de fevereiro do ano de 1972, na presença do então governador César Cals, e de diversas outras autoridades da época, o hospital foi inaugurado em Fortaleza, capital do estado do Ceará.

O nome do hospital é em homenagem ao Santo Cura d'Ars, título concedido ao padre João Maria Batista Vianney, que foi pároco da cidade de Ars, na França. Canonizado no ano

de 1925 pelo então Papa Pio XI, João Maria Batista Vianney, o Santo Cura d’Ars, foi proclamado padroeiro dos párocos, por seu exemplo de simplicidade e dedicação aos doentes, idosos, pobres, operários e crianças daquela cidade. A palavra “Cura” tem a sua origem no latim e significa “aquele que cuida”, remetendo à figura de um cuidador, pastor, protetor, guardião. O manual do colaborador (2012) trás que “Ars” é o nome de uma cidade francesa, que significa “artes”.

Ao longo dos seus quarenta anos, comemorados em 2012, o Hospital Cura d’Ars destacou-se pelas atividades relacionadas à obstetrícia, sendo a principal maternidade do Estado do Ceará nas década de 1970 e início da década de 1980.

A partir dos anos 2000, já com sua gestão conduzida pela Sociedade Beneficente São Camilo, o hospital deu início a um processo de modernização e diversificação de suas atividades, passando a atender outras especialidades médicas.

Atualmente, conta com 156 leitos e o apoio de quase 900 profissionais, entre funcionários e médicos, realiza atendimentos de demanda espontânea com serviços ambulatoriais e hospitalares de média e alta complexidade. Em números, realiza cerca de seis mil partos, quinze mil cirurgias e atende cerca de quarenta mil pacientes por ano em seu Serviço de Emergência.

Nessa contextualização cabe comentar que o propósito ou a missão organizacional pode ser traduzida, conforme exposto no organograma (ver ANEXO B) em “Cuidar das pessoas oferecendo assistência à saúde com qualidade e humanização, de acordo com os princípios camilianos”.

Observa-se que a unidade, objeto de pesquisa, está em constante mutação e evolução. Atualmente é possível observar a construção de um prédio anexo, sete andares, o qual propiciará a multiplicação de atendimentos em estrutura nova e profissionais treinados e capacitados.

Todos esses esforços são realizados para alcançar a visão da Instituição que pode ser traduzida em “Ser reconhecido como um dos cinco melhores hospitais privados de Fortaleza até 2018”.

Conforme o manual do colaborador (2012) é possível afirmar que a Instituição mantém diversas comissões necessárias à sua organização, bem como para cumprir legislação específica do setor. Sem atribuir grau de importância é possível citar que as comissões são:

- a) Parecer Técnico;
- b) Hospital amigo da criança;
- c) Óbito;
- d) Intra-Hospitalar de doação de órgãos e tecidos para transplante;
- e) Prontuário;
- f) Morbi-mortalidade materno infantil;
- g) Qualidade;
- h) Ética médica;
- i) Intra-Hospitalar de hemo transfusão;
- j) Gerenciamento de resíduos em serviços de saúde;
- k) Controle e infecção hospitalar e Terapia nutricional.

A unidade de saúde é composta de valores, conforme o manual do colaborador (2012), que permeiam diversas vertentes, nas quais podem ser elencadas:

- a) **Espiritualidade:** é a dedicação de cada um de nós e se revela nas ações que praticamos dentro da instituição;
- b) **Comprometimento profissional e social:** é o envolvimento de cada colaborador com a sua atividade profissional e com a sociedade;
- c) **Princípio ético nas ações:** é o conjunto de normas e condutas que regem os relacionamentos interpessoais;
- d) **Desenvolvimento profissional:** a instituição cuida do seu capital humano proporcionando o desenvolvimento de suas potencialidades;
- e) **Valorização da vida e da saúde:** é o máximo empenho em prol da vida;
- f) **Qualidade e humanização no atendimento:** enxergar o ser humano além da doença;
- g) **Integração institucional:** é o trabalho com o verdadeiro espírito de equipe;
- h) **Gestão autossustentável:** capacidade de defender e melhorar o ambiente humano para a atual geração como também para as futuras gerações, alcançado a paz e o desenvolvimento econômico e social.

O hospital filantrópico realiza atendimentos de demanda espontânea com serviços ambulatoriais e hospitalares de média e alta complexidade nas seguintes especialidades:

- a) Pronto Atendimento,
 - Clínica Geral;
 - Obstetrícia.
- b) Pronto Atendimento – sobreaviso,
 - Cirurgia Geral;
 - Clínica Médica;
 - Urologia;
- c) Internação,
 - Bucomaxilofacial;
 - Cirurgia Geral;
 - Cirurgia Plástica;
 - Cirurgia Torácica;
 - Clínica Geral;
 - Gastroenterologia;
 - Ginecologia Cirúrgica;
 - Neonatologia;
 - Neurocirurgia;
 - Obstetrícia Cirúrgica;
 - Oncologia;
 - Ortopedia;
 - Urologia;
 - Vascular.

Os serviços, citados, podem ser realizados por meio de atendimento particular ou convênio. Nos atendimentos a clientes conveniados é possível perceber que o hospital possui um serviço diferenciado, dependendo do contrato firmado com cada convênio.

4.2 Resultados da Pesquisa

Após a análise dos comunicados de acidente de trabalho; dos questionários aplicados aos colaboradores acidentados e aos gerentes foi possível a realização da tabulação dos dados para lançamento em *software* (SPSS). Após a obtenção dos dados foi possível chegar aos resultados, abaixo apresentados.

O resultado da pesquisa foi tabulado e interpretado visando atender aos seguintes objetivos específicos:

- a) distribuir os acidentes de trabalho segundo as variáveis,
 - local do acidente;
 - Informações sócio econômicos;
 - hora;
 - parte do corpo atingida;
 - agente causador;
 - dentre outras variáveis.
- b) analisar as visões dos colaboradores e dos gestores em relação aos tipos de acidentes e outras variáveis;
- c) analisar as semelhanças e divergências existentes nas visões das partes.

Inicialmente serão descritos dados e variáveis extraídos dos Comunicados de Acidentes de Trabalho. Conforme a tabela abaixo é possível observar a demonstração da renda mensal dos colaboradores acidentados no período analisado, valores estes que apresentaram a média salarial de R\$ 746, 61, contendo os limites mínimos e máximos de R\$ 428,00 e R\$ 1.831,00, respectivamente.

Tabela 1 – Remuneração

Remuneração	
Média	R\$ 746.61
Salário mínimo	R\$428.00
Salário máximo	R\$1,831.60

Fonte: Elaborada pelo autor (2013).

Pela demonstração da tabela cruzada (tabela 2), a qual se apresenta o sexo do acidentado e seu estado civil, foi possível observar que 92,7% dos colaboradores acidentados representam o sexo feminino e apenas 7,3% o masculino. Do total das colaboradoras 30,9% são casadas e 54,5% são solteiras. Tal percentual não é alarmante em função do maior quantitativo da assistência da unidade ser composto por mulheres.

Da abordagem, acima realizada, é importante ressaltar o impacto do acidente na vida familiar das 30,9% das colaboradoras casadas, pois sendo profissional casado ou com parceiro fixo a gravidade e o conflito do acidente envolveria mais pessoas e não somente o profissional. A mesma preocupação é referenciada para os profissionais acidentados do sexo masculino, pois todos os 7,3% são casados.

Visando consolidar tal abordagem é válido citar Andrés F. e Sarquis (2010, p.4) no qual entendem as consequências dos acidente estendidas a terceiros quando concluem que: “assim, os sentimentos vivenciados no momento da exposição vão além da interrupção da integridade física, causada pelo instrumento cortante ou pelo respingo em mucosas, expressando a preocupação com as consequências do acidente para as outras pessoas”.

A constatação, acima descrita, vai de encontro ao que preceitua o Anuário Estatístico da Previdência Social (2010, p. 511) ao afirmar que o número de acidentes de trabalho é bem maior entre os homens nos acidentes típicos, de trajeto e doenças do trabalho:

As pessoas do sexo masculino participaram com 76,5% e as pessoas do sexo feminino 23,5% nos acidentes típicos; 65,0% e 35,0% nos de trajeto; e 57,8% e 42,2% nas doenças do trabalho. Nos acidentes típicos e nos de trajeto, a faixa etária decenal com maior incidência de acidentes foi a constituída por pessoas de 20 a 29 anos com, respectivamente, 37,6% e 40,7% do total de acidentes registrados. Nas doenças de trabalho a faixa de maior incidência foi a de 30 a 39 anos, com 32,3% do total de acidentes registrados.

Tabela 2 – Sexo do acidentado x Estado Civil

		Estado Civil			Total
		Casado	Solteiro	Outro	
Sexo do acidentado	Masculino	7,3%			7,3%
	Feminino	30,9%	54,5%	7,3%	92,7%
Total		38,2%	54,5%	7,3%	100,0%

Fonte: Elaborada pelo autor (2013).

Buscou-se agrupar e cruzar as informações por sexo e grau de escolaridade dos acidentados, representados na tabela 3. Assim foi possível verificar que os profissionais do sexo feminino (63,6%) possuem nível médio ou antigo segundo grau completo.

A segunda maior parcela dos colaboradores acidentados não revelou seu grau de escolaridade, porém foi visível que o quantitativo de colaboradores com nível superior completo representa apenas 5,5% dos colaboradores acidentados.

Nessa perspectiva é possível se reportar a Lucca e Mendes (1993, p. 174) o qual observam que “vários são os fatores apontados entre as causas dos acidentes do trabalho, entre elas as horas extras, a baixa qualificação, as precárias condições de nutrição e saúde do trabalhador, o trabalho em turnos, entre outras”.

Tabela 3 – Sexo do acidentado x Grau de Instrução

		Grau de Instrução						Total
		Médio Completo	Não Informado	Superior Incompleto	Fundam. Completo	Médio Incompleto	Superior Completo	
Sexo do Acidentado	Masculino	5,5%	1,8%					7,3%
	Feminino	63,6%	16,4%	1,8%	3,6%	1,8%	5,5%	92,7%
Total		69,1%	18,2%	1,8%	3,6%	1,8%	5,5%	100,0%

Fonte: Elaborada pelo autor (2013).

A tabela 4, abaixo apresentada, tem o objetivo de realçar o tipo de acidente de trabalho mais frequente na pesquisa vinculando com os locais em que ocorreram tais fatalidades. Observou-se que a maioria pode ser definida e caracterizada como **típico**, totalizando 45 incidências, representando 84% de toda a população pesquisada. Do total 12,73% representaram acidentes de trajeto, ou seja, aquele ocorrido entre o trajeto da casa para o trabalho e do seu retorno.

Tabela 4 – Tipo x Local do acidente

Tipo de Acidente		Local do Acidente		Total
		Estabelecimento da Empregadora	Área Pública	
Tipo de acidente	Típico	46	0	46
	Trajeto	0	7	7
	Doença relacionada ao trabalho	1	0	1
	Não informado	1	0	1
Total		47	8	55

Fonte: Elaborada pelo autor (2013).

O objetivo da criação da tabela cinco, no qual retrata a relação do tipo de acidentes por afastamentos, foi elaborada para expor aos interessados a perspectiva de afastamento dos profissionais acidentados, tendo em vista que o senso comum traz que grande parte dos colaboradores acidentados se ausenta de sua unidade de trabalho.

Dessa forma, percebeu-se que do total de acidentes típicos (46) apenas 37% se afastaram de suas atividades laborais e a maioria, ou seja, 63% não se ausentou. Esta perspectiva é importante, pois na ocorrência do acidente a tendência é de que o funcionário busque auxílio e atendimento para amenizar o seu sofrimento.

Situação inversa ocorreu nos acidentes de trajeto, pois dos sete colaboradores acidentados seis se afastaram de suas atividades, totalizando 85,7%. Observa-se, assim, que nos acidentes de trajeto os profissionais necessitam de atendimento especializado.

Tabela 5 – Tipo de acidente por afastamento as atividades laborais

		Afastamento das Atividades Laborais		Total
		Sim	Não	
Tipo de acidente	Típico	17	29	46
		37,0%	63,0%	100,0%
	Trajeto	6	1	7
		85,7%	14,3%	100,0%
	Doença relacionada ao trabalho	0	1	1
		0,0%	100,0%	100,0%
	Não informado	0	1	1
		0,0%	100,0%	100,0%
Total		23	32	55
		41,8%	58,2%	100,0%

Fonte: Elaborado pelo autor (2013).

Existe preocupação enorme com os acidentes de trabalho, porém a avaliação das partes atingidas é um fator que poucos profissionais exploram de maneira mais detalhada. Por isso houve o cruzamento do tipo de acidente com a parte do corpo atingida objetivando auxiliar no diagnóstico e fornecer informações que possam contribuir com a redução de acidentes ou estimular a observação das partes humanas mais afetadas.

Assim, foi possível constatar que 41,3% dos acidentes típicos envolve o dedo. É possível considerar grande preocupação dos profissionais quanto a uso do EPI, tipo de luvas,

não reencape de agulhas, dentre outras medidas de segurança nas quais estão relacionadas a ergonomia.

Conforme Martins Neto (2013, p.11) os prejuízos para as organizações pela falta da ergonomia são “absenteísmo e perda da produtividade; gastos com afastados; Indenização pelo dano físico; Contingente de trabalhador com restrição; Deterioração das relações Humanas; A pressão do fenômeno LER e DORT na empresa”.

Outras preocupações nos acidentes típicos são os membros superiores e os olhos que representam 23% e 13% respectivamente.

Nos acidentes de trajeto as partes humanas envolvidas, apontadas na pesquisa, são cabeça/partes múltiplas, membros superiores e articulações, merecendo atenção ao diagnóstico e aos exames de acompanhamento do paciente acidentado.

Nos acidentes definidos como os de doenças relacionadas ao trabalho 100% dos casos que apareceram na pesquisa se concentram nas partes superiores.

Tabela 6 – Tipo de acidente por parte do corpo atingida

		Parte do Corpo Atingida						Total		
		Cabeça, Partes Múltiplas	Articulação/Tornozelo	Membros Superiores	Olho	Mão	Dedo	Outros		
Tipo de acidente	Típico	2	0	12	6	1	19	6	46	
		4,3%	0,0%	26,1%	13,0%	2,2%	41,3%	13,0%	100,0%	
	Trajeto	2	2	2	0	1	0	0	7	
		28,6%	28,6%	28,6%	0,0%	14,3%	0,0%	0,0%	100,0%	
	Doença relacionada ao trabalho	0	0	1	0	0	0	0	1	
		0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	
	Não informado	0	0	0	0	0	1	0	1	
		0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%	
	Total		4	2	15	6	2	20	6	55
			7,3%	3,6%	27,3%	10,9%	3,6%	36,4%	10,9%	100,0%

Fonte: Elaborada pelo autor (2013).

Cruzando os tipos de acidentes envolvidos na pesquisa com o sexo dos profissionais, foi possível detectar que do total de acidentes típicos somente 3 homens apareceram na amostra e os demais acidentados representam o grupo feminino que totaliza 43 casos ou 93,5%.

Nos acidentes de trajeto os profissionais mais atingidos são os do sexo masculino, representado por 85,7% dos casos. No geral este volume de acidentes está associado ao tipo de condução no qual os profissionais utilizam para chegar ao trabalho, geralmente moto, motocicleta ou bicicleta.

Tabela 7 – Tipo de acidente por sexo

		Sexo do Acidentado		Total
		Masculino	Feminino	
Tipo de acidente	Típico	3	43	46
		6,5%	93,5%	100,0%
	Trajeto	1	6	7
		14,3%	85,7%	100,0%
	Doença relacionada ao trabalho	0	1	1
		0,0%	100,0%	100,0%
	Não informado	0	1	1
		0,0%	100,0%	100,0%
Total	4	51	55	
	7,3%	92,7%	100,0%	

Fonte: Elaborada pelo autor (2013).

Foi possível, ainda, cruzar os tipos de acidentes com o nível de escolaridade dos profissionais, onde observou-se que dos 46 acidentados, 30 possuem o ensino médio completo, havendo seis casos de profissionais que não informaram seu grau de escolaridade no CAT.

Foi possível constatar que nos acidentes de trajeto e doença relacionada ao trabalho os acidentados (100%) possuíam nível médio.

Tabela 8 – Tipo de acidente por escolaridade

		Grau de Instrução						Total
		Médio Completo	Não Informado	Superior Incompleto	Fundamental Completo	Médio Incompleto	Superior Completo	
Tipo de acidente	Típico	30	9	1	2	1	3	46
		65,2%	19,6%	2,2%	4,3%	2,2%	6,5%	100,0%
	Trajeto	7	0	0	0	0	0	7
		100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	Doença relacionada ao trabalho	1	0	0	0	0	0	1
		100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	Não informado	0	1	0	0	0	0	1
		0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Total	38	10	1	2	1	3	55	
	69,1%	18,2%	1,8%	3,6%	1,8%	5,5%	100,0%	

Fonte: Elaborada pelo autor (2013).

A natureza da lesão é aspecto importante de ser mensurado pelo impacto no afastamento e nas atividades que envolvem os colaboradores. Dessa forma, foi possível observar que a natureza da lesão mais impactante foi o “corte, laceração, ferida” que totalizou 65,5%. Seguido de “perda ou diminuição do sentido” que representou 10,9% dos acidentados.

Os cortes, lacerações e feridas são gerados por perfuro-cortantes ou por impactos de materiais contra os colaboradores. Com relação a redução dos sentidos é possível comentar que a palavra “sentido” tem abrangência extrema, pois nesta palavra ésta inclusa a audição, visão, olfato e paladar. Dessa maneira, cabe ressaltar que a especificação não foi realizada em função da não especificação dos comunicados de acidentes de trabalho.

Tabela 9 – Estado civil por natureza da lesão

		Descrição da Natureza da Lesão						Total
		Corte, Laceração, Ferida	Fratura	Perda ou Diminuição do Sentido	Lesão Imediata	Inflamação	Outros	
Estado Civil	Casado	13	2	3	1	2	0	21
		61,9%	9,5%	14,3%	4,8%	9,5%	0,0%	100,0%
	Solteiro	19	0	3	2	5	1	30
		63,3%	0,0%	10,0%	6,7%	16,7%	3,3%	100,0%
	Outro	4	0	0	0	0	0	4
		100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Total		36	2	6	3	7	1	55
		65,5%	3,6%	10,9%	5,5%	12,7%	1,8%	100,0%

Fonte: Elaborada pelo autor (2013).

Após as averiguações da natureza da lesão é importante abordar que os diagnósticos constatados na pesquisa foram: o. Desta relação foi possível detectar que o grande maior volume (49,1%) de acidentados foi concentrado no diagnóstico do “acidente durante a prestação do cuidado”, sendo o colaborador solteiro na data do acidente.

A abordagem do diagnóstico é importante em função do fechamento da análise da CAT, pois tal rotina é feita pelo profissional médico.

Tabela 10 – Estado civil por diagnóstico

		Diagnóstico Provável							Total
		Acidente Durante a Prestação do Cuidado	Corte/Laceração	Entorse	Exame e Observação	Queimadura	Traumatismo	Acidente com Material Biológico	
Estado Civil	Casado	8	2	7	2	0	1	1	21
		38,1%	9,5%	33,3%	9,5%	0,0%	4,8%	4,8%	100,0%
	Solteiro	16	4	5	2	1	1	1	30
		53,3%	13,3%	16,7%	6,7%	3,3%	3,3%	3,3%	100,0%
	Outro	3	0	1	0	0	0	0	4
		75,0%	0,0%	25,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Total		27	6	13	4	1	2	2	55
		49,1%	10,9%	23,6%	7,3%	1,8%	3,6%	3,6%	100,0%

Fonte: Elaborada pelo autor (2013).

Com relação ao tratamento dos colaboradores acidentados foi possível observar que 69,09% tem seu tratamento realizado no mesmo dia, os demais variam entre um (1) e quinze dias. Tendo o tratamento iniciado e finalizado no mesmo dia o profissional não se ausenta de suas atividades laborais, sendo possível chegar a conclusão de que os acidentes de trabalho na unidade pesquisada não são indicadores de absenteísmo.

Dois profissionais necessitaram de dois dias de afastamento e três necessitaram de três dias, ambos para a mesma natureza da lesão.

Tabela 11 – Duração do tratamento por natureza da lesão

		Descrição da Natureza da Lesão						Total
		Corte, Laceração, Ferida	Fratura	Perda ou Diminuição do Sentido	Lesão Imediata	Inflamação	Outros	
Duração do tratamento (em dias).	0	26	0	6	2	3	1	38
	1	2	0	0	1	0	0	3
	2	1	0	0	0	2	0	3
	3	3	0	0	0	0	0	3
	4	1	0	0	0	0	0	1
	5	1	0	0	0	0	0	1
	7	2	0	0	0	0	0	2
	10	0	0	0	0	1	0	1
	15	0	2	0	0	1	0	3
Total		36	2	6	3	7	1	55

Fonte: Elaborada pelo autor (2013).

Importante observar que 49,09% dos casos de acidentes de trabalho são ocasionados em dois setores críticos, são eles: centro cirúrgico, apresentando quinze (15) acidentes e centro obstétrico que apresentou dez (12) acidentes de trabalho. No geral, os acidentes são gerados no estabelecimento de saúde, sendo representado por 85,45% dos acidentes. Os demais ocorreram no ambiente externo.

A justificativa para os dois setores, supramencionados, como geradores de acidentes estão relacionados a produção. Nas Instituições de saúde o Centro Obstétrico e o Cirúrgico são os pólos produtivos, pois são nestes setores que ocorrem os procedimentos nos quais são os geradores dos acidentes, por estarem estreitamente ligados a estrutura. Destarte, Feldman (2008, p. 31) valida que:

Existem muitas questões de segurança e saúde associadas às instalações. Elas incluem sangue, patógenos, riscos biológicos, químicos, drogas potenciais, resíduos de gás anestésico e exposições respiratórias, perigo de riscos ergonômicos como levantamento e tarefas repetitivas, riscos associados com laboratórios, bem como os materiais radioativos e raios-X.

Tabela 12 – Especificação por local do acidente

	Local do Acidente		Total	
	Estabelecimento da Empregadora	Área Pública		
Especificação do local do acidente	Vestiário	1	0	1
	Enfermaria	1	0	1
	CME	3	0	3
	Pronto atendimento	2	0	2
	Elevador/Posto/Obra	6	0	6
	UTI adulto/Neo	4	0	4
	CC	15	0	15
	Área publica	0	6	6
	UPR	1	0	1
	CO	12	0	12
	Laboratório/Nutrição	3	0	3
	Administração/Recepção	1	0	1
	Total	49	6	55

Fonte: Elaborada pelo autor (2013).

Observa-se grande impacto dos agentes que causam acidentes de trabalho nas instituições de saúde, podendo ser eles de diversas origens. No estudo foi possível observar que a maioria dos acidentes, ou seja, 60% ocorrem por meio de agente infeccioso. Desse total quatorze (14) atingiram os dedos e membros superiores.

Tabela 13 – Agente causador por parte atingida

		Parte do Corpo Atingida							Total
		Cabeça, Partes Múltiplas	Articulação/ Tornozelo	Membros Superiores	Olho	Mão	Dedo	Outros	
Agente causador do acidente	Agente infeccioso	0	0	10	6	1	14	2	33
	Reação do corpo a movimentos	0	1	0	0	1	0	2	4
	Veículo	2	1	2	0	0	0	1	6
	Faca, ferramenta manual	0	0	1	0	0	4	0	5
	Balcão, mobiliário	2	0	2	0	0	0	1	5
	Maquina e equipamento elétrico	0	0	0	0	0	2	0	2
Total		4	2	15	6	2	20	6	55

Fonte: Elaborada pelo autor (2013).

As informações, abaixo relacionadas, fazem menção à exploração dos questionários aplicados aos colaboradores.

No questionamento do protocolo da rotina teve-se o objetivo de extrair dos colaboradores se os procedimentos realizados no ato do acidentes haviam sido mapeados e realizados protocolos. De maneira resumida, se havia a formalização do mesmo. Assim, observou-se que pouco mais da metade (52,7%) dos acidentes tinham seu protocolo de sua rotina.

Tabela 14 – Protocolo da rotina

		Existia Protocolo da Rotina?			
		Frequência	Percentual	% válido	% acumulado
Dados	Sim	29	52,7	52,7	52,7
	Não	25	45,5	45,5	98,2
	0	1	1,8	1,8	100,0
	Total	55	100,0	100,0	

Fonte: Elaborada pelo autor (2013).

No questionamento da alteração da rotina procurou-se captar dos colaboradores se houve perspectiva de mudança após a ocorrência do acidente, tendo em vista a gravidade que é o fenômeno estudado. Neste questionamento, foi observado que 63,6% dos colaboradores não apontaram mudanças em suas atitudes e rotinas mesmo após a ocorrência do acidente.

Somente 36,4%, ou seja, 20 respondentes da população de 55 demonstraram e informaram que sua rotina havia mudado em função do acidente.

Tabela 15 – Alteração na rotina?

		Frequência	%	% Valido	% acumulado
Dados	Não	35	63,6	63,6	63,6
	Sim	20	36,4	36,4	100,0
	Total	55	100,0	100,0	

Fonte: Elaborada pelo autor (2013).

Questionamento feito com o objetivo de captar do colaborador como ocorreu a parceria empresa colaborador. O resultado mostrou que 14,5% dos profissionais alegaram não ter sido apoiados pela instituição. Este apoio é caracterizado pelo acompanhamento do acidentado no momento do acidente com realização aos exames de acompanhamento, transporte e auxílio nas medicações.

Em contrapartida 83,6 % dos colaboradores se sentiram apoiado pela instituição.

Tabela 16 – Apoio

		Frequência	Percentual	% válido	% acumulado
Dados	Não	8	14,5	14,8	14,8
	Sim	46	83,6	85,2	100,0
	Total	54	98,2	100,0	
Valores perdidos	System	1	1,8		
Total		55	100,0		

Fonte: Elaborada pelo autor (2013).

O ambiente pesquisado foi uma Instituição com mais de quarenta anos de existência, com setores de SESMT e CIPA atuantes e mesmo assim 12,7% dos colaboradores afirmaram que não sabiam que tinham que informar a incidência do acidente, contribuindo para o que se conhece como subnotificação de acidentes. Em outro cenário, 87,3% dos acidentados mencionaram que sabiam da obrigação de informar a ocorrência do acidente.

Tabela 17 – Comunicado do acidente

		Frequência	Percentual	% válido	% acumulado
Dados	Não	7	12,7	12,7	12,7
	Sim	48	87,3	87,3	100,0
	Total	55	100,0	100,0	

Fonte: Elaborada pelo autor (2013).

Conforme tabela abaixo, extraída do questionário aplicado ao colaborador, 29,1% dos profissionais mencionaram não usar EPI no momento do acidente. 61,8% garantiram usar dispositivo de segurança e mesmo assim sofreram o acidente de trabalho.

Tabela 18 – Uso de EPI

		Frequência	Percentual	% válido	% acumulado
Dados	Não	16	29,1	32,0	32,0
	Sim	34	61,8	68,0	100,0
	Total	50	90,9	100,0	
	Não respondido	5	9,1		
Total		55	100,0		

Fonte: Elaborada pelo autor (2013).

Questionamentos realizados aos colaboradores com objetivo de captar quais os sentimentos foram observados no momento do acidente. Assim, foi possível captar que os principais podem ser apontados como: medo (48,9%), angústia (14,9%) e desespero (13,8%).

Tabela 19 – Sentimento na hora do acidente

		Sentimentos		% dos casos
		Respostas		
		N	%	
Sentimentos	Medo	46	48,9%	83,6%
	Desespero	13	13,8%	23,6%
	Raiva	7	7,4%	12,7%
	Angustia	14	14,9%	25,5%
	Pena	1	1,1%	1,8%
	Constrangimento	5	5,3%	9,1%
	Outros	8	8,5%	14,5%
Total		94	100,0%	170,9%

Fonte: Elaborada pelo autor (2013).

Neste questionamento, representado pela Tabela 20, foi possível constatar que a maioria (55,2%) dos acidentados visualiza o acidente de trabalho como uma fatalidade, algo que tinha que acontecer. Do total, 20,7% das respostas assumem a falha e responderam que a falha foi do profissional e outra parcela 6,9% das respostas acusam que a falha é da empresa com relação a estrutura, fornecimento de EPIs, dentre outras observações.

Tabela 20 – Causas

		Respostas		% dos casos
		N	%	
Causas	Falha minha	12	20,7%	22,2%
	Falha da empresa	4	6,9%	7,4%
	Tinha que acontecer/Fatalidade	32	55,2%	59,3%
	Outros	10	17,2%	18,5%
Total		58	100,0%	107,4%

Fonte: Elaborada pelo autor (2013).

Quando questionado sobre o apoio dos parentes foi satisfatório perceber que 82,5% das respostas apontaram que os colaboradores acidentados foram apoiados. Outras reações apareceram como desprezo e indignação, porém em percentuais pequenos.

Tabela 21 – Reações

		Respostas		% dos casos
		N	%	
Qual a reação dos parentes?	Apoio	33	82,5%	91,7%
	Desprezo	1	2,5%	2,8%
	Indignação	3	7,5%	8,3%
	Outros	3	7,5%	8,3%
Total		40	100,0%	111,1%

Fonte: Elaborada pelo autor (2013).

Quando questionado sobre a obrigação de comunicar a ocorrência do acidente 75% informaram saber que tinham este compromisso. Deste total, 63,4% informaram que esta orientação foi adquirida por meio de treinamento na empresa; 17,1% apontaram que foram orientados pelo SESMT e 12,2% informaram que foram orientados por meio de treinamento no CC.

Tabela 22 – Ciência do comunicado

		Respostas		% dos casos
		N	%	
Conhecimento?	Treinamento na empresa	26	63,4%	63,4%
	Experiência na área	2	4,9%	4,9%
	SESMT	7	17,1%	17,1%
	CIPA	1	2,4%	2,4%
	CC	5	12,2%	12,2%
Total		41	100,0%	100,0%

Fonte: Elaborada pelo autor (2013).

Alguns colaboradores mencionaram não ter comunicado o acidente. Quando questionado sobre tal prática os profissionais apontaram como motivos o hospital não ter

SESMT (41,7); medo (25%) e falta de tempo (25%). Cabe ressaltar que somente 12 (doze) colaboradores mencionaram não ter informado a ocorrência do acidente.

Tabela 23 – Motivos de não comunicar o acidente

	Repostas		% dos casos	
	N	%		
Quais os motivos?	Medo	3	25,0%	27,3%
	Indiferença	1	8,3%	9,1%
	Tempo	3	25,0%	27,3%
	Hospital não tinha SESMT	5	41,7%	45,5%
Total	12	100,0%	109,1%	

Fonte: Elaborada pelo autor (2013).

Foi realizado o cruzamento das tabelas “sentimentos” e “causa” dos acidentes e percebido que do total de 45 (quarenta e cinco) respondentes 56% apontaram o acidente foi uma fatalidade.

Tabela 24 – Sentimentos versus causa dos acidentes

		Causas dos acidentes				Total
		Falha Minha	Falha da Empresa	Tinha que Acontecer/Fatalidade	Outros	
Qual o sentimento que lhe veio a mente? ^a	Medo	11	4	25	9	45
	Desespero	1	2	6	3	12
	Raiva	0	0	2	4	6
	Angustia	6	3	4	4	14
	Pena	1	0	1	0	1
	Constrangimento	2	0	2	1	5
	Outros	1	0	5	2	8
Total		12	4	32	10	54

Fonte: Elaborada pelo autor (2013).

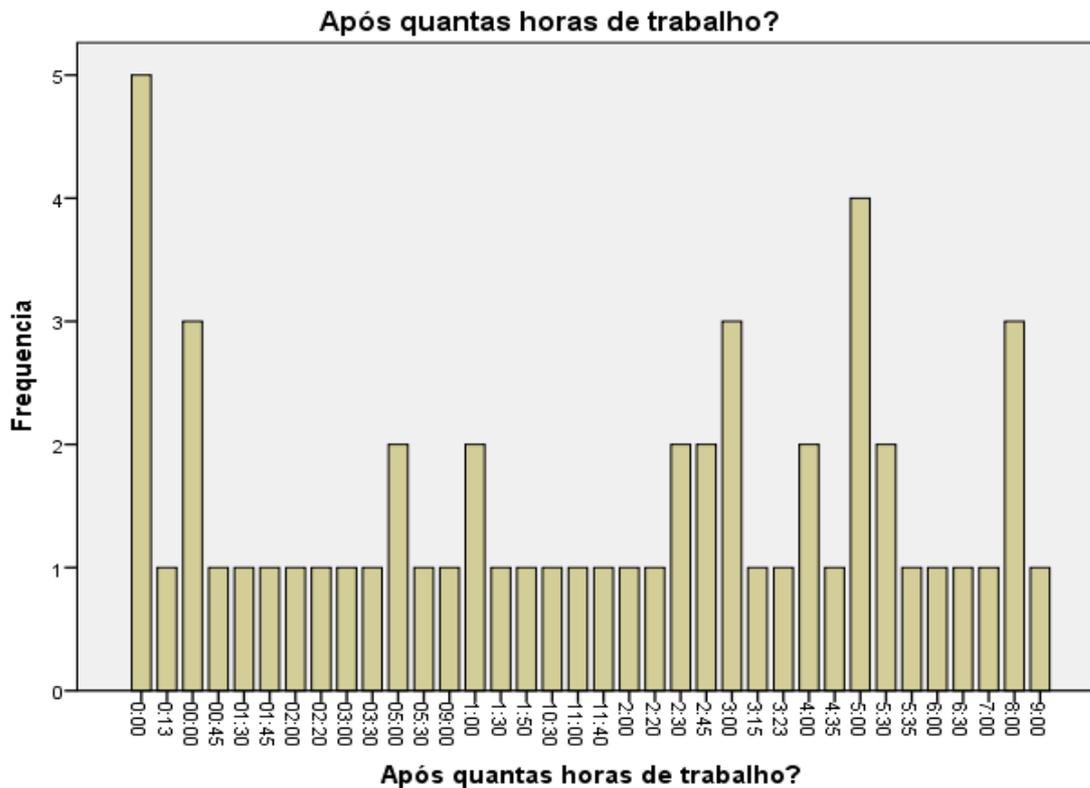
Importante perceber com o gráfico abaixo que a maioria dos acidentes ocorreu nos primeiros minutos de trabalho, quando se tratou de acidente ocorrido especificamente na atividade laboral.

Por meio do conhecimento destes dados as gerências dos setores poderão tomar as seguintes providências visando eliminar tal problemática na Instituição de saúde:

- a) solicitar aos colaboradores que cheguem aos setores antes do horário, visando realizar o que se conhece por “passagem de plantão” de maneira tranquila e harmoniosa evitando atropelos geradores de acidentes;

- b) montar uma equipe que se responsabilize por realizar ginástica laboral antes do início do plantão, objetivando despertar do profissional que chegar ao seu posto de trabalho;
- c) observar se os dados da CAT estão corretos ou se deixaram de ser preenchidos, indicando erroneamente se os acidentes aconteceram, efetivamente, nos primeiros minutos;
- d) treinar constantemente os colaboradores;
- e) em último caso proceder com o processo de demissão com aqueles colaboradores que tenham dois trabalhos, ou mais, e estiverem com dificuldade de conciliar seus horários.

Gráfico 1 – Representação do tempo do acidente



Fonte: Elaborado pelo autor (2013).

A partir da Tabela 25 os questionamentos realizados e as tabelas expostas são referentes a aplicação do questionário ao gestor. Estes são os responsáveis diretamente pelos colaboradores acidentados, conforme o organograma (ANEXO B), possuindo em sua maioria nível superior e possuindo conhecimento sobre o procedimento a ser adotado em caso de acidentes envolvendo os seus liderados.

Na visão dos gerentes 90% dos procedimentos que geraram os acidentes tinham protocolos de execução e apenas 10% assumiram não possuir protocolo. Considerando os casos em que existem protocolos 66,7% afirmaram que a rotina de seus colaboradores sofreram alterações e 33,3% defenderam que nada mudou na rotina dos profissionais.

Tabela 25 – Existência de protocolo por alteração de rotina

		Você acredita que a Rotina sofreu Alterações?		Total
		Sim	Não	
Existia protocolo que gerou o acidente?	Sim	6 66,7%	3 33,3%	9 100,0%
	Não	1 100,0%	0 0,0%	1 100,0%
Total		7 70,0%	3 30,0%	10 100,0%

Fonte: Elaborado pelo autor (2013).

Na visão dos gerentes 70% dos profissionais usavam EPI no momento do acidente e os demais, 30% não faziam uso.

Tabela 26 – Uso de EPI

		Faziam uso de EPI?		Total
		Sim	Não	
Existia protocolo que gerou o acidente?	Sim	6 66,7%	3 33,3%	9 100,0%
	Não	1 100,0%	0 0,0%	1 100,0%
Total		7 70,0%	3 30,0%	10 100,0%

Fonte: Elaborada pelo autor (2013).

Na visão dos gestores 90%, conforme tabela 27, dos procedimentos eram cobertos por protocolos.

Tabela 27 – Existência de protocolo

		Frequência	%	% válido	% acumulado
Valid	Não	1	10,0	10,0	10,0
	Sim	9	90,0	90,0	100,0
	Total	10	100,0	100,0	

Fonte: Elaborada pelo autor (2013).

Na visão dos gestores os acidentes de trabalho ocorrem em sua maioria em função da “falha do colaborador” (50%) e pela “falta de monitoramento” (21,4) das chefias.

Tabela 28 – Causa do acidente na visão do gestor

		Responses		Percent of Cases
		N	Percent	
Causa do acidente? ^a	Falha do colaborador	7	50,0%	70,0%
	Falta orientação	1	7,1%	10,0%
	Falta monitoramento	3	21,4%	30,0%
	Decorrência do trabalho	1	7,1%	10,0%
	Outros	2	14,3%	20,0%
Total		14	100,0%	140,0%

Fonte: Elaborada pelo autor (2013).

Quando questionados sobre as alterações no comportamento dos funcionários após o acidente, os gestores afirmam que 88,9% dos profissionais passaram a ter mais atenção às normas e rotinas.

Tabela 29 – Alterações na visão do gestor

		Respostas		% dos casos
		N	%	
Quais alterações? ^a	Passou a ter mais atenção	8	88,9%	100,0%
	Outros	1	11,1%	12,5%
Total		9	100,0%	112,5%

Fonte: Elaborada pelo autor (2013).

Na opinião dos gestores os colaboradores, na ocorrência do acidente, são acometidos dos seguintes sentimentos: medo (41,2%); angustia (29,4%) e constrangimento (17,6%).

Tabela 30 – Sentimentos na visão dos gestores

		Respostas		% dos casos
		N	%	
Quais os sentimentos? ^a	Medo	7	41,2%	70,0%
	Desespero	1	5,9%	10,0%
	Angustia	5	29,4%	50,0%
	Constrangimento	3	17,6%	30,0%
	Outros	1	5,9%	10,0%
Total		17	100,0%	170,0%

Fonte: Elaborada pelo autor (2013).

Na opinião dos gestores os principais motivos que levam os colaboradores a não comunicarem os acidentes de trabalho, fato que contribui para a subnotificação, é o medo (37,5%); tempo (25%) e 12,5% representa indiferença com a ocorrência do acidente.

Tabela 31 – Motivos do não comunicado do acidente, na opinião do gestor

		Responses		% dos casos
		N	%	
Quais os motivos de não ter comunicado? ^a	Medo	3	37,5%	50,0%
	Indiferença	1	12,5%	16,7%
	Tempo	2	25,0%	33,3%
	Outros	2	25,0%	33,3%
Total		8	100,0%	133,3%

Fonte: Elaborada pelo autor (2013).

Na perspectiva de sentimentos dos 5 (cinco) gestores que apontaram o “medo” como predominância, todos passaram a ter mais atenção às normas, rotinas e procedimentos. Os que foram acometidos pela “angustia” também passaram a ter mais atenção às normas e rotinas.

Tabela 32 – Sentimentos por alterações na rotina

		Quais alterações? ^a		Total
		Passou a ter mais Atenção	Outros	
Quais os sentimentos? ^a	Medo	5	0	5
	Desespero	1	0	1
	Angustia	4	1	4
	Constrangimento	2	0	2
	Outros	1	0	1
Total		8	1	8

Fonte: Elaborada pelo autor (2013).

Quando questionada a opinião dos gerentes com relação ao fato da não comunicação do acidente de trabalho foi apontado o medo e o tempo como fatores limitadores do comunicado.

Tabela 33 – Sentimentos por motivos do não comunicado

		Quais os Motivos de não ter Comunicado? ^a				Total
		Medo	Indiferença	Tempo	Outros	
Quais os sentimentos? ^a	Medo	3	1	1	1	5
	Angustia	2	0	2	2	4
	Constrangimento	1	0	0	0	1
	Outros	1	0	0	1	1
Total		3	1	2	2	6

Fonte: Elaborada pelo autor (2013).

Os aspectos que contribuem para a subnotificação são diversos e na observação dos colaboradores foi possível detectar que 80% dos mesmos afirmaram que todos os acidentes foram notificados. Em contrapartida, 20% não o informaram.

Tabela 34 – Exposição a acidente sem comunicado

		Frequência	%	% válido	% acumulado
Valid	Não	44	80,0	80,0	80,0
	Sim	11	20,0	20,0	100,0
	Total	55	100,0	100,0	

Fonte: Elaborada pelo autor (2013).

Cruzando as informações de “sentimentos percebidos” e “motivos” da não comunicação foi possível constatar que os os motivos são resumidos em: **hospital não tinha SESMT, medo e tempo.**

Tabela 35 – Sentimentos e motivos de não comunicado do acidente

		Quais os Motivos?^a				Total
		Medo	Indiferença	Tempo	Hospital não tinha SESMT	
Qual o sentimento que lhe veio a mente?	Medo	3	1	3	5	11
	Desespero	1	1	0	1	3
	Raiva	0	0	1	1	2
	Angustia	1	1	1	2	4
	Constrangimento	0	0	0	1	1
Total		3	1	3	5	11

Fonte: Elaborada pelo autor (2013).

CONCLUSÃO

Após analisar os dados dos acidentes de trabalho da Instituição de saúde pesquisada foi possível observar os impactos que trazem os acidentes de trabalho para a vida social, pessoal e profissional dos trabalhadores. Esse desafio é exposto e ressaltado pela representação da classe feminina como grupo de risco possuindo resultados alarmantes de 92,7% dos acidentes ocorridos, indo de encontro as estatísticas do Ministério da Previdência Social, o qual afirma que a maioria dos acidentados fazem parte do quadro feminino. Acredita-se que a referida contradição ocorre em função da composição do quadro de colaboradores da unidade de saúde analisada, pois é composta essencialmente por mulheres.

Com base nos objetivos delimitados foi possível concluir que os acidentes ocorrem em cenário nos quais os atendimentos ou procedimentos acontecem com maior frequência como é o caso do Centro Cirúrgico e Centro Obstétrico, aqui entendidos como centros produtivos caracterizados como “blocos fechados”.

Situação alarmante e direcionadora de novos estudos é a delimitação da hora de maior incidência dos acidentes ser no início do plantão. Foi observado que o quantitativo maior de acidentes ocorre nos primeiros minutos de trabalho do colaborador. Assim, sugere-se a realização de sensibilização nos primeiros momentos de trabalho dos profissionais: a implantação, com apoio de especialistas, de ginástica laboral, a observação dos aspectos dos colaboradores que são advindos de outras unidades de saúde, dentre outras ações.

Dos acidentes foi observado que a grande maioria era considerado *típico*, sendo representado por 84% dos mesmos. Os demais complementam o total, sendo distribuídos entre os tipos de trajeto e doenças relacionadas ao trabalho.

Forte discussão pode ocorrer com as partes atingidas dos profissionais, pois os membros superiores (23%) e os olhos (13%) aparecem como destaque entre as incidências das partes afetadas sendo o corte, laceração os mais representativos da pesquisa realizada, apresentando 65,5% do total pesquisado. A perda de diminuição dos sentidos segue a escala dos diagnósticos apresentados com 10,9% do total.

Percebeu-se grande alinhamento entre as visões dos acidentados da unidade pesquisada, pois com relação ao questionamento sobre os sentimentos experimentados pelos colaboradores no momento do acidente, 48,9 % dos colaboradores referiram o medo como sentimento sentido. Para os gerentes o percentual foi de 41,2%, comprovando que a perspectiva do acidente é compartilhada pela unidade de saúde. A angústia para os colaboradores representou 14,9% e para os gerentes 29,4%.

Assim, é possível afirmar que há forte interação e entrelaçamento com relação aos sentimentos experimentados na hora do acidente pelos colaboradores onde esta situação favorece o gerenciamento dos acidentes, reduzindo os fatores negativos da gestão, inclusive a questão da subnotificação.

Com relação as causas dos acidentes, foi possível observar que os colaboradores entendem que o acidente de trabalho é uma fatalidade. Este pensamento atinge 55,2% dos colaboradores entrevistados, enquanto 20,7% entendem que o acidente foi uma falha do profissional, assumindo a culpa pela ocorrência do fato.

Para os gestores a causa dos acidentes é motivada por falha do colaborador, representada por 50% dos casos e falta de monitoramento da chefia (21,7%). Observa-se nesta questão forte desalinhamento dos envolvidos .

Conclusão importante desta pesquisa é a de que os acidentes de trabalho considerados *típicos* não são, na unidade pesquisada, fatores de absenteísmo ou rotatividade, pois os colaboradores deste tipo de acidente não apresentam afastamento de suas atividades laborais.

Observou-se que as subnotificações são geradas, no estudo em questão, por medo ou falta de tempo do colaborador. Assim, faz-se necessário um reforço entre as lideranças da Instituição no sentido de melhorar os laços profissionais e motivar a equipe a notificar o acidente de trabalho, demonstrando a sua importância para a gestão e para os registros da previdência.

Para a organização ,a subnotificação representa uma forte ameaça no sentido de perder a oportunidade de gerir tais desafios e propiciar ambiente insalubre e perigoso aos colaboradores.

Conforme exposto, urge tomar decisões acertadas para o controle e elaboração de um plano completo de prevenção de acidentes de trabalho estimulado pela equipe do SESMT, CIPA, CCIH e todos os profissionais envolvidos no processo, onde o ideal seria eliminar a incidência de acidentes.

Destarte, os gestores poderiam se utilizar de ferramentas nas quais pudessem ir ao encontro da gestão para redução dos acidentes de trabalho como se reunir com o SESMT, estimular o comprometimento da equipe, incentivar o uso de EPI e EPC, apresentar as normas de segurança, discutir sobre os acidentes, fatos geradores, causas e possíveis soluções e participar das decisões da CIPA, dentre outras ações.

REFERÊNCIAS

- AENOR. **OHSAS 18001 La percepción de las empresas certificadas**. Disponível em: <https://www.aenor.es/Documentos/Comercial/Archivos/NOV_DOC_Tabla_AEN_18038_1.pdf>. Acesso em: 18 set. 2013.
- ALMEIDA, Ideberto Muniz; JACKSON FILHO, José Marçal. Acidentes e sua prevenção. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 32, n. 115, p. 7-18, 2007.
- ALVES-MAZZOTTI, Alda Judith; GEWANDSZNAJDER, Fernando. **O método nas ciências naturais e sociais: Pesquisa Quantitativa e Qualitativa**. São Paulo: Pioneira Thomson, 2001.
- ANDRES F, Vanda Elisa; SARQUIS, Leila Maria Mansano. **Os sentimentos vivenciados após exposição ocupacional entre os trabalhadores de saúde: fulcro para repensar o trabalho em Instituições de Saúde**. São Paulo, 2010.
- ANUÁRIO ESTATÍSTICO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL. Ministério da Previdência Social, Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social, ano 1 (1988/1992). Brasília: MPS/DATAPREV, 1993, 2010.
- BASTOS, Antonio Virgílio; LIRA, Sidnei Barbosa. Comprometimento no Trabalho: Um estudo de caso em uma Instituição de serviços na área de Saúde. **O&S**, v. 4, n. 9 maio/ago. 1997.
- BINDER, Maria Cecília P.; CORDEIRO, Ricardo. Sub-registro de acidentes do trabalho em localidade do Estado de São Paulo, 1997. **Revista de saúde pública**, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 409-416, 2003.
- BORGES, Luzeni Pereira; LAS CASAS, Alexandre Luzzi. **Evidência física no contexto hospitalar como fator de qualidade do Serviço**. São Paulo.
- BOSI, Noemia. Acidente de trabalho. In: **Universo jurídico: Instituto de Ensino Superior de Nova Venécia**. Nova Venécia: UNIVEN, p. 91-100, jan./jun. 2007.
- CAMELO, Silvia Helena Henriques; ANGERAMI, Emília Luigia Saporiti. Riscos Psicossociais no trabalho que podem levar ao estresse: uma análise da literatura. **Ciênc. cuid. saúde**, v. 7, n. 2, p. 232-240, abr./jun. 2008.
- CHERUBIN, Niversindo Antonio. **Hospitais do Brasil**. São Paulo: São Camilo, 1976.
- CHERUBIN, Niversindo Antonio; SANTOS, Nario Augusto dos. **Administração hospitalar: fundamentos**. 3. ed. São Paulo: São Camilo, 2002.
- CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Disponível em: <http://www.cns.org.br/links/DADOS_DO_SETOR.htm>. Acesso em: 9 abr. 2013.

CONSOLIDAÇÃO DAS LEIS DO TRABALHO. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del5452compilado.htm>. Acesso em: 26 jan. 2012.

CONSTITUIÇÃO FEDERAL DO BRASIL. 1998. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 9 abr. 2013.

CORDEIRO, Ricardo; SAKATE, Mirian; CLEMENTE, Ana Paula Grotti; DINIZ, Cíntia Ségre; DONALISIO, Maria Rita. Subnotificação de acidentes do Trabalho não fatais em Botucatu, SP, 2002. **Revista de saúde pública**, São Paulo, v. 39, n. 2, p. 254-260, 2005.

COSTA, Fabio Assumpção. In: FELDMAN, Liliane Bauer (Org.). **Gestão de risco e segurança hospitalar**: Prevenção de danos ao Paciente, Notificação, Auditoria de Risco, Aplicabilidade de Ferramentas, Monitoramento. São Paulo: Martinari, 2008.

CUNHA; Isabel Cristina Kowal Olm; RUTHES, Rosa Maria. **Gestão de risco e segurança hospitalar**: Prevenção de danos ao Paciente, Notificação, Auditoria de Risco, Aplicabilidade de Ferramentas, Monitoramento. São Paulo: Martinari, 2008.

DELGADO, José Augusto. **A Constituição federal e o acidente de trabalho**: interpretação do art. 7º, inciso XXVIII, da C.F de 1988. BDjur, Brasília, DF, 2008. Disponível em:
<http://bdjur.stj.gov.br/xmlui/bitstream/handle/2011/18077/Constitui%C3%A7%C3%A3o_Federal_Acidente.pdf?sequence=3>. Acesso em: 15 jan. 2012.

DI TIZIO, Ideli Raimundo. **Saúde**. Disponível em:
<<http://www.ditizio.adv.br/DP/aula10.pdf>>. Acesso em: 2 abr. 2013.

ELIAS, Marisa Aparecida; NAVARRO, Vera Lucia. A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola. **Revista latino-am enfermagem**, São Paulo, v. 14, n. 4, p. 514-525, jul./ago. 2006.

ERGOMAISS SOLUÇÕES ERGONÔMICAS. **O que é ergonomia?** Disponível em:
<<http://www.ergomais.com.br>>. Acesso em: 30 nov. 2013.

FELDMAN, Liliane Bauer (Org.). **Gestão de risco e segurança hospitalar**: Prevenção de danos ao Paciente, Notificação, Auditoria de Risco, Aplicabilidade de Ferramentas, Monitoramento. São Paulo: Martinari, 2008.

FERNANDES, Idália Landim; TEIXEIRA, Francisco Lima Cruz. Segurança no trabalho em contextos de mudanças tecnológicas e gerenciais. **Organizações & Sociedade**, jun. 1996.

FERNANDEZ, Henrique Montserrat. **A perda do conhecimento originada pelo alto Turnover**. São Paulo.

FIO CRUZ. **Riscos biológicos**. Disponível em:
<http://www.fiocruz.br/biosseguranca/Bis/lab_virtual/riscos_biologicos.html>. Acesso em: 29 abr. 2013.

FIO CRUZ. **Riscos biológicos**. Disponível em:

<http://www.fiocruz.br/biosseguranca/Bis/lab_virtual/riscos_ergonomicos.html>. Acesso em: 10 set. 2013.

FLICK, Owe. **Uma introdução à pesquisa qualitativa**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2004.

GONCALVES, Paulo. Acidente de Trabalho – Agente Biológico. **Vox forensis**, Espírito Santo do Pinhal, v. 3, n. 1, p. 6-22, 2010.

HADDAD, Ana Ester et al. Formação de Profissionais de saúde no Brasil: uma análise no período de 1991 a 2008. **Revista de Saúde Pública**, 2009.

LA FORGIA, Gerard M.; COUTTOLENC, Bernard F. **Desempenho hospitalar no Brasil: em busca da excelência**. São Paulo: Singular, 2009.

LIEBHARDT, Marcelo Ernesto. O Financiamento da Saude no Brasil. In: **Para entender a saúde no brasil IV**. São Paulo: LCTE, 2011. 370 p.

LLAPA-RODRÍGUEZ, Eliana Ofélia; TREVIZAN, Maria Auxiliadora; SHINYASHIKI, Gilberto Tadeu. Reflexões conceituais sobre comprometimento organizacional e profissional no Setor de Saúde. **Revista Latino-am Enfermagem**, v. 16, n. 3, maio/jun. 2008.

LUCCA, Sergio R. de.; MENDES, René. **Epidemiologia dos acidentes do trabalho fatais em área metropolitana da região sudeste do Brasil, 1979-1989**.

MANUAL DO COLABORADOR. **Manual do colaborador** – 40 anos. São Camilo: Hospital Cura d’Ars. 2012.

MARTINEZ, Maria Carmem; PARAGUAY, Ana Isabel Bruzzi Bezerra; LATORRE, Maria do Rosário Dias de Oliveira. Relação entre satisfação com aspectos psicossociais e saúde dos trabalhadores. **Rev. Saúde Pública**, v. 38, n. 1, p. 55-61 55, 2004.

MARTINS NETO, Edgar. **Ergonomia**. São Paulo, 2013.

MARZIALE, Maria Helena P.; RODRIGUES, Christiane Mariane. A Produção científica sobre os acidentes de trabalho com material perfurocortante entre trabalhadores de enfermagem. **Revista Latino-am Enfermagem**, São Paulo, v. 10, n. 4, p. 571-577, jul./ago. 2002.

MATTOS, Pedro Lincoln. A estruturação de Dissertações e Teses em Administração: caracterização teórica e sugestões práticas. **RAC**, v. 6, n. 3, p. 175-198, set./dez. 2002.

MEDICI, Andre C. Registros eletrônicos de saúde: Uma ferramenta a favor da universalização e da transparência, In: **Para entender a saúde no Brasil IV**. São Paulo: LCTE, 2011. 370 p.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. Hucitec: São Paulo, 2007.

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL. Disponível em:
<<http://www.mps.gov.br/conteudoDinamico.php?id=39>>. Acesso em: 13 mar. 2012.

_____. Disponível em: <http://www1.previdencia.gov.br/aeps2006/15_01_03_01.asp>.
Acesso em: 2 maio 2012.

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO. **Riscos biológicos guia técnico**: os riscos biológicos no âmbito da norma regulamentadora 32. Brasília, 2008. Disponível em:
<http://portal.mte.gov.br/data/files/FF8080812BCB2790012BD509161913AB/guia_tecnico_cs3.pdf>. Acesso em: 29 nov. 2013.

MORIN, Edgar. **Ciência com consciência**. 7. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003.

OHSAS. Disponível em:
<http://www.bsibrasil.com.br/certificacao/sistemas_gestao/normas/bs_ohsas18001>. Acesso em: 18 set. 2013.

_____. Disponível em: <<http://www.ebah.com.br/content/ABAAAAYx8AJ/ohsas-18001?part=2>>. Acesso em: 10 ago. 2013.

OLIVEIRA, Marcia Aparecida. et al. Gestão de Riscos. In: LEÃO, Eliseth Ribeiro et al. (Orgs.). **Qualidade em saúde e indicadores como ferramentas de gestão**. São Paulo: Yendis, 2008.

OLIVEIRA, Sonia Aguiar Antunes de; PAIVA, Rebeca Fernandes Rocha. Possibilidade de diminuir o turnover da equipe de enfermagem nos serviços hospitalares. **Revista Gestão & Saúde**, Curitiba, v. 2, n. 1, p. 60-73, 2011.

PORTER, Michael E.; TEISBERG, Elizabeth Olmsted. **Repensando a Saúde**: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos. Trad. Cristina Bazan. Porto Alegre: Bookman, 2007.

SALTM, Celso Amorim. Estatísticas sobre doenças e acidentes de trabalho no Brasil: limites e possibilidades. In: Seminários nacionais sobre doenças e acidentes de trabalho no Brasil: situação e perspectivas, 2000, São Paulo. **Anais...** São Paulo: Fundacentro. Centro Técnico Nacional, 2000.

SANTANA, Vilma Sousa et al. A utilização de serviços de saúde por acidentados de trabalho. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 32, n. 115, p. 135-143, 2007.

SÃO CAMILO FORTALEZA. Disponível em:
<<http://www.saocamilofortaleza.org.br/servicos/especialidades>>. Acesso em: 16 abr. 2013.

SILVA, Cristiane Pavanello Rodrigues; NORA, Andréa Mazzela. Indicadores de qualidade, In: . LEÃO, Eliseth Ribeiro et al. (Orgs.). **Qualidade em Saúde e indicadores como ferramentas de gestão**. São Paulo: Yendis, 2008.

SILVA, et al. Acidentes com material biológico relacionados ao trabalho: análise de uma abordagem institucional. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 36, n. 124, p. 265-273, 2011.

TOUSSAINT; GERARD, Roger A. **Uma transformação na saúde**: como reduzir custos e oferecer um atendimento inovador. Porto Alegre: Bookman, 2012. 162p.

TRABALHOS FEITOS. **Trabalhos feitos.com**. Disponível em:
<<http://www.trabalhosfeitos.com/ensaios/Riscos-Mec%C3%A2nicos/130158.html>>. Acesso em: 29 abr. 2013.

VIEIRA, Ana Paula Mirarchi; KURCGANT, Paulina. Indicadores de qualidade no gerenciamento de recursos humanos em enfermagem: elementos constitutivos segundo percepção de enfermeiros. **Acta Paul Enferm**, v. 23, n. 1, p. 11-15, 2010.

ZUCCHI, Paola; MWAMAKAMBA, Lutufyo Witson. Avanços de Sustentabilidade em Saúde no Brasil. In: **Para entender a Saúde no Brasil IV**. São Paulo: LCTE, 2011. 370 p.

APÊNDICE A – Questionário colaborador

Prezado colaborador, este questionário objetiva contribuir para a pesquisa de Antonio Adriano Alves de Souza, aluno do Mestrado acadêmico em Administração de Empresas na Universidade de Fortaleza (UNIFOR) e tem como objetivo geral: “Comparar as percepções da empresa e do trabalhador quanto aos acidentes de trabalho verificando a existência de relação entre o alinhamento da empresa/trabalhador e a quantidade de acidentes, no período de 2008 a 2011”.

ATENÇÃO: As respostas devem considerar a data do acidente

A. Existe protocolo/rotina do procedimento que gerou o acidente?

1. Não 2. Sim

B. Na sua opinião, o acidente foi causado por:

1. Falha Minha
2. Falha da Empresa
3. Falta de acompanhamento de superior com relação ao uso de Equipamento de Proteção Individual (EPI)
4. Ter que acontecer, não existiu culpado
5. Outros(as):

C. Sua rotina de trabalho sofreu alterações após o acidente?

1. Sim (responda o item D) 2. Não (Responda o item E)

D. Quais alterações?

1. Passei a ter mais atenção as normas e rotinas;
2. Cumprimento do Procedimento Operacional Padrão (POP);
3. Mudei para pior, pois não tive mais atenção ao que fazia.
4. Outros(as):

E. Usava Equipamento de Proteção Individual (EPI)?

1. Sim
2. Não

F. Quando aconteceu o acidente você comunicou a sua família?

1. Sim, responda o item H
2. Não, responda o item G

G. Porque?

H. Qual a reação dos parentes mais próximos?

1. Apoio – Você percebeu que eles estiveram próximos em todos os momentos;
 2. Desprezo – Você percebeu que houve sentimento de rejeição ou desprezo;
 3. Indignação – Eles demonstraram raiva e indignação pelo ocorrido.
 4. Outros(as):
-

I. No acidente, quais foram os sentimentos e/ou percepções que lhe vieram a mente?

1. Medo
 2. Desespero
 3. Raiva/Ódio
 4. Angústia
 5. Pena
 6. Constrangimento
 7. Outros, quais?
-
-
-

J. Você sabia que tinha que informar o acidente imediatamente?

1. Sim (Responda a próxima, item K)
2. Não (responda o item L)

K. Como tomou conhecimento?

L. Após o acidente, você se sentiu apoiado pela Instituição que trabalha?

1. Sim 2. Não

M. Você já foi exposto a algum tipo de acidente de trabalho e não realizou a abertura do **Comunicado de Acidente de Trabalho**?

1. Sim, responda o próximo item N 2. Não, responda o item O

N. Quais os motivos de não ter comunicado?

1. Medo – Receio do chefe chamar atenção;
 2. Indiferença - Sabia que nada ia melhorar ou mudar;
 3. Tempo – Tinha muitas atividades a realizar e acabei não tendo tempo para comunicar;
 4. Outros (as):
-

O. Como se classificava, na época do acidente, o seu ambiente de trabalho com relação aos seguintes fatores:

Iluminação	Ruído	Vibrações	Condições atmosféricas
Muito boa ()	Excessivo ()	Excessivo ()	Excelentes ()
Boa ()	Forte ()	Forte ()	Boas ()
Sem opinião ()	Sem opinião ()	Sem opinião ()	Sem opinião ()
Suficiente ()	Fraco ()	Fraco ()	Razoáveis ()
Insuficiente()	Inexistente ()	Inexistente ()	Más ()

APÊNDICE B – Questionário gerente

Prezado Gerente, este questionário objetiva contribuir para a pesquisa de Antonio Adriano Alves de Souza, aluno do Mestrado acadêmico em Administração de Empresas na Universidade de Fortaleza (UNIFOR) e tem como objetivo geral: “Comparar as percepções da empresa e do trabalhador quanto aos acidentes de trabalho verificando a existência de relação entre o alinhamento da empresa/trabalhador e a quantidade de acidentes, no período de 2008 a 2011”.

ATENÇÃO: As respostas devem considerar o conhecimento referente aos colaboradores que ficam subordinados diretamente

A. Existia protocolo/rotina do procedimento que gerou o acidente?

1. Sim 2. Não

B. Na sua opinião, os acidentes que ocorrem na Instituição de Saúde são causados em decorrência de que?

1. Falha/Ação/Omissão dos colaboradores;
 2. Falta de orientação da empresa;
 3. Falta de monitoramento por parte das gerências e coordenadores, com relação ao uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI);
 4. Decorrência do trabalho, por tanto tem que acontecer;
 5. Outros (as):
-

C. Você acredita que a rotina de trabalho, do profissional acidentado, sofreu alterações após a ocorrência do acidente?

1. Sim (Responda o item D) 2. Não (Responda o item E)

D. Quais alterações foram percebidas?

1. Passou a ter mais atenção na realização das normas;
2. Passou a cumprir o Manual de Procedimentos Padrão (POP);
3. Mudou para pior;

4. Outras (os):

E. Pelo seu conhecimento e observação do grupo de colaboradores, você acredita que eles faziam uso do EPI?

1. Sim 2. Não

F. Na ocorrência de acidente, você acredita que o colaborador comunicou a família?

1. Sim, responda o item H 2. Não, responda o item G

G. Porque?

H. Qual o sentimento/reação você acredita que os parentes expressaram?

1. Apoio
2. Desprezo
3. Indignação com a Instituição
4. Outros(as):

I. No momento do acidente, quais são os sentimentos e/ou percepções que você acredita que veio a mente do colaborador acidentado?

1. Medo
2. Desespero
3. Raiva/Ódio
4. Angústia
5. Pena
6. Constrangimento
7. Outros?

J. Você orienta aos colaboradores que eles comuniquem a ocorrência do acidente, imediatamente?

1. Sim (Responda a próxima, item K)
2. Não (responda o item L)

K. Como ocorre essa comunicação (através de que)?

L. No momento do acidente, e no pós acidente, você (Instituição) acompanhou o profissional?

1. Sim
2. Não

M. Há incidência de acidentes de trabalho **sem** a abertura do **Comunicado de Acidente de Trabalho**?

1. Sim, responda o item N
2. Não, responda o item O

N. Quais os motivos da omissão?

1. Medo – Receio de ser chamado atenção;
 2. Indiferença - Sabe que nada vai mudar ou melhorar;
 3. Tempo – Tinha muitas atividades a realizar e acaba não tendo tempo para comunicar;
 4. Outros(as):
-

ANEXO A – Comunicado de acidente de trabalho



PREVIDÊNCIA SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DO TRABALHO - CAT

1- Emitente

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

2- Tipo de CAT

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

I - EMITENTE

Empregador

3- Razão Social /Nome

4- Tipo 1- CGC/CNPJ 2- CEI 3- CPF 4-NIT

5- CNAE

6- Endereço - Rua/Av.

Complemento (continuação)

Bairro

CEP

7- Município

8-UF

9- Telefone

Acidentado

10- Nome

11- Nome da mãe

12- Data de nasc.

13- Sexo

1- Masc. 3- Fem.

14- Estado civil

1- Solteiro 2- Casado 3- Viúvo
4- Sep. judic. 5- Outro
6 - Ignorado

15- CTPS- Nº /Série/ Data de emissão

16- UF

17- Remuneração Mensal

18- Carteira de Identidade

Data de emissão

Órgão Expedidor

19- UF

20- PIS/PASEP/NIT

21- Endereço - Rua/Av/

Bairro

CEP

22- Município

23- UF

24- Telefone

25- Nome da ocupação		26- CBO consulte CBO	27- Filiação à Previdência Social 1- Empregado 2- Tra. avulso 7- Seg. especial 8- Médico residente		28- Aposentado? 1- sim 2- não	29- Áreas 1- Urbana 2- Rural
Acidente ou Doença						
30- Data do acidente	31- Hora do acidente	32- Após quantas horas de trabalho?		33- tipo 1-Típico 2- Doença 3- Trajeto		34- Houve afastamento? 1-sim 2-não
35- Último dia trabalhado	36- Local do acidente	37 - Especificação do local do acidente			38- CGC/CNPJ	39- UF
40-Município do local do acidente		41-Parte(s) do corpo atingida(s)		42- Agente causador		
43- Descrição da situação geradora do acidente ou doença				44- Houve registro policial ? 1- sim 2- não		
				45- Houve morte ? 1- sim 2- não		
Testemunhas						
46- Nome						
47- Endereço - Rua/Av/nº/comp.						
Bairro		CEP	48- Município		49- UF	Telefone
50- Nome						
51- Endereço - Rua/Av/nº/comp.						
Bairro		CEP	52- Município		53- UF	Telefone
Local e data			Assinatura e carimbo do emitente			
II - ATESTADO MÉDICO Deve ser preenchido por profissional médico.						
Atendimento						
54- Unidade de atendimento médico				55-Data	56- Hora	
57- Houve internação 1-sim 2- não	58- Duração provável do tratamento dias		59- Deverá o acidentado afastar-se do trabalho durante o tratamento? 1-sim 2-não			

Lesão			
60- Descrição e natureza da lesão			
Diagnóstico			
61- Diagnóstico provável			62- CID-10
63- Observações:			
Local e data		Assinatura e carimbo do médico com CRM	
III - INSS			
64- Recebida em	65- Código da Unidade	66-Número do CAT	Notas: 1- A inexatidão das declarações desta comunicação implicará nas sanções previstas nos artigos. 171 e 299 do Código Penal. 2- A comunicação de acidente do trabalho deverá ser feita até o 1º dia útil após o acidente, sob pena de multa, na forma prevista no art. 22 da Lei nº 8.213/91.
67- Matrícula do servidor	Assinatura do servidor		
Matricula			
A COMUNICAÇÃO DO ACIDENTE É OBRIGATÓRIA, MESMO NO CASO EM QUE NÃO HAJA AFASTAMENTO DO TRABALHO			

ANEXO B – Organograma Hospital São Camilo

