

Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

**SINISTRALIDADE LABORAL:  
UM ESTUDO DE CASO EM AMBIENTE HOSPITALAR**

Lisa Maria Baptista Afonso Rodrigues Pires

Dissertação de Mestrado em Saúde Ocupacional, orientada pelo Professor Doutor António Jorge Correia de Gouveia Ferreira, coorientada pelo Professor Doutor Néilson Bruno Martins Marques da Costa e apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

julho de 2019



UNIVERSIDADE DE  
**COIMBRA**



## AGRADECIMENTOS

---

A todos os elementos do Serviço de Medicina do Trabalho e Saúde Ocupacional do Centro Hospitalar do Baixo Vouga pela sua colaboração.

Ao Professor Doutor António Jorge pelo incentivo e disponibilidade demonstrada.

Ao Professor Doutor Néilson Costa pelo apoio, paciência e partilha de conhecimentos.

## ÍNDICE GERAL

---

ÍNDICE DE FIGURAS .....	V
ÍNDICE DE TABELAS .....	VI
ÍNDICE DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS .....	VII
RESUMO .....	VIII
ABSTRACT .....	IX
1. INTRODUÇÃO .....	1
1.1. DEFINIÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO .....	3
1.2. PARTICIPAÇÃO DO ACIDENTE DE TRABALHO E POSSÍVEIS CONSEQUÊNCIAS .....	5
1.3. ENQUADRAMENTO EPIDEMIOLÓGICO .....	7
1.4. RISCOS EM MEIO HOSPITALAR .....	10
a) Biológicos .....	10
b) Físicos .....	11
c) Químicos .....	11
d) Mecânicos .....	11
e) Psicossociais .....	11
f) Ergonômicos .....	12
1.5. OBJETIVOS DO ESTUDO .....	13
2. MATERIAIS E MÉTODOS.....	14
3. RESULTADOS.....	17
3.1. CARACTERIZAÇÃO DOS TRABALHADORES DO CENTRO HOSPITALAR .....	17
3.2. ACIDENTES DE TRABALHO .....	19
3.2.1. CARACTERÍSTICAS DOS SINISTRADOS .....	19
3.2.2. CARATERÍSTICAS DOS ACIDENTES DE TRABALHO .....	21
3.2.3. CONSEQUÊNCIAS DOS ACIDENTES DE TRABALHO .....	28
3.2.4. ÍNDICES DE SINISTRALIDADE .....	29
4. DISCUSSÃO.....	32
4.1. LIMITAÇÕES DO ESTUDO .....	34
5. CONCLUSÃO.....	36
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	40

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1:</b> Esquema representativo da possível evolução do dano após acidente de trabalho.....	6
<b>Figura 2:</b> Possíveis consequências para a capacidade de trabalho do sinistrado após acidente .	7
<b>Figura 3:</b> Distribuição dos trabalhadores por idade e género .....	17
<b>Figura 4:</b> Distribuição dos trabalhadores por categoria profissional.....	18
<b>Figura 5:</b> Distribuição dos trabalhadores em função da antiguidade na instituição (anos) .....	18
<b>Figura 6:</b> Distribuição do nº de acidentes de trabalho por idade e género do sinistrado .....	19
<b>Figura 7:</b> Distribuição do nº de acidentes de trabalho segundo a categoria profissional do sinistrado.....	19
<b>Figura 8:</b> Distribuição do nº de acidentes de trabalho em função da antiguidade do sinistrado (anos).....	20
<b>Figura 9:</b> Distribuição do nº de acidentes de trabalho por local de ocorrência .....	21
<b>Figura 10:</b> Distribuição do nº de acidentes de trabalho em função da hora aproximada de ocorrência .....	22
<b>Figura 11:</b> Distribuição do nº de acidentes de trabalho pelos dias da semana .....	22
<b>Figura 12:</b> Distribuição do nº de acidentes de trabalho face ao último dia de descanso .....	22
<b>Figura 13:</b> Distribuição mensal do nº de acidentes de trabalho .....	23
<b>Figura 14:</b> Distribuição do nº de acidentes de trabalho segundo a forma da lesão .....	24
<b>Figura 15:</b> Distribuição do nº de acidentes de trabalho segundo o agente material da lesão ..	25
<b>Figura 16:</b> Distribuição do nº de acidentes de trabalho segundo a natureza da lesão .....	26
<b>Figura 17:</b> Índice de frequência mensal relativo aos AT de 2016 e 2017 .....	29
<b>Figura 18:</b> Índice de gravidade mensal relativo aos AT de 2016 e 2017 .....	30
<b>Figura 19:</b> Índice de avaliação de gravidade mensal relativo aos AT de 2016 e 2017 .....	30

## ÍNDICE DE TABELAS

<b>Tabela 1:</b> Total de dias de ausência por acidente em serviço ou doença profissional por categoria profissional.....	9
<b>Tabela 2:</b> Distribuição do nº de acidentes de trabalho em função da categoria profissional e antiguidade na instituição, em anos .....	20
<b>Tabela 3:</b> Distribuição do nº de acidentes de trabalho em função da forma da lesão e categoria profissional.....	24
<b>Tabela 4:</b> Distribuição do nº de acidentes de trabalho segundo a causa .....	26
<b>Tabela 5:</b> Distribuição do nº de acidentes de trabalho em função da forma e localização da lesão .....	27
<b>Tabela 6:</b> Distribuição do nº de acidentes de trabalho em função das suas consequências .....	28
<b>Tabela 7:</b> Consequências dos acidentes de trabalho em função da categoria profissional .....	28
<b>Tabela 8:</b> Consequências dos acidentes de trabalho em função da natureza da lesão .....	29

## **ÍNDICE DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS**

AT: Acidente (s) de Trabalho  
AO: Assistente Operacional  
AAM: Auxiliar de Ação Médica  
DL: Decreto-Lei  
DP: Doença (s) Profissional (ais)  
EPI: Equipamento de Proteção Individual  
IPA: incapacidade permanente absoluta  
IPP: incapacidade permanente parcial  
ITA: incapacidade temporária absoluta  
ITP: incapacidade temporária parcial  
RU: Relatório Único  
SIES: Serviço de Instalações e Equipamentos  
SST: Saúde e Segurança do Trabalho  
SI: Sem incapacidade  
SNS: Sistema Nacional de Saúde  
TDT: Técnico de Diagnóstico e Terapêutica

## RESUMO

---

**Introdução:** Os acidentes de trabalho são fenómenos frequentes e têm um grande impacto no indivíduo, na sociedade e na economia. Pela natureza do ambiente de trabalho e do tipo de atividade, os hospitais são as instituições de saúde com maior sinistralidade laboral. Este trabalho pretende analisar a evolução e repercussão dos acidentes de trabalho num Centro Hospitalar da Região Centro do país.

**Métodos:** Foram considerados todos os acidentes de trabalho notificados entre 1 de janeiro de 2016 e 31 dezembro de 2017, com informação disponível no Serviço de Medicina do Trabalho e Saúde Ocupacional do Centro Hospitalar. Os dados foram recolhidos através da consulta dos registos informáticos e dos documentos em arquivo.

**Resultados:** Foram notificados 265 acidentes de trabalho. A maioria ocorreu no género feminino (82,3%), nas faixas etárias dos 45-54 anos (30,6%), em auxiliares de ação médica (38,5%) e em trabalhadores com menos de 10 anos de serviço (54,7%). O principal tipo de acidente foi a “luxação, entorse ou rotura” (29,8%) localizado “ao tronco, costas e órgãos internos” devido a “esforços excessivos ou movimentos em falso” (27,5%), relacionados com a “mobilização/ interação com o doente” (27,2%). As mãos foram a principal zona do corpo afetada (36,6%), particularmente nos acidentes por picada (segundo acidente mais comum). A maioria dos acidentes de trabalho ocorreu nos serviços de internamento, das 8h às 13h (53,6%). A segunda-feira foi o dia da semana com maior número de acidentes (21,5%) coincidindo, geralmente, com o primeiro dia de trabalho após o descanso semanal. A maioria dos acidentes não causou incapacidade (65,3%). As lesões como a “luxação, entorse ou rotura” foram as principais responsáveis pelos dias de trabalho perdidos (49,5%). O nº médio de dias de trabalho perdidos por acidente foi de 30,6. Tendo em conta a variabilidade dos índices de sinistralidade, não parece haver um mês ciclicamente crítico em termos de acidentes de trabalho.

**Discussão:** O maior número de acidentes no género feminino e em trabalhadores com menos de 10 anos de serviço reflete as características da população trabalhadora da instituição. Na maior parte dos estudos nacionais, a picada é o acidente de trabalho mais frequente e os enfermeiros são a categoria profissional mais afetada, ao contrário do que se verifica neste estudo. Os restantes resultados estão em conformidade com os estudos encontrados.

**Conclusão:** Deverão ser adotadas estratégias preventivas direcionadas, envolvendo medidas formativas, organizacionais e de gestão, de forma a reduzir a frequência e a gravidade dos acidentes de trabalho.

**Palavras-chave:** acidentes de trabalho; segurança no trabalho; ambiente hospitalar

## ABSTRACT

---

**Introduction:** Accidents at work are frequent phenomena and have a major impact on the individual, society and economy. Due to the nature of the work environment and the type of activity, the hospitals are the health institutions with the highest rate of accidents. This study aims to analyze the evolution and repercussion of work accidents in a Hospital Center in the Central Region of the country.

**Methods:** All work accidents reported between January 1, 2016 and December 31, 2017 and with available information at the Hospital Occupational Health Service, were considered. The data were collected by consulting the computer records and the documents on file.

**Results:** 265 work accidents were reported. The majority occurred in female (82.3%), in the 45-54 age groups (30.6%), in medical assistants (38.5%) and workers with less than 10 years of service (54.7%). The main type of accident was "dislocation, sprain or rupture" (29.8%) located "to the trunk, back and internal organs" due to "excessive efforts or wrong movements" (27.5%) related to "mobilization / interaction with the patient" (27.2%). The hands were the most affected (36.6%), particularly in accidents by needlestick (second most common accident). The majority of occupational accidents occurred in the hospital inpatient services, from 8:00 am to 1:00 pm (53.6%). Monday was the day of the week with the highest number of accidents (21.5%), usually coinciding with the first day of work after weekly rest. The majority of accidents did not cause disability (65.3%). Lesions such as "dislocation, sprain or rupture" were the main responsible for the lost workdays (49.5%). The average number of workdays lost per accident was 30.6. Taking into account the variability of accident rates, there does not seem to be a cyclically critical month in terms of accidents at work.

**Discussion:** The largest number of accidents in female and in workers with less than 10 years of service, reflects the characteristics of the working population at the institution. In most national studies, needlestick is the most frequent work accident and nurses are the most affected professional category, contrary to what is observed in this study. The remaining results are in accordance with the published studies.

**Conclusion:** Specific preventive strategies involving training, organizational and management measures should be adopted in order to reduce the frequency and severity of occupational accidents.

**Keywords:** accidents at work; safety at work; hospital environment

## 1. INTRODUÇÃO

---

O **trabalho** tem representado um papel de grande importância na história da humanidade, enquanto elemento determinante na inclusão social, na independência e autonomia econômica, valorização e realização pessoal dos cidadãos. Atualmente, o desempenho de uma atividade profissional continua a ser essencial para o exercício pleno da cidadania e para o desenvolvimento social (1).

Ao longo dos últimos anos têm ocorrido inúmeras alterações no funcionamento das organizações e dos seus processos de trabalho, nomeadamente um grande fluxo de trabalhadores entre os três setores de atividade econômica. A internet, ao anular as diferenças geográficas e temporais, deu origem a uma revolução no mercado de trabalho, a nível internacional e as tecnologias de informação estão a mudar radicalmente os modelos de relacionamento laboral. O trabalho deixou de se centrar na produção industrial em massa para se focalizar na prestação de serviços, com as inerentes implicações em matéria de competências e conhecimentos. Existe maior exigência no que respeita à produtividade, flexibilidade e redução de custos e, simultaneamente, uma maior exigência por parte dos consumidores. Os trabalhadores são cada vez mais solicitados a exercer diversas funções, a organização do tempo de trabalho sofre alterações e a estrutura de emprego regista uma desagregação não compatível com a melhoria das condições de trabalho (1). O aumento do trabalho independente, a diminuição dos contratos sem termo, o incremento do trabalho temporário e do trabalho parcial e a emergência de novas relações de poder, suportadas pelas qualificações ajustadas às exigências dos conteúdos, contribuem para a nova configuração do trabalho. As mudanças organizacionais e tecnológicas, associadas à terciarização e à globalização da economia mundial, têm colocado novos desafios às relações entre o trabalho e a saúde dos trabalhadores. Esta instabilidade no mercado de trabalho contribui, em certa medida, para o incremento dos perigos laborais a que os trabalhadores estão expostos, aumentando o risco de ocorrência de **acidente de trabalho (AT)**.

Os AT são fenómenos frequentes e têm um grande impacto no indivíduo, na sociedade e na economia. A ocorrência de um AT provoca um inexorável sofrimento ao trabalhador, quer físico quer psicológico, verificando-se uma redução da capacidade de trabalho, que pode culminar em absentismo laboral, por sua vez com repercussão negativa na produtividade da empresa, obrigada a aumentar as suas despesas na substituição de mão-de-obra e na reintegração profissional futura.

A tipologia dos AT de cada organização depende dos riscos específicos do contexto laboral (inerentes a qualquer situação de trabalho), da legislação de cada país, bem como de outros fatores que vão para além da atividade concreta dos trabalhadores.

A noção de “**perigo ou fator de risco**” associa-se à propriedade intrínseca de um componente material do trabalho de provocar dano na saúde do trabalhador (alínea g) do art.º 4 da Lei 102/2009, de 10 de setembro). Por sua vez, o “**risco**” laboral relaciona-se com a probabilidade de concretização desse dano em função das condições de utilização, exposição ou interação do componente material do trabalho perigoso (alínea h) do art.º 4 da Lei 102/2009, de 10 de setembro), ou seja, quanto maior o risco, maior a probabilidade de concretização do dano. O conceito de “**risco**” responde à necessidade de lidar com situações de perigo futuro, isto é, pretende possibilitar a antecipação das situações em que o perigo possa manifestar-se, implicando, portanto, um processo de valorização conjunta da probabilidade da sua ocorrência e da estimativa da gravidade dessa ocorrência.

Atualmente, considera-se que o AT ocorre pela conjugação de falhas latentes e falhas ativas, que formam cadeias complexas de acontecimentos que se vão acumulando ao longo do tempo (2-5):

- **Falhas latentes:** resultam da interação de um conjunto de elementos que se encontram dispersos no sistema, frequentemente pouco perceptíveis (condições externas, gestão/organização, envolvimento físico, fatores sociais/individuais e a interface homem-sistema) e que criam condições para a ocorrência do acidente.
  - **Condições externas:** ambiente familiar e social, contexto cultural, outras atividades (ex.: passatempos, outros empregos).
  - **Organização/ gestão:** necessidade de seleção e formação dos profissionais, nível de exigência das tarefas tendo em conta a experiência e os recursos humanos afetos às funções, grau de autonomia e responsabilidade dos trabalhadores, horário de trabalho (ex.: fixo ou rotativo, diurno ou noturno) e estabelecimento de meios convenientes de comunicação.
  - **Envolvimento físico:** a natureza da instituição influencia a organização dos circuitos de trabalho, a conceção dos espaços e postos de trabalho, a disposição e implantação dos equipamentos e mobiliário e o tipo de ambiente.
  - **Fatores sociais e individuais:** relações de trabalho, pressão de grupo, idade, género, formação, experiência, valores individuais.
  - **Interface homem-sistema:** inadequação dos equipamentos manipulados, pela sua forma e/ou cor, constituição (*design*), e os interfaces desenvolvidos, quer no processo de visualização, quer nas sequências de utilização.

- **Falhas ativas:** atos inseguros que resultam da interação entre o homem e o seu objeto de manipulação/ação que ocorrem no contexto do acidente e que determinam a sua ocorrência.
  - **Erro humano (não intencional):** falhas no desempenho, relacionadas fundamentalmente com desvios relativamente ao trabalho prescrito e com a existência de situações novas ou de elevada complexidade.
  - **Ato inseguro intencional.**

Durante o período prévio ao evento desencadeador do acidente podem existir evidências de erros, pela ocorrência de acontecimentos perigosos ou incidentes, por exemplo, no entanto, a capacidade de a organização detetar esses sinais depende da cultura de segurança da mesma, ou seja, da perceção individual dos trabalhadores sobre os aspetos relacionados com a segurança do trabalho. A cultura organizacional influencia a motivação e atitudes dos gestores e supervisores, mas também as perceções dos trabalhadores, a compreensão e gestão dos riscos em matéria de Saúde e Segurança do Trabalho (SST) e, conseqüentemente, as práticas de trabalho. (6) A forma como cada indivíduo apreende os riscos a que se encontra sujeito irá determinar a ocorrência de AT, pois esta perceção irá influenciar as suas atitudes e comportamentos no meio laboral. Aliás, o facto de os trabalhadores se sentirem seguros perante uma exposição prolongada a determinado tipo de perigo, sem efeitos adversos imediatos, contribui para que os indivíduos não valorizem esse fator como um risco para a sua saúde (**normalização do risco**), com diminuição conseqüente do seu empenho em práticas de vigilância, de proteção e de segurança laboral. (7)

Portanto, sem a compreensão sistémica da situação de trabalho torna-se difícil a análise da cadeia de acontecimentos que pode resultar num efeito adverso, limitando a opção pelas abordagens mais adequadas de gestão desses riscos, no intuito da sua prevenção.

### **1.1. DEFINIÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO**

De acordo com o art.º 8 da Lei n.º 98/2009, de 4 de setembro, que regulamenta o regime de reparação de AT e Doenças Profissionais (DP) e, em articulação com o art.º 7 do Decreto-Lei (DL) n.º 503/99, constitui AT aquele que se verifique no decurso da prestação de trabalho pelos profissionais da Administração Pública, no local e no tempo de trabalho e produza, direta ou indiretamente, lesão corporal, perturbação funcional ou doença, resultando redução na

capacidade de trabalho ou de ganho ou a morte. Também pode ser considerado AT aquele que ocorre:

- a. No trajeto habitual utilizado, e durante o período contínuo normalmente gasto, de ida e de regresso entre:
  - a.1. O domicílio e o local de trabalho
  - a.2. Qualquer dos locais referidos no ponto anterior e:
    - a.2.1. o local de pagamento do ordenado;
    - a.2.2. o local de assistência ou tratamento de AT anterior;
    - a.2.3. o local onde, por decisão da entidade patronal, o trabalhador presta serviço relacionado com o seu trabalho;
  - a.3. O local de trabalho e o de refeição;
  - a.4. Entre dois locais de trabalho (sendo responsável pelo AT o empregador para cujo local de trabalho o trabalhador se dirige).
- b. Na execução de serviços espontaneamente prestados e de que possa resultar proveito económico para o empregador.
- c. No local de trabalho, quando em frequência de curso de formação profissional ou, fora do local de trabalho, quando exista autorização do empregador.
- d. No local de pagamento da retribuição ou no local onde o trabalhador deva receber qualquer forma de assistência ou tratamento em virtude de AT anterior.
- e. Em atividade de procura de emprego durante o crédito de horas para tal concedido por lei aos trabalhadores com processo de cessação do contrato de trabalho em curso.

Não deixa de se considerar AT o que ocorrer quando o trajeto normal tenha sofrido interrupções ou desvios determinados pela satisfação de necessidades atendíveis do trabalhador, bem como por motivo de força maior ou por caso fortuito.

Desta forma, consideram-se **acidentes *in itinere*** aqueles que ocorrem no trajeto para e do local de trabalho, incluindo as deslocações entre o local de trabalho e o de refeição, assim como os acidentes ocorridos quando o trajeto normal de deslocação do trabalhador tenha sofrido desvios determinados por necessidades atendíveis.

Da legislação, acresce que tanto a definição de “**tempo de trabalho**” como a de “**local de trabalho**” não são restritas ao período temporal ou espaço físico em que o trabalhador exerce funções. O “tempo de trabalho” engloba, não só o período normal de trabalho, mas também o tempo despendido antes e depois desse período em atos de preparação e término do trabalho, relacionados com a execução do trabalho propriamente dito, bem como as pausas normais no trabalho e as interrupções forçadas que aconteçam no desenvolvimento da atividade laboral. O “local de trabalho” inclui o espaço em que o trabalhador se encontra ou se dirige em virtude do

seu trabalho e que esteja, direta ou indiretamente, sujeito ao controle do empregador (art.º 8 da Lei 98/2009, de 4 de setembro).

Importa, neste contexto, distinguir os conceitos de “**acidente**” e “**incidente**”, uma vez que são frequentemente confundidos. Note-se que a definição legal de “incidente” inclui todo o evento que afeta o trabalhador no decurso do trabalho ou com ele relacionado, do qual não resultam lesões corporais diagnosticadas de imediato, ou em que estas só necessitem de primeiros socorros (alínea e) do ponto 1 do art.º 3 do DL n.º 503/99, de 20 de novembro). Desta forma, um simples corte de um dedo num papel seria considerado um incidente, uma vez que o dano é mínimo e apenas necessita de socorros básicos, enquanto que uma amputação de um dedo numa guilhotina seria considerada acidente, tendo em conta o dano corporal provocado, com possível repercussão na capacidade para o trabalho. Considera-se ainda como “**acontecimento perigoso**” o evento que, no decurso do trabalho, possa constituir risco de acidente ou de doença para os trabalhadores (alínea f) do ponto 1 do art.º 3 do DL n.º 503/99, de 20 de novembro).

Poder-se-á também enquadrar como acidente em serviço, o incidente ou o acontecimento perigoso de que venha a resultar lesão corporal, perturbação funcional ou doença, em que se comprove a existência do respetivonexo de causalidade (ponto 4 do art.º 7 do DL n.º 503/99, de 20 de novembro).

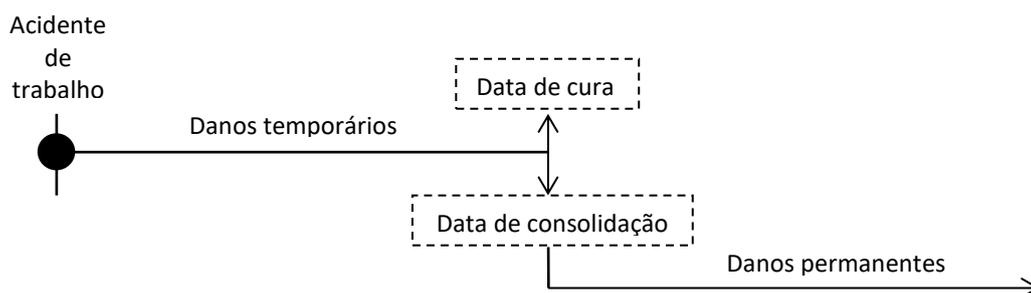
## **1.2. PARTICIPAÇÃO DO ACIDENTE DE TRABALHO E POSSÍVEIS CONSEQUÊNCIAS**

Após a participação do sinistro pelo trabalhador ou seus beneficiários legais, cabe ao empregador notificar a ocorrência do respetivo acidente (art.º 9 do DL n.º 503/99, de 20 de novembro). A responsabilidade pela orientação do processo de sinistro, incluindo o tratamento médico, é geralmente transferida para uma companhia seguradora após participação pela entidade empregadora.

No caso em concreto, tratando-se de um Centro Hospitalar, a participação da ocorrência de AT está devidamente protocolada: após o acidente o trabalhador deve dirigir-se ao serviço de urgência para registo e avaliação clínica inicial; a participação do acidente no Serviço de Medicina do Trabalho e Saúde Ocupacional deve ser realizada dentro de 48 horas, mediante o preenchimento dos formulários de participação, devendo ser também informado o respetivo superior hierárquico, conforme definido legalmente. O trabalhador é avaliado pela medicina do

trabalho, que efetua o registo clínico, complementando a informação necessária a encaminhar para a companhia seguradora.

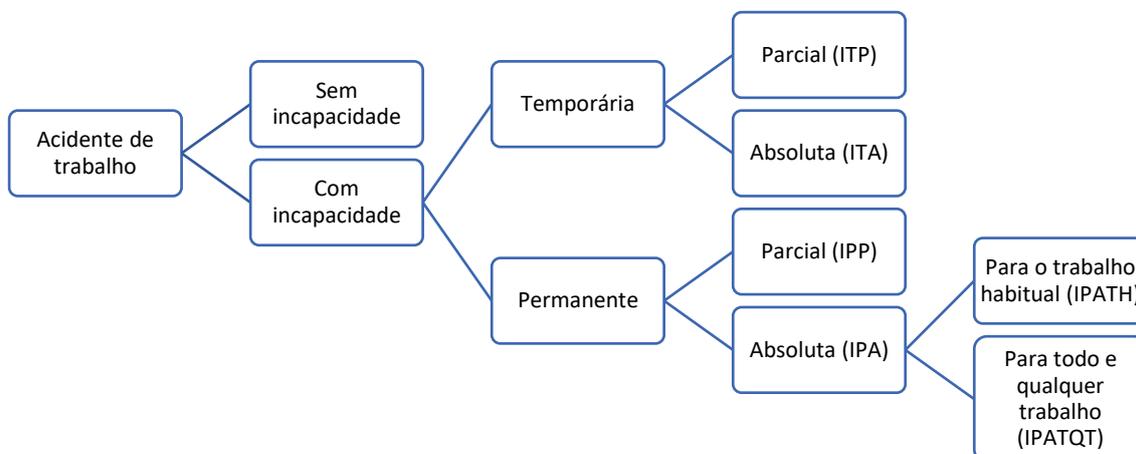
O acidente pode originar dano **sem incapacidade** (SI) ou, por outro lado, o sinistrado pode sofrer incapacidade temporária ou permanente para o trabalho. A **incapacidade temporária** pode ser **parcial** (ITP), ou seja, o trabalhador pode comparecer ao serviço, embora se encontre ainda impossibilitado para o pleno exercício das suas funções habituais (alínea i) ponto 1 art.º 3 do DL n.º 503/99, de 20 de novembro), devendo ser emitida uma ficha de aptidão condicionada de acordo com a capacidade restante, adequada às suas tarefas. Estamos perante uma **incapacidade temporária absoluta** (ITA) quando o sinistrado não se encontra apto para o exercício das suas funções estando, portanto, ausente do serviço, durante o tempo necessário para a sua recuperação (alínea j) ponto 1 art.º 3 do DL n.º 503/99, de 20 de novembro). Após o período de incapacidade temporária, é esperada a cura completa da lesão e a restituição à condição original, isto é, um trabalhador sem incapacidade para o trabalho (se, de facto, for essa a situação inicial, não havendo acidentes prévios em empregos anteriores).



**Figura 1:** Esquema representativo da possível evolução do dano após acidente de trabalho.

No entanto, em determinadas situações, a partir de determinado momento (data de consolidação) não se verifica uma evolução clínica da lesão, seja pelo facto de esta ter estabilizado definitivamente, seja porque não é suscetível de sofrer modificações, senão após um longo período, apesar dos tratamentos realizados. Nestes casos, são identificáveis sequelas responsáveis por uma incapacidade permanente, que pode ser parcial ou absoluta. No caso de uma **incapacidade permanente parcial (IPP)** verifica-se uma desvalorização permanente do trabalhador com redução definitiva na respetiva capacidade geral de ganho (alínea l) ponto 1 art.º 3 do DL n.º 503/99, de 20 de novembro). A **incapacidade permanente absoluta (IPA)** pode verificar-se **para todo e qualquer trabalho** (alínea m) ponto 1 art.º 3 do DL n.º 503/99, de 20 de

novembro) ou apenas **para o trabalho habitual**, traduzindo-se na impossibilidade permanente do trabalhador para exercer as suas funções habituais.



**Figura 2:** Possíveis consequências na capacidade de trabalho do sinistrado após acidente.

Nos casos de incapacidade permanente, e de acordo com o art.º 20º da Lei nº 98/2009, a percentagem de incapacidade é determinada de acordo com a Tabela Nacional de Incapacidades por AT e DP. Nestas situações está estabelecido o direito à reparação, com prestações em espécie ou em dinheiro, tendo sempre em conta a perda permanente de capacidade produtiva do sinistrado decorrente do episódio específico de AT.

### 1.3. ENQUADRAMENTO EPIDEMIOLÓGICO

Os custos dos acidentes e doenças relacionados com o trabalho a nível mundial e europeu são consideráveis. Estimativas de um projeto internacional da EU-OSHA, que avalia os custos para a sociedade de medidas preventivas insuficientes, revelam que os acidentes e doenças relacionados com o trabalho custam à UE, pelo menos, 476 mil milhões de euros por ano, o que representa 3,3% do Produto Interno Bruto europeu, ficando proporcionalmente abaixo da média mundial (3,9%) (8).

Em Portugal, a Estratégia Nacional para a Segurança e Saúde no Trabalho 2015-2020, intitulada “Por um trabalho seguro, saudável e produtivo”, e aprovada na Resolução do Conselho de Ministros nº 77/2015, reconhece a importância deste tema, realçando “a dimensão nacional dos problemas associados à SST, no que concerne aos elevados índices de sinistralidade

laboral e de absentismo e aos elevados custos sociais e económicos associados aos AT e às DP”(9) .

A informação relativa às lesões por AT disponibilizada pelo **Gabinete de Estratégia e Planeamento do Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social**, resulta da recolha das participações de AT dos quais resultou lesão corporal, doença ou a morte de um ou vários trabalhadores, que ocorrem no território nacional ou no estrangeiro e que são enviadas mensalmente.

Tendo em conta todos os setores de atividade económica, em 2016 o maior nº de AT (n=36 447, correspondendo a 35,8% do total) e de dias de trabalho perdidos (n=832 726, correspondendo a 39,3%) ocorreu nas “indústrias transformadoras”, onde os homens são mais afetados. A maior taxa de frequência verificou-se nas atividades de “captação, tratamento e distribuição de água” com 53,0 acidentes com ITA por milhão de horas-homem trabalhadas e a maior taxa de gravidade nas “indústrias extrativas” com 1 253,9 dias de trabalho perdidos por milhão de horas-homem trabalhadas (10). Em 2017, verificou-se a mesma tendência, com algumas variações pouco valorizáveis, sendo que os setores económicos mais afetados não sofreram alterações (11).

Relativamente às “atividades de saúde humana e apoio social”, no ano de 2016 ocorreram 12 017 AT, 8 920 dos quais com ITA, o que corresponde a 220 810 dias de trabalho perdidos. A taxa de frequência foi de 24,9 acidentes com ITA por milhão de horas-homem trabalhadas e taxa de gravidade de 457,32 dias de trabalho perdidos por milhão de horas-homem trabalhadas (10). Comparativamente, no ano de 2017 ocorreram 10 993 AT, 6 622 dos quais com ITA, o que corresponde a 191 289 dias de trabalho perdidos. A taxa de frequência foi de 23,1 acidentes com ITA por milhão de horas-homem trabalhadas e taxa de gravidade de 402,4 dias de trabalho perdidos por milhão de horas-homem trabalhadas. De um ano para o outro verifica-se, portanto, uma diminuição, quer no nº total de acidentes, quer no nº de dias perdidos, assim como nos índices de frequência e gravidade (11). Além disso, este setor de atividade é o responsável pela maioria dos AT e dias de trabalho perdidos nas mulheres (10, 11).

Segundo o **Relatório Social do Ministério da Saúde e do Sistema Nacional de Saúde (SNS)**, baseado na informação proveniente dos Recursos Humanos e Vencimentos, dos balanços sociais das diversas entidades e na informação proveniente da conta do SNS, o Ministério da Saúde é o segundo maior empregador da Administração Pública, representando cerca de 26,6% do total de trabalhadores do universo da administração central, logo a seguir ao Ministério da Educação. No âmbito do tipo de entidades do Ministério da Saúde e do SNS, os estabelecimentos hospitalares continuam a ser o maior empregador do sistema, seguindo-se as Administrações Regionais de Saúde e as Unidades Locais de Saúde (12, 13).

Os grupos profissionais com maior dimensão são o pessoal de enfermagem (33%), o pessoal médico (21,7%) e o pessoal assistente operacional (AO) (19,9%) (13). A média de idade por grupo profissional, variou entre os 40 e os 50 anos (12, 13). Ao longo dos anos, a taxa de feminização tem apresentado uma tendência geral de crescimento: fixou-se nos 76,2% em 2016 e 76,3% em 2017, superando a taxa global da Administração Pública (59,9%) (12, 13). O grupo profissional que mais contribui para essa taxa foi o pessoal de enfermagem, em que a predominância do gênero feminino é superior à dos demais grupos profissionais (13). A carga horária predominante em todos os grupos profissionais é, com exceção do pessoal médico, as 35h semanais (55,2% em 2016; 53,9% em 2017), o que decorre da entrada em vigor da Lei n.º 18/2016, de 20 de junho, que alterou o período normal de trabalho em 2016. No caso do pessoal médico, predomina o período de trabalho de 40 horas semanais. (12, 13)

Relativamente aos dias de trabalho perdidos, em 2016 registaram-se mais de 3,6 milhões de dias de ausência ao trabalho por parte dos trabalhadores do Ministério da Saúde com um aumento para 3,8 milhões em 2017. Os acidentes em serviço e as DP foram responsáveis por 196 600 dias de ausência ao trabalho (5,30%) em 2016 e em 2017 por 170 804 dias de ausência (4,5%). Os AO registaram o maior número de dias de trabalho perdidos por motivo de doença e de acidentes em serviço, seguidos, em ambos os motivos, do pessoal de enfermagem.(12, 13)

**Tabela 1:** Total de dias de ausência por acidente em serviço ou doença profissional por categoria profissional. Adaptado dos Relatórios Sociais do MS e do SNS de 2016 e 2017.

Categoria profissional	Dias de ausência por acidente em serviço ou doença profissional	
	2016	2017
Assistente operacional	88 494	77 326
Enfermeiro	54 736	49 665
Assistente Técnico	17 978	16 435
Outros	13 413	11 912
Técnico de Diagnóstico e Terapêutica	9 181	6 944
Médico especialista	8 611	5 629
Técnico Superior	2 047	1 031
Médico interno	1 346	1 219
Técnico Superior de Saúde	658	391
Técnico de Informática	136	253
<b>TOTAL</b>	<b>196 600</b>	<b>170 805</b>

#### 1.4. RISCOS EM MEIO HOSPITALAR

Os hospitais apresentam ambientes heterogéneos resultantes de complexas interligações relacionadas com os métodos de trabalho, da forma como este é organizado e realizado. O processo de trabalho na saúde utiliza modelos de sistematização que englobam, não apenas uma questão funcional e operacional, mas também um conjunto de relações sociais, verificando-se uma hierarquização de poderes entre as classes profissionais, por sua vez interdependentes entre si. A este contexto soma-se a diversidade e variabilidade humana, a prevalência do sexo feminino, o progressivo envelhecimento dos profissionais, a escassez de recursos, a complexidade de determinados atos técnicos, o grau de responsabilidade e rapidez inerente a certas decisões, as elevadas imposições físicas e emocionais, assim como maiores exigências no que respeita à formação e conhecimentos por parte dos profissionais de saúde, associado a um aumento das expectativas por parte dos utentes (2).

Além disso, estas instituições são estruturadas quase exclusivamente em função das necessidades dos utentes, dotadas de sistemas técnicos com a finalidade de prestar cuidados de saúde cada vez mais diferenciados e sofisticados tecnologicamente. (7) Infelizmente, é frequente não se considerar a SST dos profissionais de saúde como parte integrante e fundamental da segurança do doente (2, 5).

Os profissionais de saúde estão, portanto, sujeitos a um variado leque de perigos, consoante as funções que desempenham e o ambiente em que estão inseridos. Estes perigos dão origem a vários riscos que se potenciam, podendo contribuir para a ocorrência de AT e de DP, dependendo da suscetibilidade individual. Estes riscos encontram-se resumidos a seguir:

##### a) **Biológicos**

- Contacto diário com doentes, ambiente, equipamentos e produtos biológicos potencialmente contaminados com microrganismos, em tarefas como:
  - avaliação clínica do doente;
  - realização de cuidados de enfermagem e colheita de amostras biológicas;
  - procedimentos cirúrgicos com necessidade de utilização de instrumentos cortantes ou perfurantes;
  - limpeza e desinfeção dos espaços;
  - reparação e manutenção de equipamentos;
  - transporte e eliminação de resíduos de áreas contaminadas e/ou com equipamentos e objetos contaminados.

- Risco de contaminação dependente do microrganismo e do tipo de transmissão: via sanguínea (ex: HIV, Vírus Hepatite B, C); via respiratória: por gotícula (ex: vírus *Influenza*) ou via aérea (ex: *Mycobacterium tuberculosis*); por contacto direto ou indireto (ex: *Herpes simplex*, vírus Hepatite A).

**b) Físicos**

- Exposição a eletricidade, ruído, vibração;
- Exposição a radiações ionizantes e não ionizantes;
- Ambiente térmico desadequado, humidade, iluminação deficiente.

**c) Químicos**

- Manuseamento de medicamentos, como citostáticos e antibióticos (possível dano para o património genético);
- Contacto frequente da pele com antissépticos (potencial reação irritativa/alérgica);
- Inalação de gases anestésicos voláteis (ex: halotano), gases de esterilização (ex: óxido de etileno), substâncias para conservação de peças anatómicas (ex: formaldeído);
- Exposição às substâncias e misturas usadas para limpeza dos espaços;
- Exposição potencial a químicos perigosos na manipulação, armazenagem, transporte e eliminação de resíduos hospitalares.

De destacar que, pela sua natureza, os hospitais devem ser considerados como locais de trabalho de **alto risco** para os trabalhadores, já que envolvem atividades que implicam exposição a radiação ionizante, a agentes cancerígenos, mutagénicos ou tóxicos para a reprodução, e a agentes biológicos do grupo 3 ou 4 (alíneas i), j) e l) do art.º 79 da Lei nº 102/2009, de 10 de setembro).

**d) Mecânicos**

- Risco de queda por pavimentos inadequados;
- Manipulação de objetos cortantes ou com risco de pancada, entaladela, queda, ou choque contra esses objetos;
- Uso de equipamentos de trabalho perigosos.

**e) Psicossociais**

- Precaridade dos vínculos laborais e instabilidade do posto de trabalho;
- Ausência de autonomia completa do profissional de saúde (estrutura hierárquica rígida);

- Falta apoio e liderança:
  - Ambiguidade nos papéis atribuídos;
  - Execução de tarefas não adequadas ao nível de formação do trabalhador;
  - Não reconhecimento dos esforços do profissional;
- Sobrecarga de trabalho tendo em conta a carência de recursos humanos e o grande número de pacientes:
  - Pressão para executar múltiplas tarefas num reduzido período;
  - Exigência de atenção e disponibilidade permanentes na prestação de cuidados.
- Conflito ou competição no relacionamento entre trabalhadores;
- Assédio e discriminação no local de trabalho;
- Violência física e verbal por parte dos utentes ou familiares;
- Contato diário com o sofrimento humano e incapacidade para responder às exigências emocionais dos pacientes;
- Incapacidade de *coping*.

A carga mental de trabalho encontra-se ligada à maneira como o trabalho solicita as capacidades psíquicas e sociais dos trabalhadores, assim como à importância que estes atribuem a diferentes aspetos, em função dos seus esquemas mentais (valores, objetivos, necessidades, aspirações e expectativas). Por outro lado, a própria organização do local de trabalho condiciona a perceção dos vários fatores indutores de *stress* (2).

#### f) Ergonómicos

- Trabalho com equipamentos dotados de visor e falta de alternância da posição corporal (ex.: administrativos);
- Ortostatismo prolongado (ex.: enfermeiros);
- Disposição incorreta dos componentes do posto de trabalho;
- Espaço de trabalho limitado;
- Deficiente qualidade das instalações;
- Desadequação do mobiliário e material;
- Manuseamento e/ou armazenagem inadequada de produtos;
- Posições incorretas, viciosas e repetitivas:
  - durante transportes e movimentação manual de cargas;
  - na mobilização ou posicionamento de doentes dependentes;

- O funcionamento dos hospitais durante 24 horas por dia submete os profissionais a um tempo de trabalho longo e/ou horário rotativo por turnos, incluindo trabalho noturno e trabalho suplementar.

O “trabalho por turnos incluindo trabalho noturno” pode ser incluído no risco ergonómico, apesar de contribuir para determinados riscos psicossociais, como seria de esperar, tendo em conta, não só a evidente influência da alteração do ciclo circadiano, mas também a interligação dos vários componentes do trabalho sobre o desempenho do trabalhador. Esta nota justifica-se pelo facto de a ergonomia não se prender apenas com o risco de lesões musculoesqueléticas relacionadas com o trabalho, mas também com aspetos organizacionais, sociais e ambientais.

### **1.5. OBJETIVOS DO ESTUDO**

A ocorrência de AT constitui um indicador da existência de disfunções nos locais de trabalho, no que concerne à prevenção de riscos profissionais. Assim, a presente dissertação teve como objetivo analisar a evolução dos AT num Centro Hospitalar da Região Centro nos anos de 2016 e 2017, de forma a: determinar a magnitude do problema (quantidade e gravidade dos acidentes); identificar as principais características e as causas mais frequentes dos AT; avaliar as consequências dos acidentes; determinar os índices estatísticos de sinistralidade laboral; identificar e priorizar os elementos que determinam maior risco de acidente e que, portanto, necessitam de avaliação adicional e provável correção; conhecer a realidade das condições estruturais e organizacionais da instituição.

Em função dos resultados obtidos, será preconizado um modelo de intervenção baseado em medidas preventivas direcionadas, permitindo assim, a minimização e/ou eliminação dos AT.

O Projeto desta tese foi apresentado ao Conselho Científico e à Comissão de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, tendo sido aprovado sem alterações. Seguindo as normas nacionais (Resolução do Conselho de Ministros n.º 8/2011 publicada no Diário da República, 1.ª série n.º 17 de 25 de janeiro de 2011) e as instruções da Universidade de Coimbra, redigiu-se esta tese de acordo com o novo Acordo Ortográfico.

## 2. MATERIAIS E MÉTODOS

---

Realizou-se um estudo descritivo transversal dos AT notificados pelos trabalhadores de um Centro Hospitalar da Região Centro do país, ocorridos entre 1 de janeiro de 2016 a 31 dezembro de 2017. Foram considerados todos os AT notificados nesse período e com informação disponível no Serviço de Medicina do Trabalho e Saúde Ocupacional. Os dados foram recolhidos um a um, através da consulta dos registos informáticos e dos documentos em arquivo, preenchidos na altura da participação, nomeadamente, o “Inquérito aos acidentes de trabalho e de serviço”, o “Relatório médico de participação de acidentes” e o “Boletim de exame e alta”. O *software* utilizado pelos Médicos do Trabalho é o H2ST – Solution (Higiene, Segurança e Saúde no Trabalho, fornecido pela empresa F2S – Friendly Software Solutions, Lda.). Recorreu-se ainda ao Relatório Único (RU) de cada ano para complementar informação em falta. A recolha dos dados ocorreu entre março e abril de 2019. Todos os dados que poderiam identificar os trabalhadores foram ocultados, de forma a cumprir o anonimato.

O estudo estatístico foi concretizado através do programa informático Microsoft Excel®, versão 1905 para Windows. Foi realizada uma análise descritiva baseada na caracterização dos acidentes de trabalho definida pelo *Bureau International du Travail* da Organização Internacional do Trabalho (14), adaptada às atividades dos estabelecimentos de saúde com internamento (Código de Atividade Económica: 86100), consoante os modelos referidos previamente. Esta classificação inclui:

### **Características do sinistrado:**

- **Género:** feminino ou masculino.
- **Idade** (agrupada de 5 em 5 anos, tendo por limite inferior a idade do trabalhador mais jovem a notificar um AT no período considerado).
- **Categoria profissional:** AO - Auxiliar de Ação Médica (AAM) ou pertencente aos Serviços de Instalações e Equipamentos (SIES); Assistente Técnico; Enfermeiro; Médico; Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica (TDT); outros (Educadora infância na Pediatria).
- **Tempo de serviço** (considerando o ano a ser frequentado no momento da notificação).

### **Características do acidente:**

- **Serviço/local onde ocorreu:** Anatomia Patológica; Ginecologia / Obstetrícia; Patologia Clínica; Pediatria; Pequena Cirurgia; Pneumologia; Psiquiatria; Medicina Intensiva; Cuidados Paliativos; Urgência; Urgência Pediátrica; Bloco Operatório; Bloco Partos; Cardiologia; Cirurgia; Consulta Externa; Serviço de especialidades cirúrgicas (Urologia,

Estomatologia e Otorrinolaringologia); Serviço de especialidades médicas (Neurologia, Endocrinologia e Reumatologia); Esterilização; Imagiologia; Imunohemoterapia; Infecçiology; Medicina Física e Reabilitação; Medicina Interna; Oncologia; Ortopedia; Arquivo Clínico; Hoteleiros; *In itinere*; outros (recinto externo do hospital, escadas, copa, corredor).

- **Mês, dia da semana e hora** (em horas aproximadas) em que o AT ocorreu.
- **Dia** de ocorrência do AT **face ao último dia de descanso semanal** (1º a 6º dia).
- **Forma da lesão:** agressão por agitação psicomotora; choque contra objetos; pancada por objetos; marcha sobre objetos; entaladela num objeto ou entre objetos; queda de objetos; queda de pessoas; esforços excessivos; movimentos em falso; picada; corte; exposição/ contato com material biológico; exposição/ contato com produto químico; *In itinere*.
- **Agente da lesão:** agulha; objeto cortante; equipamento médico; máquinas; material biológico; substância química; material de laboratório; meios de transporte e de manutenção; mobiliário; pavimento/ escadas/ rampas; outros equipamentos/ ferramentas/ materiais (caixa de arrumação, vaso de cimento, martelo, escadote, etc.); outros agentes não classificados.
- **Causas diretas:** deficiente arrumação; deficiente organização do trabalho; distração; execução incorreta de procedimentos; interação/ agressividade de utente; manipular pesos de forma inadequada; material deficiente/ inadequado; mobilização/ interação com doente; pavimento escorregadio/ irregular; posturas inadequadas; uso inadequado do material; uso inadequado ou falta de Equipamento de Proteção Individual (EPI); ventilação deficiente/ inadequada; outras (acontecimentos inesperados ou sem causa direta identificada).
- **Natureza da lesão:** ferida puntiforme por objeto perfurante; feridas e lesões superficiais; contacto pele/ mucosas com produtos biológicos; contacto pele/ mucosas com produtos químicos; fratura; luxação, entorse e distensão ou rotura; contusão e lesão interna. Caso existam vários tipos de lesão, é registado o mais grave.
- **Localização da lesão:** cabeça (exceto olhos); olhos; pescoço (incluindo garganta e vértebras cervicais); tronco, costas e órgãos internos; membros superiores (exceto mãos); mãos; membros inferiores (exceto pés); pés; localizações múltiplas.

#### **Consequências do acidente:**

- Acidentes **mortais**;

- Acidentes **sem incapacidade**;
- Acidentes que geraram lesão com **incapacidade permanente**;
- Acidentes que geraram lesão **ITP** para o trabalho;
- Acidentes que geraram lesão com **ITA** e **dias de trabalho perdidos** correspondentes. Este último aspeto torna-se fundamental quando se pretende analisar o absentismo laboral devido a AT, calculado através do número total de **horas de trabalho perdidas** devido a ITA.

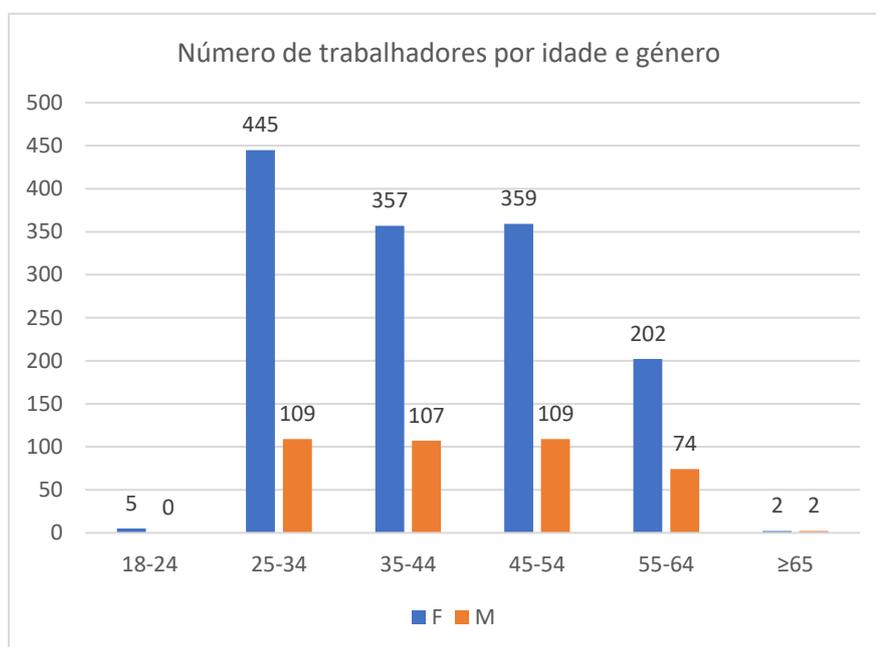
Visando uma avaliação adicional da repercussão dos AT, calcularam-se e compararam-se os **índices de sinistralidade** laboral. Índices de frequência, de gravidade e de avaliação de gravidade mensais para cada ano. As fórmulas de cálculo dos índices de sinistralidade têm por base a “Resolução sobre as estatísticas das lesões profissionais devidas a acidentes de trabalho: 16ª Conferência Internacional de Estatísticos do Trabalho.”(14) O número de horas-homem trabalhadas por mês foi calculado tendo em conta as 35 horas de laboração definidas para os funcionários públicos, de acordo com a alínea b) do art.º 105º da Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas.

- **Índice de frequência**, que representa o nº de AT com ITA por milhão de horas-homem trabalhadas: 
$$I_f = \frac{n.º \text{ de acidentes com baixa} \times 10^6}{n.º \text{ de horas - homem trabalhadas}}$$
- **Índice de gravidade**, que traduz o nº de dias de trabalho perdidos devido a AT por milhão de horas-homem trabalhadas: 
$$I_g = \frac{n.º \text{ de dias (úteis) perdidos} \times 10^6}{n.º \text{ de horas - homem trabalhadas}}$$
- **Índice de avaliação de gravidade**, que representa o nº médio de dias perdidos por acidente: 
$$I_{AG} = \frac{I_g}{I_f}$$

### 3. RESULTADOS

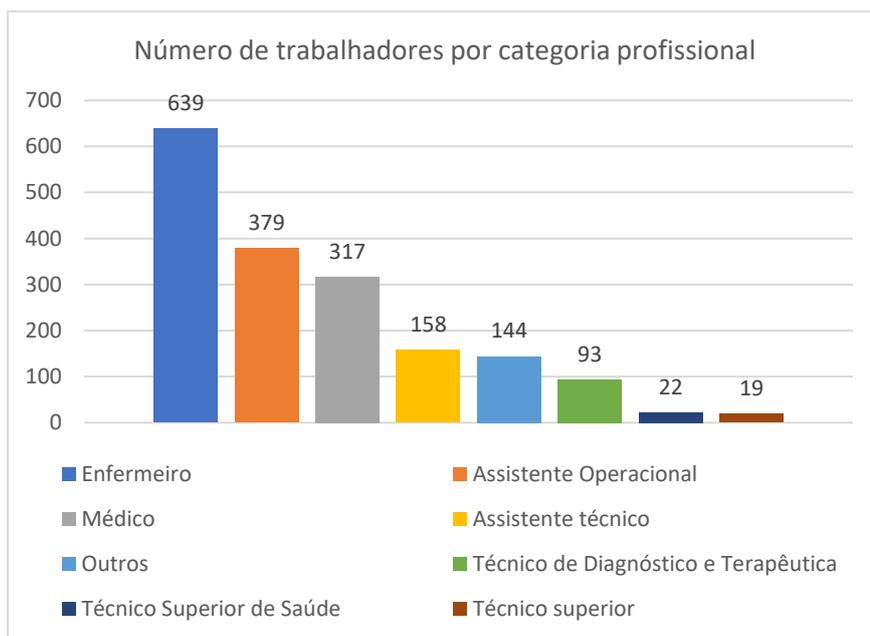
#### 3.1. CARACTERIZAÇÃO DOS TRABALHADORES DO CENTRO HOSPITALAR

Durante o período considerado, trabalhavam no Centro Hospitalar 1771 trabalhadores: 1370 mulheres (77,4%) e 401 homens (22,6%). Esta distribuição assimétrica entre géneros é atualmente bastante típica no sector da saúde, progressivamente feminizado. A distribuição dos colaboradores da instituição por idade e género pode ser observada na Figura 3. A maioria encontra-se na faixa etária dos 25 anos aos 34 anos (n=554; 31,3%). A partir dos 55 anos, diminui significativamente o número de trabalhadores, sendo raros os que permanecem na instituição após os 65 anos (n=4; 0,2%). A média de idades situa-se nos 42 anos.



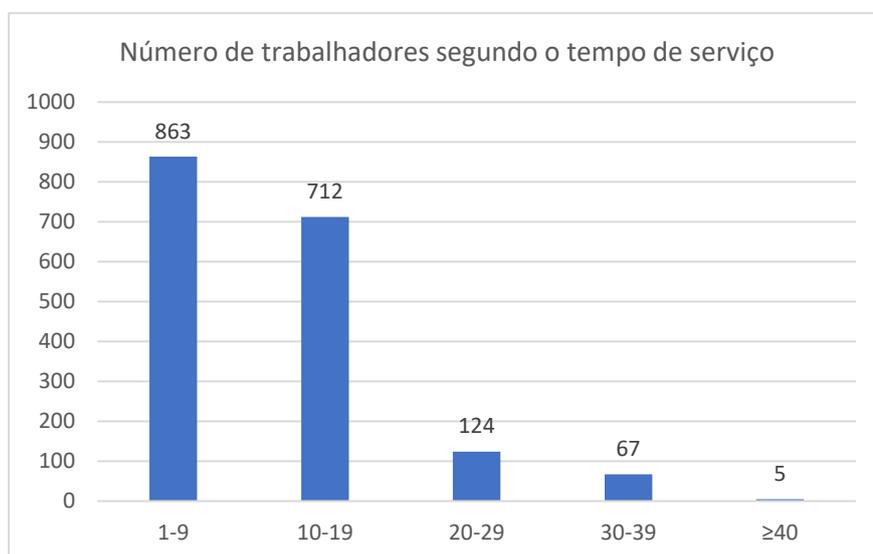
**Figura 3** Distribuição dos trabalhadores por idade e género. F: feminino. M: masculino

Na Figura 4 verifica-se que o grupo profissional mais numeroso é o dos enfermeiros (n=639; 36,1%), seguido dos AO (n=379; 21,4%) e dos médicos (n=293; 16,5%). No grupo “outros” englobam-se profissionais menos numerosos como pessoal dirigente, técnicos de informática e ainda alguns trabalhadores sem carreira definida na administração pública.



**Figura 4:** Distribuição dos trabalhadores por categoria profissional.

A distribuição dos trabalhadores em função da antiguidade na instituição encontra-se na Figura 5, constatando-se que a grande maioria tem menos de 10 anos de ligação à instituição (n=863; 48,7%).



**Figura 5:** Distribuição dos trabalhadores em função da antiguidade na instituição (anos).

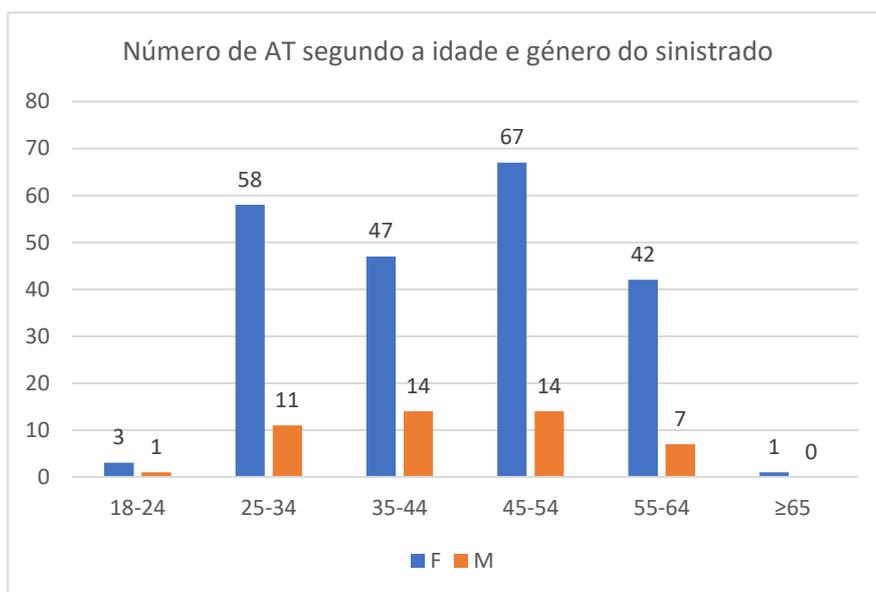
A organização do trabalho é, como seria expectável em organizações desta natureza, complexa e variável. Vigoram horários de trabalho distintos, nomeadamente: trabalho em horário por turnos, que predomina (n=883; 49,9%), trabalho em regime de horário fixo e ainda ausência de horário formal.

### 3.2. ACIDENTES DE TRABALHO

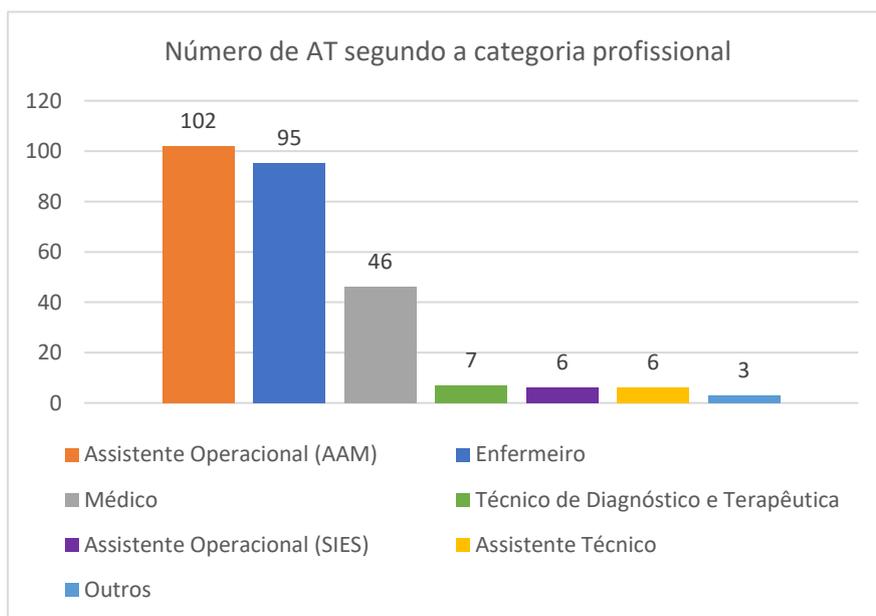
Durante o período em estudo foram notificados 265 AT: 126 acidentes em 2016 (47,5%) e de 139 em 2017 (52,5%), verificando-se um aumento do nº de notificações de 10,3% de um ano para o outro.

#### 3.2.1. CARACTERÍSTICAS DOS SINISTRADOS

A maioria dos AT ocorreu no género feminino (n=218; 82,3%) e nas faixas etárias dos 45-54 anos (n=81; 30,6%), conforme a Figura 6.



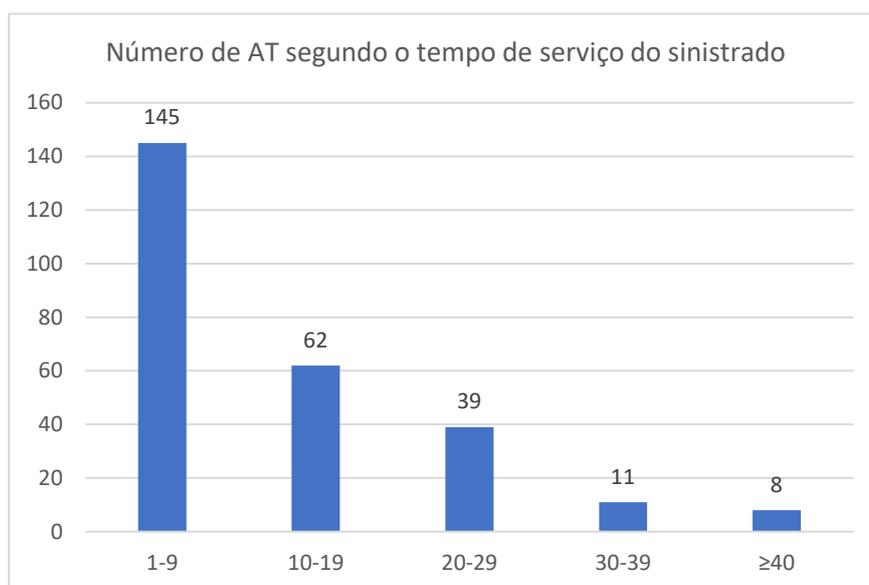
**Figura 6:** Distribuição do nº de acidentes de trabalho por idade e género do sinistrado. F: feminino. M: masculino



**Figura 7:** Distribuição do nº de acidentes de trabalho segundo a categoria profissional do sinistrado. AAM: auxiliar de ação médica. SIES: Serviço de Instalações e Equipamentos

Os AO, nomeadamente os auxiliares de ação médica (AAM), foram a categoria profissional que sofreu mais AT (n=102; 38,5%), como se pode constatar na Figura 7, seguindo-se dos enfermeiros (n=95; 35,8%) e dos médicos (n=46; 17,4%).

Segundo a Figura 8, a maioria dos AT ocorreu em profissionais de saúde com menos de 10 anos de serviço (n=145; 54,7%), grupo dominado, mais uma vez, pelos auxiliares de ação médica (Tabela 2). A frequência de AT é maior nos enfermeiros apenas quando considerado um tempo de serviço de 10 a 19 anos, como se pode verificar na mesma Tabela.



**Figura 8:** Distribuição do nº de acidentes de trabalho em função da antiguidade do sinistrado (anos).

**Tabela 2:** Distribuição do nº de acidentes de trabalho em função da categoria profissional e antiguidade na instituição, em anos.

Tempo de serviço (anos)	Categoria Profissional							Total
	AO (AAM)	Enfermeiro	Médico	TDT	AO (SIES)	Assistente Técnico	Outros	
1-9	60	43	31	3	5	1	2	145
10-19	14	37	8	0	0	3	0	62
20-29	17	11	6	3	0	2	0	39
30-39	4	4	1	1	1	0	0	11
≥40	7	0	0	0	0	0	1	8
Total	102	95	46	7	6	6	3	265

AO: Assistente Operacional. AAM: auxiliar de ação médica. TDT: Técnico de Diagnóstico e Terapêutica. SIES = Serviço de Instalações e Equipamentos

### 3.2.2. CARACTERÍSTICAS DOS ACIDENTES DE TRABALHO

Os três serviços hospitalares onde ocorreram mais AT foram o Serviço de Urgência (n=40; 15,1%), o Serviço de Medicina Interna (n=37; 14,0%) e as instalações designadas por “outros” (n=31; 11,7%) que incluem locais de transição, onde os trabalhadores normalmente permanecem pouco tempo, tais como o corredor, as escadas, o recinto externo do hospital e a copa. O Bloco Operatório ocupa também um lugar de destaque, constituindo o quarto local mais comum para a ocorrência de um AT (n=25; 9,4%). Durante o período analisado, ocorreram 18 acidentes *in itinere*, o que corresponde a 6,8% do total de acidentes. (Figura 9).

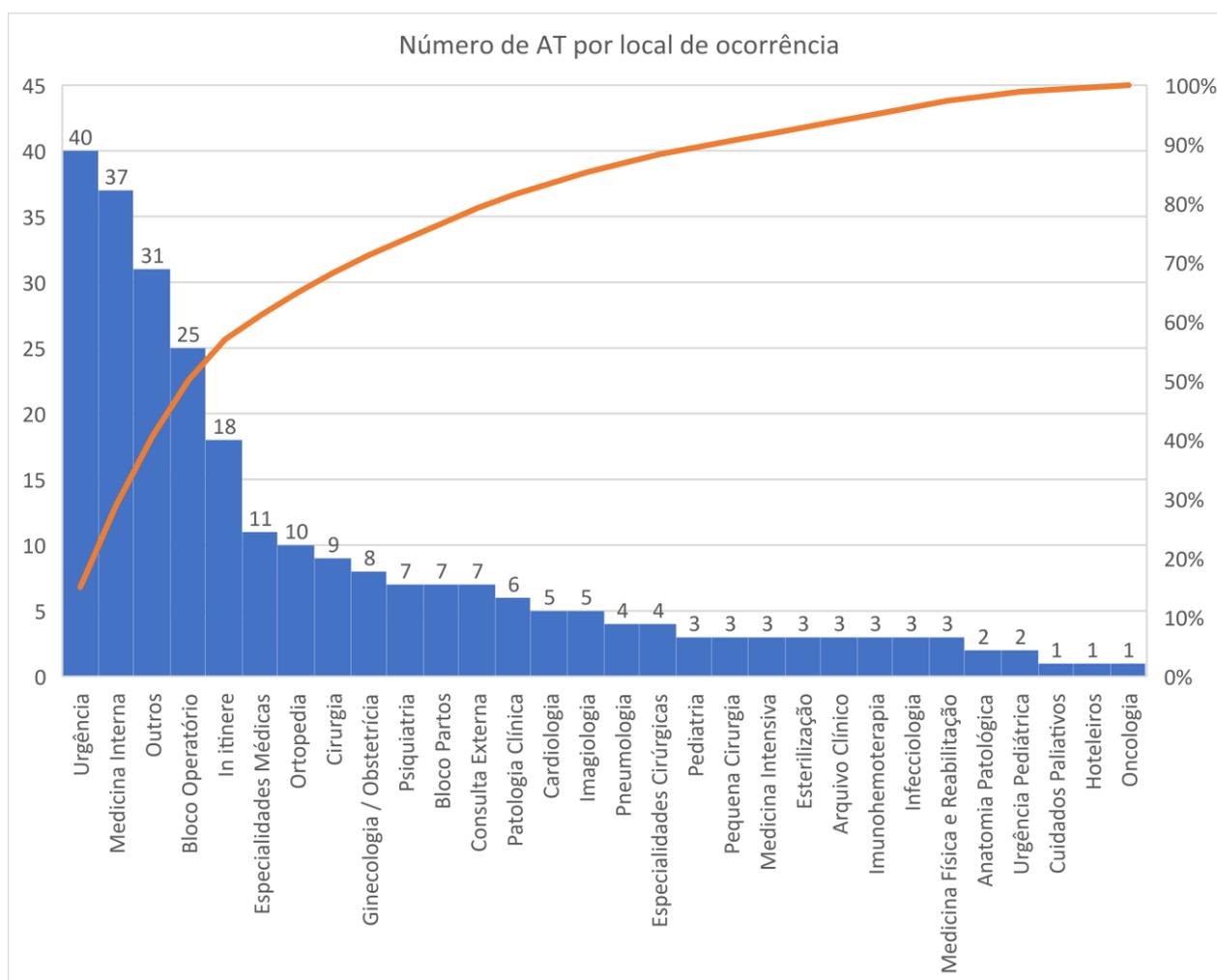
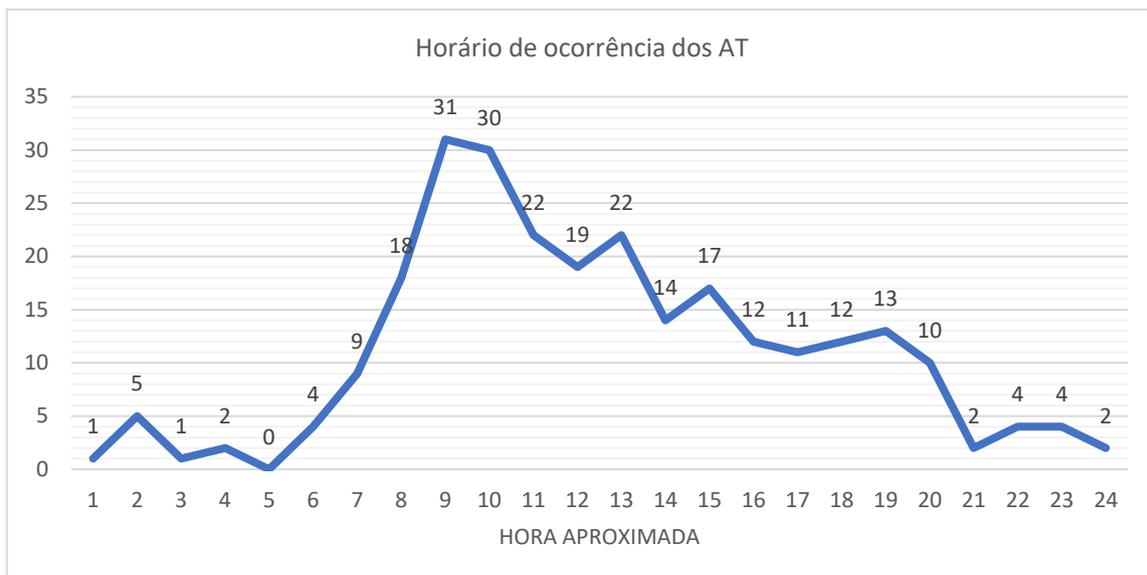


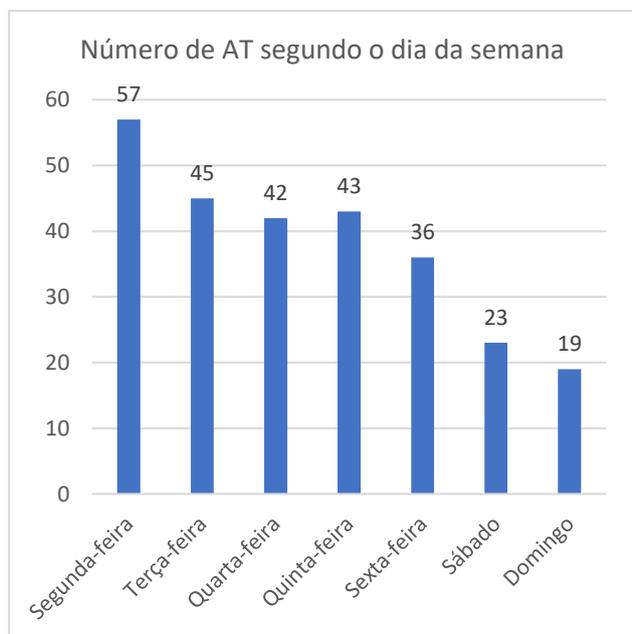
Figura 9: Distribuição do nº de acidentes de trabalho por local de ocorrência.

Analisando o gráfico de distribuição do número de AT em função da hora aproximada de ocorrência (Figura 10), verifica-se que os valores máximos ocorrem entre as 9h e as 11h da manhã (n=83; 31,3%). Destaca-se ainda um segundo pico por volta das 13h, num total de 22 acidentes. Os valores mais baixos verificam-se entre as 21h e as 6h da manhã, atingindo um máximo de 5 acidentes/hora.

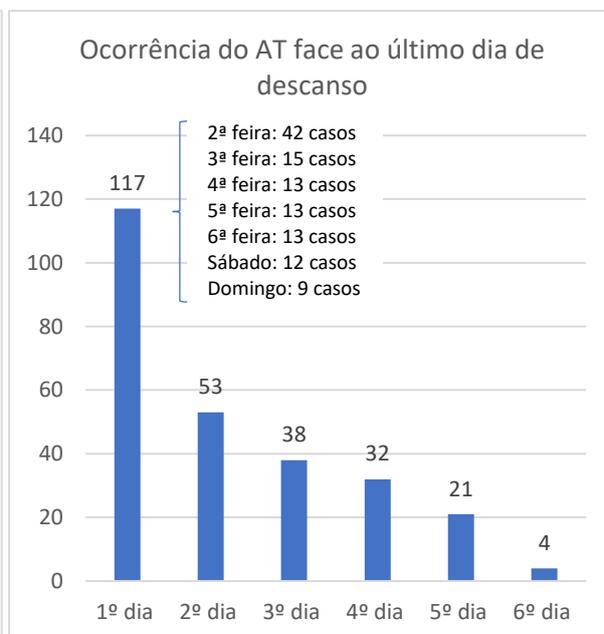


**Figura 10:** Distribuição do nº de acidentes de trabalho em função da hora aproximada de ocorrência.

A segunda-feira é o dia da semana com maior número de acidentes ( $n=57$ ; 21,5%), sendo que a prevalência diminui ao longo da semana, atingindo valores mínimos ao sábado ( $n=23$ ; 8,7%) e ao domingo ( $n=19$ ; 7,2%), conforme se pode constatar na Figura 11. Além disso, e segundo a Figura 12, a ocorrência de AT é maior no 1º dia de trabalho após o último dia de descanso ( $n=117$ ; 44,2%), com uma tendência progressivamente decrescente até ao 6º dia de trabalho consecutivo. Segundo os dados disponíveis, confirma-se que o 1º dia de trabalho após o último dia de descanso coincide maioritariamente com a segunda-feira.

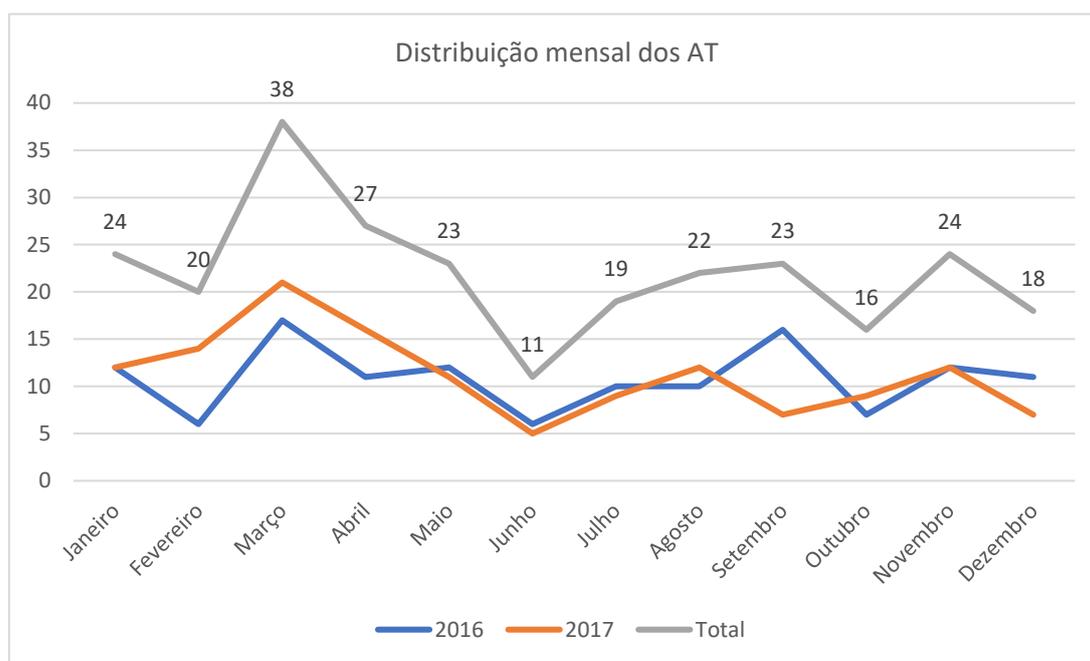


**Figura 11:** Distribuição do nº de acidentes de trabalho pelos dias da semana.



**Figura 12:** Distribuição do nº de acidentes de trabalho face ao último dia de descanso .

Analisando a distribuição mensal dos AT (Figura 13), verifica-se que o traçado conjunto de 2016 e 2017 apresenta um valor máximo no mês de março (n=38; 14,3%) e um valor mínimo no mês de junho (n=11; 4,2%). Estes meses coincidem com os valores máximo e mínimo de AT nos anos de 2016 e 2017, analisando as respectivas curvas isoladamente. Curiosamente, verificou-se também que a prevalência dos AT nos meses de janeiro e novembro foi igual em ambos os anos (n=12; 4,5%).



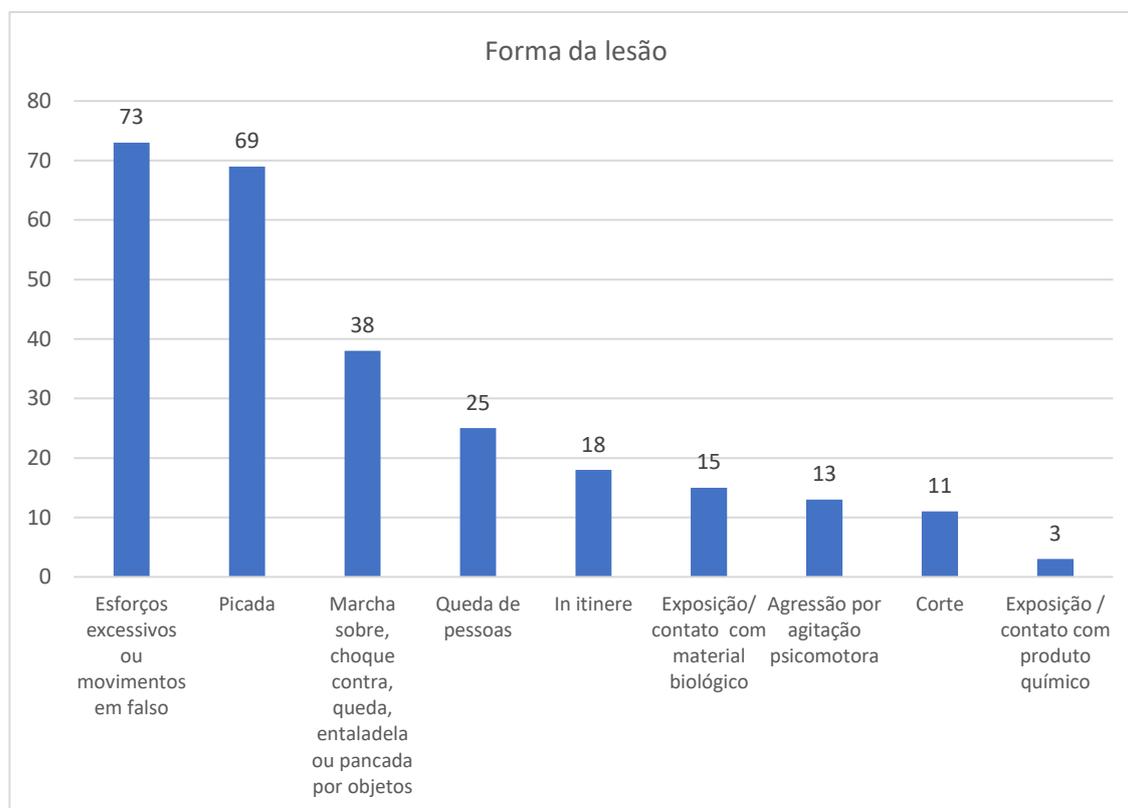
**Figura 13:** Distribuição mensal do nº de acidentes de trabalho.

Relativamente à forma dos AT, a maioria resulta de alterações musculoesqueléticas não traumáticas após esforços excessivos ou movimentos em falso (n=73; 27,5%), conforme se verifica na Figura 14. Os acidentes por picada aparecem em segundo lugar (n=69; 26,0%), seguidos pelos acidentes envolvendo objetos (n=38; 14,3%). Os acidentes com risco biológico, onde se inclui o acidente por corte, picada ou por exposição/ contato com material biológico, correspondem a 35,8% do total. A exposição/contacto com produto químico foi o acidente menos comum (n=3; 1,1%).

Segundo a Tabela 3, que mostra a distribuição do nº de acidentes de trabalho em função da forma da lesão e da categoria profissional, constata-se que:

- os AT por esforços excessivos ou movimentos em falso, envolvendo objetos, por queda de pessoas, de trajeto, e até mesmo por corte, ocorreram maioritariamente nos AO, nomeadamente nos auxiliares de ação médica;
- os AT por picada, por agressão (consequente a agitação psicomotora do doente), e por exposição a produto químico, ocorreram mais frequentemente em enfermeiros;

- os AT por exposição a material biológico ocorreram com a mesma frequência em enfermeiros e médicos.



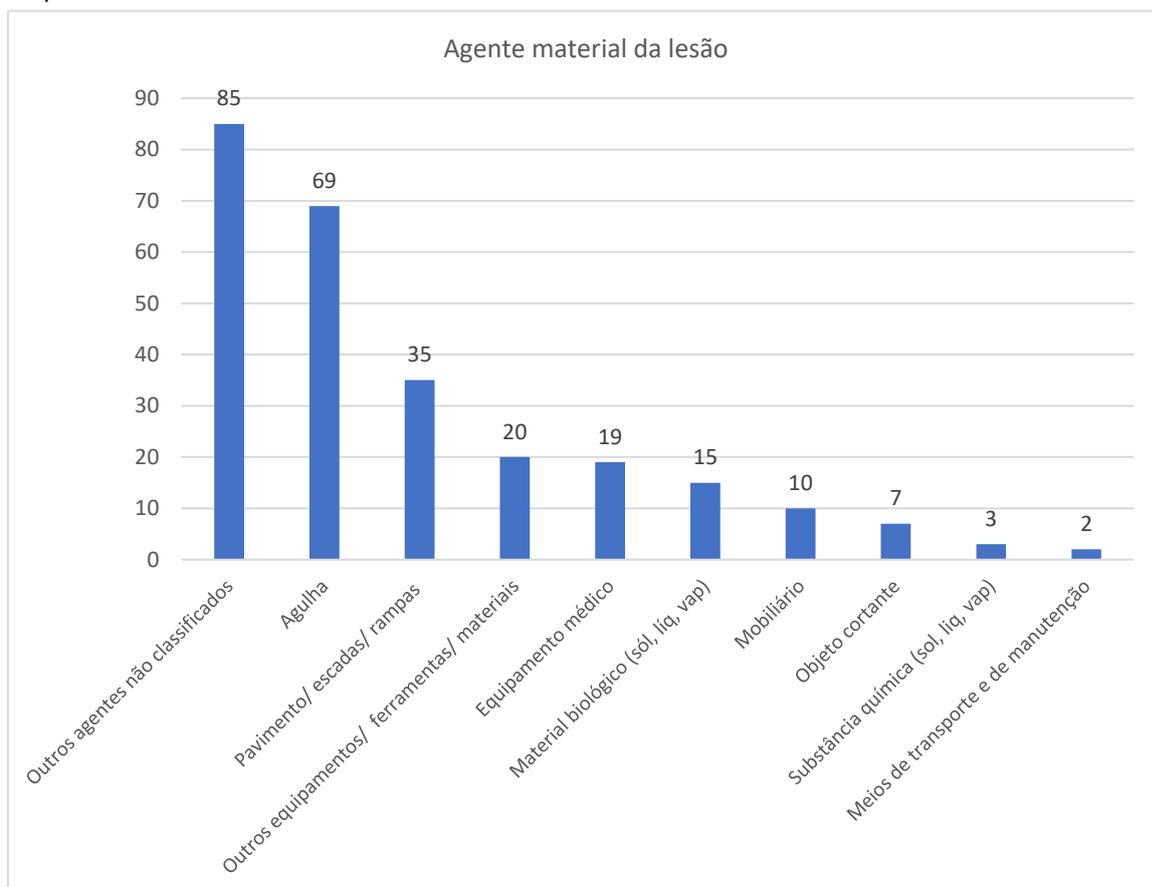
**Figura 14:** Distribuição do nº de acidentes de trabalho segundo a forma da lesão.

**Tabela 3:** Distribuição do nº de acidentes de trabalho em função da forma da lesão e categoria profissional

Forma do AT	Categoria profissional							Total
	AO (AAM)	Enfermeiro	Médico	TDT	AO (SIES)	Assistente Técnico	Outros	
Esforços excessivos ou movimentos em falso	40	25	2	2	1	1	2	73
Picada	4	33	31	1	0	0	0	69
Marcha sobre, choque contra, queda, entaladela ou pancada por objetos	22	7	1	1	4	3	0	38
Queda de pessoas	15	6	1	0	1	2	0	25
In itinere	9	5	3	0	0	0	1	18
Exposição/ contato com material biológico	2	6	6	1	0	0	0	15
Agressão por agitação psicomotora	4	9	0	0	0	0	0	13
Corte	5	2	2	2	0	0	0	11
Exposição / contato com produto químico	1	2	0	0	0	0	0	3
<b>Total</b>	<b>102</b>	<b>95</b>	<b>46</b>	<b>7</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>3</b>	<b>265</b>

AO: Assistente Operacional. AAM: auxiliar de ação médica. TDT: Técnico de Diagnóstico e Terapêutica. SIES = Serviço de Instalações e Equipamentos

A maioria dos AT não tem agente material classificável (Figura 15). Este grupo maioritário associa-se, como esperado, aos acidentes por esforços ou movimentos em falso, e ainda a alguns acidentes por agitação psicomotora do doente, e a acidentes *in itinere*. Os dois primeiros casos envolvem fatores humanos inerentes à prestação de cuidados aos doentes, sem classificação material disponível. A maioria dos AT *in itinere* foram acidentes de viação (n=12), não estando também os veículos contemplados na classificação por agente material. A agulha surge em segundo lugar dos agentes materiais mais comuns, o que coincide com o acidente por picada.



**Figura 15:** Distribuição do nº de acidentes de trabalho segundo o agente material da lesão.

Analisando as causas relacionadas com a ocorrência de AT (Tabela 4), corrobora-se o referido previamente: a maioria dos acidentes, tendo em conta a natureza das tarefas realizadas neste tipo de instituição, resulta da mobilização/ interação com o doente (n=72; 27,2%). Em segundo lugar aparecem “outras causas”, que correspondem a acontecimentos inesperados em que não se conseguiu identificar o motivo direto, tendo em conta a informação disponível (n=32; 14,0%). A terceira causa mais frequente de AT foi o pavimento escorregadio/irregular (n=32; 12,1%). As três causas mais comuns totalizam mais de 50% de todas as causas identificadas (n=141; 53,2%).

Destaca-se ainda o facto de muitas das causas identificadas no momento da notificação do acidente estarem relacionadas, quer com fatores individuais (distração, posturas inadequadas, uso inadequado do material, manipular pesos de forma inadequada, execução incorreta de procedimentos), quer com fatores estruturais e organizacionais (deficiente arrumação, deficiente organização do trabalho, material deficiente/ inadequado, ventilação deficiente/ inadequada).

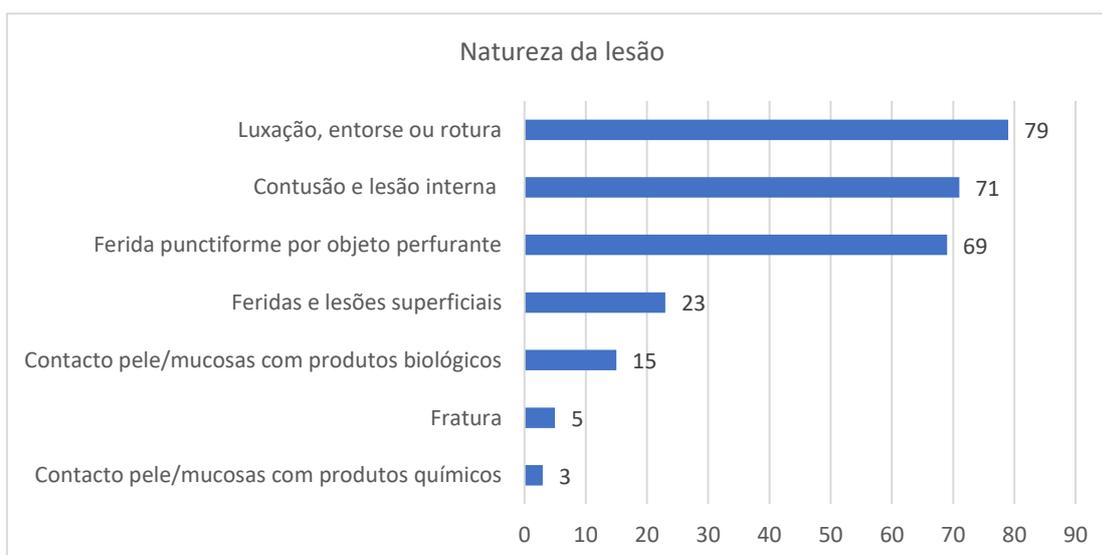
**Tabela 4:** Distribuição do nº de acidentes de trabalho segundo a causa.

Causas diretas	Nº AT	%
Mobilização/ interação com doente	72	27,2%
Outras	37	14,0%
Pavimento escorregadio/ irregular	32	12,1%
Distração	31	11,7%
Posturas inadequadas	21	7,9%
Deficiente arrumação	20	7,5%
Deficiente organização do trabalho	12	4,5%

Causas diretas	Nº AT	%
Material deficiente/ inadequado	11	4,2%
Uso inadequado do material	11	4,2%
Manipular pesos de forma inadequada	6	2,3%
Uso inadequado ou falta de EPI	6	2,3%
Execução incorreta de procedimentos	4	1,5%
Interação / agressividade de utente	1	0,4%
Ventilação deficiente/ inadequada	1	0,4%

EPI: Equipamento de Proteção Individual

Segundo a Figura 16, a “luxação, entorse ou rotura” e a “contusão com lesão interna” perfazem mais de metade de todas as lesões resultantes de AT (n=150; 56,6%). A ferida punctiforme surge em terceiro lugar, associada à picada por agulha, em concordância com o número de casos referidos anteriormente.



**Figura 16:** Distribuição do nº de acidentes de trabalho segundo a natureza da lesão.

As mãos foram a principal zona do corpo afetada (n=97; 36,6%), particularmente nos acidentes por picada, corte e acidentes envolvendo objetos (Tabela 5). O dano corporal com “localizações múltiplas” (n=40; 15,1%) foi provocado principalmente por acidentes de trajeto, queda de pessoas e agressão por agitação do doente. A lesão localizada ao tronco, costas e órgãos internos (n=39; 14,7%) associa-se sobretudo a acidentes por esforços excessivos ou movimentos em falso (n=31). Este tipo de acidentes também está na origem da maioria das lesões dos membros superiores e inferiores, conforme se pode constatar na mesma tabela.

**Tabela 5:** Distribuição do nº de acidentes de trabalho em função da forma e localização da lesão.

Forma do AT	Localização da lesão									
	Mãos	Localizações múltiplas	Tronco, costas e órgãos internos	Membros inferiores (exceto pés)	Membros superiores (exceto mãos)	Cabeça (exceto olhos)	Pescoço (incluindo garganta e vértebras cervicais)	Olhos	Pés	Total
Esforços excessivos ou movimentos em falso	5	3	31	17	12	0	3	0	2	73
Picada	68	0	0	0	1	0	0	0	0	69
Marcha sobre, choque contra, queda, entaladela ou pancada por objetos	10	4	2	8	3	7	0	1	3	38
Queda de pessoas	0	15	1	7	0	1	0	0	1	25
<i>In itinere</i>	0	10	3	3	0	0	2	0	0	18
Exposição/ contato com material biológico	3	3	0	0	0	4	0	5	0	15
Agressão por agitação psicomotora	3	4	2	0	2	0	1	1	0	13
Corte	8	0	0	1	2	0	0	0	0	11
Exposição / contato com produto químico	0	1	0	0	0	0	1	1	0	3
Total	97	40	39	36	20	12	7	8	6	265

### 3.2.3. CONSEQUÊNCIAS DOS ACIDENTES DE TRABALHO

Do total de acidentes, 173 (65,3%) geraram lesão sem incapacidade, 85 (32,1%) originaram lesão com ITA para o trabalho, tendo sido atribuída ITP apenas a 8 casos. Durante os dois anos não se registaram acidentes mortais nem com incapacidade permanente (Tabela 6).

**Tabela 6:** Distribuição do nº de acidentes de trabalho em função das suas consequências.

Consequências dos AT	2016	2017	Total
SI	82	91	173
Apenas ITA	42	42	84
Apenas ITP	1	6	7
ITA + ITP	1	0	1
IP	0	0	0
Morte	0	0	0
<b>Total</b>	<b>126</b>	<b>139</b>	<b>265</b>

Dos acidentes com ITA: 43 foram notificados em 2016, com um total de 1288 dias de trabalho perdidos, que se traduz numa média de 30 dias perdidos por acidente; 42 foram participados em 2017, correspondendo a 1316 dias de trabalho perdidos, com uma perda média de 31,3 dias de trabalho por acidente; considerando os dois anos, a média de dias perdidos é de 30,6. Sendo assim, apesar de o nº de AT com ITA ser semelhante nos dois anos, verifica-se que o nº médio de dias perdidos por acidente em 2017 é ligeiramente superior, correspondendo a um aumento de 2,2% do nº de dias perdidos. O nº de acidentes com ausência superior a 30 dias corresponde a 41,2% do total de AT com ITA.

Na Tabela 7 pode-se constatar que os auxiliares de ação médica foram a categoria profissional com maior quantidade de dias de trabalho perdidos devido a AT, contando por mais de metade do total (n=1812; 69,6%). Os enfermeiros foram a segunda categoria profissional com mais dias de trabalho perdidos devido a AT (n=600; 23,0%).

**Tabela 7:** Consequências dos acidentes de trabalho em função da categoria profissional.

Categoria profissional	SI	ITA	Nº de dias perdidos
Assistente operacional (AAM)	44	53	1812
Enfermeiro	68	25	600
Outros	1	2	73
Médico	44	2	58
Assistente Técnico	5	1	50
Técnico de Diagnóstico e Terapêutica	6	1	8
Assistente operacional (SIES)	5	1	3
<b>Total</b>	<b>173</b>	<b>85</b>	<b>2604</b>

AAM: auxiliar de ação médica. SIES = Serviço de Instalações e Equipamentos

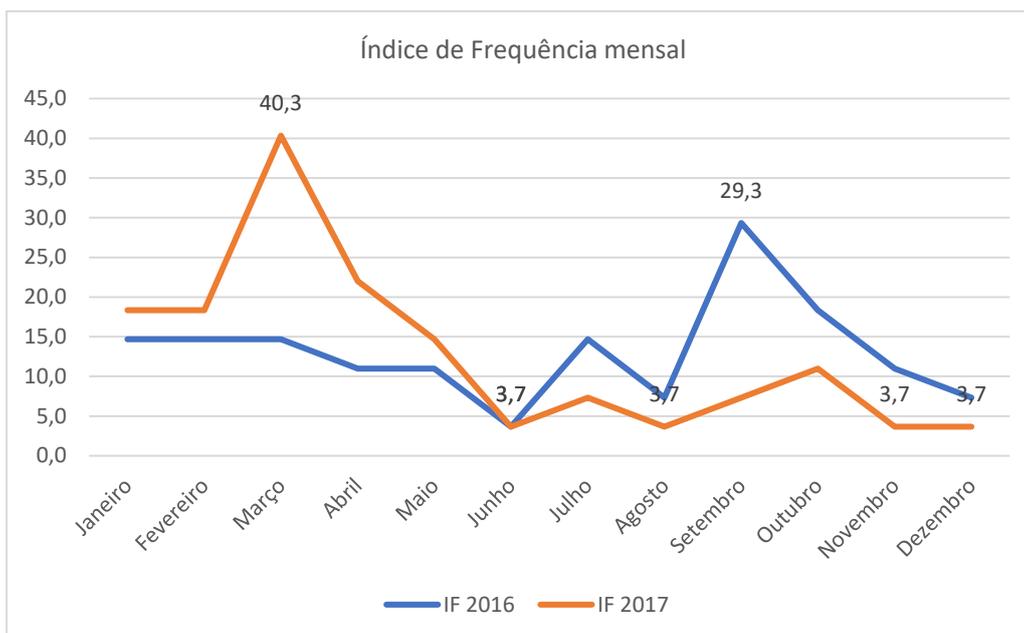
As lesões como a “luxação, entorse ou rotura” foram responsáveis pela maioria dos dias de trabalho perdidos (n=1288; 49,5%), seguidas por “contusão com lesão interna” (n=801; 30,8%), “fratura” (n=304; 11,7%) e “feridas e lesões superficiais” (n=120; 4,6%). Nenhum dos acidentes por picada ou por exposição a produtos biológicos gerou incapacidade (Tabela 8).

**Tabela 8:** Consequências dos acidentes de trabalho em função da natureza da lesão.

<b>Natureza da lesão</b>	<b>SI</b>	<b>ITA</b>	<b>Nº de dias perdidos</b>
Luxação, entorse ou rotura	26	50	1288
Contusão e lesão interna	41	26	801
Fratura	1	4	304
Feridas e lesões superficiais	19	4	120
Contacto pele/mucosas com produtos químicos	2	1	91
Ferida punctiforme por objeto perfurante	69	0	0
Contacto pele/mucosas com produtos biológicos	15	0	0
<b>Total</b>	173	85	2604

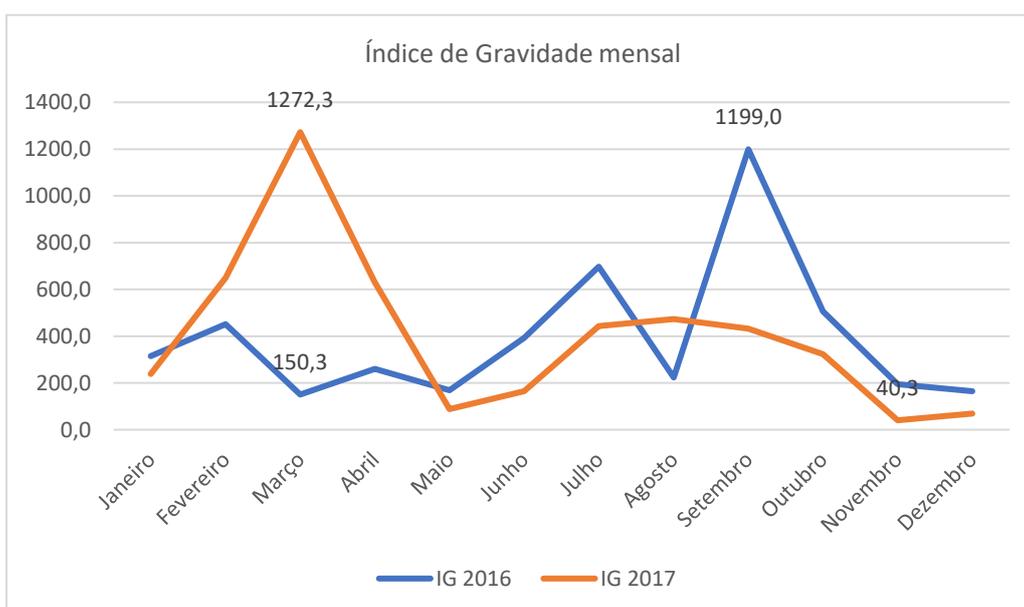
#### **3.2.4. ÍNDICES DE SINISTRALIDADE**

Durante o ano de 2016, o **índice de frequência** máximo ocorreu em setembro, atingindo 29,3 AT com ITA por milhão de horas-homem trabalhadas, e o valor mínimo ocorreu em junho num total de 3,7 AT com ITA por milhão de horas-homem trabalhadas. Em 2017, o índice de frequência máximo foi alcançado em março (40,3 AT com ITA por milhão de horas-homem trabalhadas), sendo que o valor mínimo coincidiu com o de 2016, repetindo-se nos meses de junho, agosto, novembro e dezembro (Figura 17).



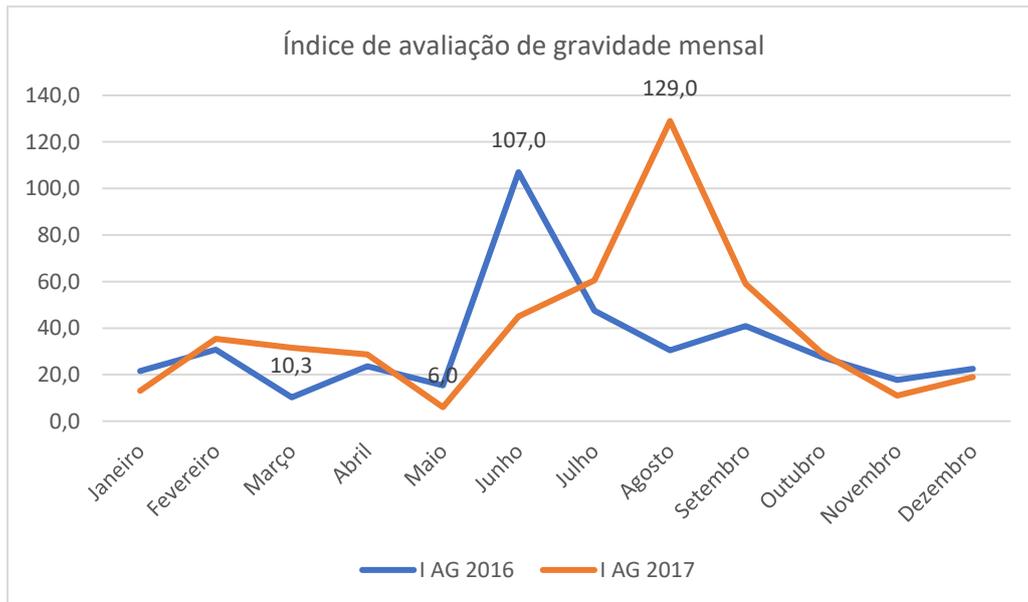
**Figura 17:** Índice de frequência mensal relativo aos AT de 2016 e 2017.

Relativamente ao **índice de gravidade** (Figura 18), em 2016 o valor máximo foi atingido em setembro, com 1 199,0 dias de trabalho perdidos por milhão de horas-homem trabalhadas, e o valor mínimo verificou-se no mês de março, num total de 150,3 dias de trabalho perdidos por milhão de horas-homem trabalhadas. Em 2017, o valor máximo de 1 272,3 dias perdidos por milhão de horas-homem trabalhadas ocorreu em março, e o valor mínimo de 40,3 dias em novembro. Comparando de forma grosseira os traçados e os valores dos dois anos, poder-se-á afirmar uma certa inversão dos índices de gravidade de um ano em relação ao outro.



**Figura 18:** Índice de gravidade mensal relativo aos AT de 2016 e 2017.

O número médio mensal de dias perdidos por acidente está ilustrado na Figura 19. O mês de junho, apesar de ter menor índice de frequência nos dois anos, apresenta o **índice de avaliação de gravidade** máximo em 2016, com 107 dias perdidos no único AT com ITA. Curiosamente, o único acidente com ITA que ocorreu em agosto de 2017 também coincide com o maior índice de avaliação de gravidade, com 129 dias perdidos.



**Figura 19:** Índice de avaliação de gravidade mensal relativo aos AT de 2016 e 2017.

Em conjunto, a instituição registou uma perda de 2604 dias. Tendo em conta um horário padrão de 7 horas de trabalho diário, constata-se que, nestes dois anos, 18 228 horas de trabalho não geraram produtividade, apenas custos remuneratórios e/ou compensatórios.

#### 4. DISCUSSÃO

---

Verificou-se um aumento do nº de notificações de 10,3% de 2016 para o 2017, apesar de o nº de trabalhadores se ter mantido relativamente o mesmo (segundo os dados do RU). Este aumento pode estar relacionado com uma maior sensibilização dos trabalhadores para a notificação dos AT, principalmente das lesões musculoesqueléticas, uma vez que originam incapacidade mais prolongada e tratamentos mais morosos, ocorrendo por vezes recidiva das lesões, o que é fonte de preocupação para os trabalhadores. Por outro lado, não se poderá excluir o aumento real do nº de casos, que poderá estar relacionado com modificações ocorridas nas condições e ambiente de trabalho, na organização das tarefas ou nas características da população trabalhadora.

A maioria dos AT ocorreu nos profissionais do género **feminino** com **menos de 10 anos de ligação à instituição**, refletindo, de certa forma, as características da população trabalhadora do Centro Hospitalar. Os **AO**, nomeadamente os **AAM**, foram a categoria profissional que sofreu mais AT, seguindo-se dos enfermeiros, o que contraria a representatividade dos trabalhadores na instituição, assim como grande parte dos estudos realizados nos hospitais portugueses, onde os enfermeiros correspondem à maioria dos lesados (7, 15-18). Embora os enfermeiros sejam a classe profissional que presta o maior número de cuidados diretos aos utentes, os AAM são responsáveis pela mobilização, posicionamento e transporte de doentes, limpeza dos espaços, recolha e transporte de amostras biológicas, auxílio na higienização e alimentação de doentes dependentes, e transporte de equipamentos técnicos. Estas tarefas implicam, muitas vezes, sobrecarga de trabalho e demasiado esforço físico individual, tendo em conta a diminuição geral do rácio profissional de saúde/doente (19), e as condições físicas de uma classe composta maioritariamente por mulheres, com uma média de 50 anos. Além disso, muitas vezes o ambiente de trabalho não permite posturas adequadas na realização das tarefas, refletindo-se na ocorrência AT, nomeadamente lesões musculoesqueléticas. De facto, o principal tipo de acidente neste estudo foi a **“luxação, entorse ou rotura”** localizado **“ao tronco, costas e órgãos internos”** (e com menos frequência nos membros) devido a **“esforços excessivos ou movimentos em falso”** relacionados com a **“mobilização/ interação com o doente”**.

Os trabalhadores das faixas etárias dos **45-54 anos foram os mais afetados**, contrariando também neste ponto as características dos profissionais do Centro Hospitalar, que se distribuem maioritariamente pelos 25-34 anos. Os estudos encontrados não são consensuais neste aspeto, verificando-se alguma variabilidade na predominância etária dos sinistrados (16, 17, 20).

A **picada** por agulha foi o segundo tipo de acidente mais frequente. Este resultado contraria a maioria dos estudos nacionais encontrados, onde a picada é o tipo de acidente com maior frequência em contexto hospitalar (7, 15, 17, 18, 20). A picada é o AT mais comum entre enfermeiros e médicos e as **mãos** são a zona do corpo mais afetada, quer neste estudo quer em todos os estudos consultados. A elevada frequência dos acidentes por picada nos **enfermeiros** justifica-se pela elevada frequência da manipulação de agulhas na preparação e administração da medicação, assim como na execução de várias técnicas invasivas, nomeadamente a colheita de amostras sanguíneas, o que muitas vezes é dificultado pela agitação dos doentes. A frequência de picadas nos médicos justifica-se, principalmente, pela inadequada disposição e manipulação do material corto-perfurante durante procedimentos invasivos de competência médica (gasometria, anestesia, cirurgia, biópsia, colocação de pacemaker, toracocentese, paracentese). A picada nos AO deve-se, quer a más práticas no descarte dos resíduos corto-perfurantes por parte dos utilizadores (uma vez que esta categoria profissional não utiliza este tipo de material para exercer as suas funções), quer ao uso inadequado dos contentores, sobrepondo a sua capacidade máxima. Excesso de confiança relativamente a comportamentos de risco ou ambientes de trabalho em que os profissionais estão constantemente sob pressão são também possíveis causas para a elevada frequência do acidente por picada a nível hospitalar.

A maioria dos AT ocorreu nos serviços de **internamento** e no **período da manhã**, em concordância com a maioria dos estudos consultados (7, 15-17, 20). Note-se que, apesar de os resultados terem sido apresentados por local de ocorrência (conforme definido nos modelos de inquérito), onde o Serviço de Urgência se destacou como o local com mais AT, agrupando a totalidade dos acidentes ocorridos nos vários serviços de internamento, verifica-se que facilmente este número é superado. A Medicina Interna é o serviço de internamento onde ocorrem mais AT, o que pode ser explicado pela grande quantidade de doentes, maioritariamente idosos, limitados fisicamente, muitas vezes obesos e com várias comorbilidades, o que exige da parte dos profissionais maior esforço a todos os níveis para prestação de cuidados adequados.

Os valores máximos de AT ocorreram entre as 9h e as 11h da manhã, coincidindo com o horário em que há maior volume de trabalho e maior afluência de pessoas à instituição. A maior parte dos exames complementares de diagnóstico, colheita de amostras, procedimentos terapêuticos, cirurgias eletivas, mobilizações e transferências de doentes, assim como cuidados de higiene e conforto, são realizados nesse período; o mesmo acontece com a preparação de refeições e alimentação dos doentes, reposição de armazéns, farmácia e lavandaria, realização de tarefas de limpeza, reparações e manutenção de equipamentos. Neste estudo, destaca-se

ainda um segundo pico por volta das 13h, que poderá coincidir com a realização de algumas tarefas sob pressão, em relação com a proximidade da hora de almoço. Os valores mínimos de AT verificam-se entre as 21h e as 6h da manhã, provavelmente associados à menor intensidade laboral, apesar de o trabalho noturno interferir com a capacidade de vigília e atenção.

A **segunda-feira** é o dia da semana com maior número de AT, coincidindo, geralmente, com o 1º dia de trabalho após o descanso semanal. Para além de ser o dia da semana com mais intensidade de trabalho, dada a afluência de pessoas ao Centro Hospitalar, esse fato poderá relacionar-se, de certo modo, com alguma inadaptação à atividade laboral após o período de descanso. (15, 17)

Em ambos os anos, o nº máximo de AT foi em março e o nº mínimo em junho. O primeiro poderá estar relacionado com o aumento do nº de contratações no início do ano com necessidade de adaptação dos novos profissionais às respetivas funções. O segundo seguramente estará relacionado com a diminuição acentuada do nº de profissionais por motivos de férias.

A **maioria** dos acidentes **não causou incapacidade**, incluindo todos os acidentes por picada ou por exposição a produtos biológicos, tendo em conta que normalmente apenas é necessária a vigilância serológica periódica. As lesões como a “luxação, entorse ou rotura” foram responsáveis pela maioria dos dias de trabalho perdidos, seguidas por “contusão com lesão interna”, “fratura” e “feridas e lesões superficiais”, provavelmente devido ao tempo necessário para a recuperação das mesmas. Estes resultados estão de acordo com vários estudos portugueses (7, 16, 17, 20).

O nº de AT com ITA foi semelhante em ambos os anos, registando-se apenas um aumento de 2,2% do número de dias de trabalho perdidos de 2016 para 2017. Tendo em conta a variabilidade dos índices de sinistralidade, não parece haver um mês ciclicamente crítico em termos de AT. Em conjunto, a instituição registou uma perda de 2 604 dias o que corresponde a 18 228 horas de trabalho perdidas.

#### **4.1. LIMITAÇÕES DO ESTUDO**

Os resultados do presente estudo foram apenas comparados com estudos hospitalares nacionais, tendo em conta a similaridade na organização das instituições e, por consequência, a facilidade de comparação de resultados. As disparidades encontradas face aos outros estudos poderão estar relacionadas com o uso de metodologias diferentes, nomeadamente na classificação dos AT. Para além disso, a localização geográfica das instituições poderá influenciar, em certa medida, as características da população trabalhadora.

Os valores apresentados refletem apenas a informação disponível dos AT notificados:

- Sabe-se que há uma grande percentagem de subnotificação de acidentes no meio hospitalar, principalmente dos acidentes envolvendo risco biológico (acidente com material corto-perfurante e exposição/ contato com material biológico). As razões apontadas para a não participação relacionam-se com a perceção de baixo risco por parte do trabalhador (associada a fraca preparação e sensibilização para o reconhecimento de alguns fatores de risco), a falta de tempo devido ao excessivo ritmo de trabalho, a burocracia excessiva na participação do acidente, o desconhecimento formal da obrigatoriedade de notificação e até mesmo o receio de os profissionais poderem ser considerados menos competentes (7, 15, 17, 21-23). Assim, tendo em conta os resultados obtidos neste estudo, o nº de acidentes envolvendo risco biológico estará, por certo, subvalorizado.
- Alguns AT apresentavam informação incompleta, classificação errónea e díspar, o que implicou a consulta dos processos individuais e a correção dos respetivos dados para a realização do estudo.

Finalizado o estudo, assinala-se que poderiam ter sido analisadas outras variáveis, como o estado civil, as habilitações literárias, a relação jurídica de emprego e a modalidade de horário do sinistrado. Seria também interessante averiguar os custos das horas de trabalho perdidas e a relação de associação entre as várias variáveis.

## 5. CONCLUSÃO

---

Como constatado, os profissionais de saúde das instituições hospitalares, pela especificidade das suas funções, bem como pelo contexto em que desempenham o seu trabalho, estão expostos diariamente a vários riscos laborais, potencialmente causadores de acidente.

Durante o período em estudo, os AT ocorreram mais em mulheres, AO (nomeadamente AAM), com menos de 10 anos de serviço, da faixa etária dos 45-54 anos, sendo que o principal tipo de acidente foi a “luxação, entorse ou rotura” localizado “ao tronco, costas e órgãos internos” devido a “esforços excessivos ou movimentos em falso” relacionados com a “mobilização/ interação com o doente”. As mãos foram a principal zona do corpo afetada particularmente nos acidentes por picada (2º AT mais comum), corte e acidentes envolvendo objetos. A maioria dos AT ocorreu nos serviços de internamento, das 8h às 13h. A segunda-feira foi o dia da semana com maior número de AT, coincidindo, geralmente, com o 1º dia de trabalho após o descanso semanal.

Destaca-se ainda o facto de muitas das causas identificadas no momento da notificação do acidente estarem relacionadas, quer com fatores individuais (distração, posturas inadequadas, uso inadequado do material, manipulação de pesos de forma inadequada, execução incorreta de procedimentos), quer com fatores estruturais e organizacionais (deficiente arrumação, deficiente organização do trabalho, material deficiente/ inadequado, ventilação deficiente/ inadequada).

A maioria dos acidentes não causou incapacidade, incluindo todos os acidentes por picada ou por exposição a produtos biológicos. Dos AT com ITA, os AAM foram a categoria profissional com maior quantidade de dias de trabalho perdidos devido a AT, e as lesões como a “luxação, entorse ou rotura” foram as principais responsáveis por essa perda. Tendo em conta a variabilidade dos índices de sinistralidade, não parece haver um mês ciclicamente crítico em termos de AT. Em conjunto, a instituição registou uma perda de 2604 dias o que corresponde a 18 228 horas de trabalho perdidas.

Tendo em conta as variáveis analisadas neste estudo e as circunstâncias em que ocorreram os AT, apresentam-se algumas considerações e propostas de medidas preventivas/corretivas com o objetivo de reduzir a frequência e a gravidade dos mesmos.

## **Medidas gerais**

- O serviço de SST, conforme definido na Lei 102/2009, de 10 de setembro, deve tomar as medidas necessárias para prevenir os riscos profissionais e promover a SST, nomeadamente através da:
  - Colaboração na definição de locais, métodos e organização do trabalho: a adequação das condições de trabalho (incluindo o dimensionamento do espaço e a disposição dos equipamentos tendo em conta as tarefas dos trabalhadores, a acessibilidade das vias e a minimização das exigências físicas, cognitivas e psicológicas) deveria ser encarada como uma exigência indispensável, já que implica potenciais repercussões para a segurança do paciente;
  - Conceção do programa de formação para a promoção da segurança e saúde no trabalho, sendo que a formação dos profissionais de saúde, assim como das chefias e gestores da saúde (entre outros, administradores hospitalares e gestores do risco clínico) deveria integrar a perspetiva sistémica da gestão do risco e da segurança do paciente em ambiente hospitalar;
  - Supervisão do aprovisionamento, da validade e conservação de EPI, bem como da instalação e da manutenção da sinalização de segurança.
  - Avaliação dos riscos laborais e elaboração do plano de medidas de prevenção e proteção dos trabalhadores;
  - Análise das causas do acidente, recolha e organização dos elementos estatísticos respetivos.

A não notificação do acidente impede o estudo da situação em concreto e a identificação dos elementos que contribuíram para a sua ocorrência, prejudicando não só o cálculo das estimativas estatísticas, mas também a eliminação de potenciais lesões futuras noutros trabalhadores, uma vez que estas causas não foram estudadas e corrigidas.

## **Medidas específicas**

- Sabendo que a maioria dos sinistrados são mulheres de meia idade que sofreram acidentes nos primeiros 10 anos de serviço por esforço físico excessivo na interação com o doente, causando lesões que são a principal causa de dias de trabalho perdidos, seria premente:
  - em primeiro lugar, realizar uma triagem nas contratações com base nas tarefas a desempenhar, tendo em conta a formação graduada (muitas vezes não relacionada com a área da saúde), e a robustez física dos candidatos (é sabido

que as mulheres apresentam, de uma forma geral, menos massa muscular, o que é agravado pelo envelhecimento e aquisição de hábitos de vida pouco saudáveis);

- em segundo lugar, e tendo em conta que uma das obrigações do empregador é fornecer formação adequada aos profissionais, após contratação (e periodicamente) os colaboradores deveriam receber formação especializada, abordando pontos críticos em termos de sinistralidade, neste caso focando as posturas adequadas na interação com o doente em tarefas como posicionamentos, mobilizações, transferências e utilização de equipamentos de apoio;
- em terceiro lugar, seria importante implementar um programa de ginástica laboral específico, que preparasse os trabalhadores, do ponto de vista físico e mental, para a jornada de trabalho (não excluindo o incentivo de prática de atividade física regular).
- A maioria dos acidentes ocorreu no internamento, principalmente no de Medicina Interna, e no período da manhã, ou seja, no horário com mais fluxo de pessoas e com mais volume de trabalho. A diminuição do nº de acidentes talvez fosse conseguida pela adoção de uma organização alternativa das atividades de cada categoria profissional no serviço. Infelizmente, a falta de mão-de-obra especializada só poderá ser colmatada pelo aumento das contratações de profissionais de saúde.
- Tendo em conta o número de ocorrências registadas relacionadas com fatores estruturais e organizacionais, recomenda-se também:
  - proceder à reparação do pavimento nos locais em que o mesmo se encontra em mau estado de conservação (nomeadamente no recinto externo) e sensibilizar os trabalhadores para manterem os pavimentos limpos e sem obstáculos nas zonas de trabalho e de circulação;
  - garantir o uso correto e a arrumação apropriada dos equipamentos de trabalho, ferramentas e utensílios;
  - assegurar o cumprimento de procedimentos internos;
  - melhorar a articulação entre os diferentes serviços da instituição.

Em suma, é fundamental a adoção de uma cultura de segurança e saúde que implica, não só que a sociedade e as estruturas políticas e económicas assumam a SST como um objetivo prioritário, criando as condições legais, materiais e técnico-profissionais para a sua aplicação prática, como também a educação dos cidadãos nestas matérias.

O especialista em Medicina do Trabalho, enquanto mediador entre o sinistrado, a companhia de seguros e o empregador, deve conhecer a instituição (organização, instalações, equipamentos), os riscos dos postos de trabalho e o trabalhador, não só clinicamente, mas também o seu contexto socioeconómico e a sua relação com as chefias, o que facilitará a posterior reintegração do profissional, apesar de este ser ainda um processo marcado por uma elevada complexidade e morosidade, no que concerne os aspetos burocráticos, administrativos e legais.

Tendo em conta que a segurança do profissional de saúde se reflete na segurança do doente, sugere-se a realização de estudos noutras instituições de saúde que melhorem o conhecimento nacional acerca da dimensão atual dos riscos ocupacionais, da frequência dos AT e das suas consequências. Seria também importante perceber quais as razões que levam as instituições a negligenciar os incidentes e os acontecimentos perigosos, uma vez que estes são indicadores de falhas que podem contribuir para a ocorrência de AT.

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

1. Neto HV. Segurança e saúde no trabalho em Portugal: um lugar na história e a história de um lugar. *International Journal on Working Conditions (RICOT Journal)*. 2011;2:71-90.
2. Sousa-Uva A, Serranheira F. Saúde do trabalhador, Ergonomia e Segurança do paciente. 2014. p. 115-38.
3. Reason J. *Human Error*: Cambridge University Press; 1990.
4. Reason J. *Managing the risks organizational accidents*: Ashgate; 1997. 252 p.
5. Serranheira F, Sousa P, Sousa-Uva A. *Saúde e Segurança do Trabalho e Segurança do Doente: reflexões para uma abordagem sistémica*. 2010.
6. Matoso T. *Cultura de Segurança e Acidentes de Trabalho: estudo de caso em dois serviços não clínicos de um Hospital Central*. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública. Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa. 2016.
7. Mendes T, Aresosa J. Quando o lugar da cura também causa danos: riscos e acidentes de trabalho num hospital de Lisboa. *International Journal on Working Conditions (RICOT Journal)*. 2016(12):135-53.
8. EU-OSHA. *Comparação Internacional do custo dos acidentes e doenças relacionadas com o trabalho*. 2017. Disponível em: <https://osha.europa.eu/pt/tools-and-publications/publications/international-comparison-cost-work-related-accidents-and/view>.
9. *Estratégia Nacional para a Segurança e Saúde no Trabalho 2015-2020: Por um Trabalho seguro, saudável e produtivo*. Lisboa: ACT, 2016.
10. *Segurança e Saúde no Trabalho 2016*. Gabinete de Estratégia e Planeamento. Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social. 2018.
11. *Segurança e Saúde no Trabalho 2017*. Gabinete de Estratégia e Planeamento. Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social. 2018.
12. *Relatório Social do Ministério da Saúde e do Serviço Nacional de Saúde 2016*. Ministério da Saúde.
13. *Relatório Social do Ministério da Saúde e do Serviço Nacional de Saúde 2017*. Ministério da Saúde.
14. Organização Internacional do Trabalho. *Resolução sobre as estatísticas das lesões profissionais devidas a acidentes de trabalho : 16ª Conferência Internacional de Estatísticos do Trabalho*. Genebra. 1998.
15. Antunes MI. *Acidentes de trabalho em meio hospitalar - que realidade? Breve análise estatística*. 2017. In: *TecnoHospital, Revista de Engenharia e Gestão da Saúde* [Internet]. Disponível em: <http://www.tecnohospital.pt/noticias/acidentes-trabalho-hospitais/>.
16. Cavaleiro M, Ferreira A, Figueiredo J, Conde J. Estudo da sinistralidade laboral em meio hospitalar - Aspeto fundamental para a integração da segurança no trabalho na gestão de unidades de saúde. *International Journal on Working Conditions (RICOT Journal)*. 2012(3):21-41.
17. Martins M, Silva N, Correia T. *Accidents at work and its impact on a hospital in Northern Portugal*. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2012;20:217-25.
18. Ruiz M, Bardoza D, Soler Z. *Acidentes de trabalho: um estudo sobre esta ocorrência em um hospital geral*. *Arquivos de Ciências da Saúde*. 2004;11:219-24.
19. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. *Portugal: Perfil de Saúde do País 2017, State of Health in the EU*. 2017. OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.
20. Serviço de Segurança e Saúde do Trabalho. *Acidentes de Trabalho no ano de 2016*. Centro Hospitalar de Leiria.
21. Facchin L, Gir E, Pazin-Filho A, Hayashida M, da Silva Canini S. *Under-reporting of accidents involving biological material by nursing professionals at a Brazilian emergency hospital*. *International journal of occupational safety and ergonomics : JOSE*. 2013;19(4):623-9.

22. Arieiro V. Subnotificação de acidentes de trabalho de enfermeiros do Serviço de Urgência. Dissertação de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Instituto Politécnico de Viana do Castelo. 2015.
23. Falagas ME, Karydis I, Kostogiannou I. Percutaneous exposure incidents of the health care personnel in a newly founded tertiary hospital: a prospective study. PLoS one. 2007;2(2):e194.

#### **LEGISLAÇÃO CONSULTADA**

Lei n.º 102/2009, de 10 de setembro, e alterações subsequentes, aprova o regime jurídico da promoção e prevenção da Segurança e Saúde do Trabalho.

Lei 98/2009, de 24 de setembro, e subsequentes alterações, regulamenta o regime de reparação de acidentes de trabalho e de doenças profissionais, incluindo a reabilitação e reintegração profissionais.

Decreto-Lei n.º 503/99, de 20 de novembro, e subsequentes alterações, aprova o novo regime jurídico dos acidentes em serviço e das doenças profissionais no âmbito da Administração Pública.

Lei n.º 35/2014, de 20 de junho, e subsequentes alterações, estabelece a Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas.