

POTENCIALIDADE DE NOTIFICAÇÃO E INFORMAÇÃO DE ACIDENTES DE TRABALHO NO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

CAPABILITY OF INFORMATION AND NOTIFICATION OF OCCUPATIONAL ACCIDENTS
IN THE USER EMBRACEMENT AND RISK RATING UNIT

AROLDO GAVIOLI^{1*}, MAGDA LÚCIA FÉLIX DE OLIVEIRA², THAIS AIDAR DE FREITAS MATHIAS³

1. Enfermeiro do Hospital Universitário Regional de Maringá, Docente do Curso de Enfermagem da Uningá; **2.** Doutora em Saúde Coletiva, Professora Associada da Faculdade de Enfermagem da Universidade estadual de Maringá, Docente do Programa de Pósgraduação em Enfermagem do PSE-UEM; **3.** Doutora em Epidemiologia, Professora Associada da Faculdade de Enfermagem da Universidade estadual de Maringá, Docente do Programa de Pósgraduação em Enfermagem do PSE-UEM.

Avenida Mandacarú, 1580, Parque das Laranjeiras, Maringá, Paraná, Brasil. CEP: 87083-240. gavioli.aroldo@gmail.com

Recebido em 11/01/2017. Aceito para publicação em 15/03/2017

RESUMO

Acidentes de trabalho são eventos geralmente evitáveis que, embora subnotificados ocorrem com frequência no Brasil. O objetivo deste estudo foi analisar o perfil dos acidentados de trabalho atendidos num Pronto Socorro público do Paraná e que foram notificados por enfermeiros atuantes na Unidade de Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) e verificar a potencialidade de notificação destes eventos pela equipe de enfermagem. Foi realizado estudo transversal, por meio da análise de 1528 fichas de classificação de risco, nos meses de dezembro de 2010 a junho de 2011. Os acidentes representaram 7% do total de atendimentos no período, acometendo com maior frequência homens jovens, com media de idade de 33,6 anos, trabalhadores da construção civil e com contratos de trabalhos informais. A mão foi a parte do corpo mais lesada nos acidentes, e as lesões geralmente foram leves, porém alguns trabalhadores apresentaram fraturas, amputações e traumatismos graves, necessitando de cirurgias e internações. Os dados demonstram que os enfermeiros da unidade de acolhimento do pronto socorro foram profissionais importantes na notificação destes eventos e apontam para a importância de ações transversais de vigilância em saúde do trabalhador.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem, acolhimento, acidentes de trabalho, serviço hospitalar de emergência, saúde do trabalhador.

ABSTRACT

Occupational accidents are often preventable events that, although sub notified, occur frequently in Brazil. The aim of this study was to analyze the profile of occupational accidents treated at the Emergency Room of a public hospital at Paraná State that were reported by nurses working in a User Embrace and Risk Rating unit (UERR) and verify the capability of notification of these events by nursing staff. Sectional study was performed through the analysis of 1528 risk rating records, from December 2010 to June 2011. Accidents accounted 7% of the total demand in the period, affecting more frequently young men, with a mean age of 33,6 years and construction workers. The hand was the body part

most frequently injured in accidents, and injuries usually were mild, but some workers had fractures, amputations and severe injuries, requiring surgery and hospitalization. The data show that nurses of the emergency room unit were important in the notification of these events and point to the importance of cross-cutting actions of the worker's health surveillance.

KEYWORDS: Nursing, user embracement, occupational accidents, emergency service, occupational health.

1. INTRODUÇÃO

Os novos avanços tecnológicos e a globalização contribuíram para as inovações nas formas de produção, trazendo mudanças para o mundo do trabalho, mas geraram como subproduto os acidentes do trabalho. A acidentabilidade no trabalho está associada a diversos fatores, como os problemas na organização do trabalho, a negligência às situações de exposição ou a sua determinação social (GONÇALVES E DIAS, 2011).

Acidente de trabalho é definido, segundo a legislação, como sendo aquele que ocorre no exercício do trabalho, a serviço da empresa. Provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte, perda ou redução (permanente ou temporária) da capacidade para o trabalho (acidente típico). São também considerados acidentes de trabalho os acidentes de trajeto, ou seja, aqueles que ocorrem no trajeto da residência para o trabalho e vice-versa (CERINO *et al.*, 2004).

Estes agravos que, por seu expressivo impacto na morbimortalidade da população, constituem-se em importante problema de saúde pública no Brasil, devem fazer parte da agenda de prioridades do campo da saúde, em termos de condução de estudos e esforços para a sua prevenção (BRASIL *et al.*, 2006).

Sabe-se que existe subnotificação destes agravos e até mesmo os acidentes do trabalho em empregados com registro em Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS) deixam de ser notificados. Em estudos sobre este tema, observou-se um sub-registro médio dessas

ocorrências de 75,0% (CONCEIÇÃO *et al.*, 2003; CORREA E ASSUNÇÃO, 2003).

Tais fatores tornam difícil conhecer-se a magnitude do problema no Brasil, pois mesmo com um aparato legal para que os acidentes de trabalho sejam notificados e a informação produzida norteie as ações na promoção e na prevenção de danos à saúde dos trabalhadores, a subnotificação é uma realidade e dificulta o conhecimento das reais condições em que o trabalho se desenvolve, desqualificando os direitos sociais e securitários ao trabalhador (GONÇALVES E DIAS, 2011).

Um dos passos da abordagem da saúde pública na prevenção das causas externas é a produção do máximo conhecimento possível sobre todos os aspectos do problema, por meio da coleta de dados, com vistas a determinar sua magnitude, características e consequências. Os dados relativos aos atendimentos em emergências hospitalares são pouco estudados em todo o mundo (GAWRYSZEWSKI *et al.*, 2008).

A operacionalização da coleta, fluxo, volume e características desse tipo de atendimento são dificuldades apontadas. Mesmo nos Estados Unidos da América, país que destina muitos recursos aos sistemas de informações, os dados oficiais divulgados sobre os atendimentos realizados nas emergências são provenientes de uma amostra de hospitais sentinela, que é representativa do país, mas não dos estados ou municípios (GAWRYSZEWSKI *et al.*, 2007).

São apontadas como vantagens de estudos em emergências, a obtenção de informações mais detalhadas sobre a vítima, as circunstâncias e o local de ocorrência, não conhecidas a partir dos dados oficiais de mortalidade e morbidade hospitalar. A produção de tal conhecimento tem grande importância, na medida em que há necessidade tanto da implementação de estratégias de prevenção mais amplas, para toda a população, quanto de estratégias voltadas para grupos e/ou agravos específicos como a prevenção das quedas entre os idosos, dos acidentes domésticos ou no ambiente de trabalho (GAWRYSZEWSKI *et al.*, 2008).

O Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) é uma estratégia de mudança das práticas de acolhida aos usuários dos serviços de saúde, integra a Política Nacional de Humanização (PNH) do SUS, e se configura em um desafio para gestores e profissionais. É realizado por um grupo de profissionais de saúde preparado para promover o primeiro contato do serviço de saúde com o usuário e se torna uma ferramenta que, além de organizar a fila de espera e propor outra ordem de atendimento que não a ordem de chegada, tem como principal objetivo garantir o atendimento imediato do usuário com grau de risco elevado (BRASIL *et al.*, 2009).

Trata-se de postura e prática nas ações de atenção e gestão nas unidades de saúde, a partir da análise dos processos de trabalho favorecendo a construção de relação de confiança e compromisso entre as equipes e os serviços. Possibilita também avanços na aliança entre usuários, trabalhadores e gestores da saúde em defesa do

SUS como uma política pública essencial para a população brasileira (BRASIL *et al.*, 2009).

Opera de forma a reorganizar os espaços para a atenção às urgências e classifica o usuário em cores, sendo a vermelha relacionada à clínica do paciente grave, com risco de vida; a amarela, ao paciente em estado de urgência, que, pode aguardar atendimento por até 15 minutos; a verde, que se refere ao paciente que necessita de uma unidade de atenção secundária a saúde com suporte para observação, e a azul, que se refere ao paciente não grave (BRASIL *et al.*, 2009).

A associação entre as urgências e os acidentes de trabalho já foi objeto de estudos, verificando-se uma proporção elevada de quedas de altura, acidentes de trânsito no trajeto de casa para o trabalho e do trabalho para casa e acidentes que envolvem instrumentos cortantes e perfurantes (MARCHESE *et al.*, 2008). Porém os dados disponíveis nos Sistemas de Informação de Mortalidade - SIM e no Sistema de Informações Hospitalares - SIH, embora úteis, não captam a maioria das vítimas de acidentes e violência e a realidade dos acidentes de trabalho no Brasil é conhecida apenas parcialmente, pois a sua notificação é limitada à Previdência Social realizada por meio da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) para os empregados com registro na Carteira de Trabalho e Previdência social (CTPS), excluindo-se os servidores públicos, trabalhadores domésticos e os informais, desta forma, não fornecem subsídios plenos para o planejamento da assistência a tais agravos (Morita e GAWRYSZEWSKI, 2006).

A falta de informação sobre os acidentes de trabalho não nos permite estimar e acompanhar o real impacto do trabalho sobre a saúde da população brasileira e uma das consequências do desconhecimento do impacto do trabalho sobre a saúde é a inexistência de respostas organizadas por parte do SUS em relação à sua prevenção e ao seu controle (BRASIL *et al.*, 2006).

Tendo em vista tais considerações e, uma vez que os enfermeiros do ACCR representam o primeiro contato do usuário, podendo favorecer o desenvolvimento de ações transversais de saúde, estabeleceu-se como objetivo deste trabalho analisar a estratégia do Acolhimento com Classificação de Risco como fonte de informação para a notificação de acidentes de trabalho e avaliar o perfil dos acidentados de trabalho atendidos num serviço de urgência de um hospital de ensino do estado do Paraná.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Desenvolveu-se um estudo quantitativo e transversal, por meio da análise de fichas de classificação de risco, preenchidas pelos enfermeiros de uma unidade de atenção às urgências na unidade de Pronto Socorro de um Hospital de Ensino que é referência em atendimento ao trauma para pacientes provenientes de 30 municípios da 15^a Regional de Saúde do Paraná, com uma população aproximada de 700 mil habitantes, porém atende pacientes das Regionais de

Saúde de Umuarama (12^a, RS), Cianorte (13^a, RS) e Paranavaí (14^a, RS) e provenientes dos estados de São Paulo e Mato Grosso do Sul, resultando sua abrangência a população aproximada de um milhão de habitantes.

O Pronto Socorro possui plantonistas médicos nas áreas de clínica médica, pediátrica, cirúrgica, obstétrica e traumatoortopédica, funcionando por 24 horas e com capacidade instalada para atendimento de media complexidade, adequado e com resolutividade para o atendimento aos acidentados de trabalho e para unidade sentinela de notificação destes agravos.

As fontes de dados foram as Fichas de Classificação de Risco e o Sistema Hospitalar Integrado de Prontuário Eletrônico do hospital. A Ficha de classificação de risco consta uma descrição inicial do atendimento, dados vitais do paciente, sexo, idade e classificação de risco, ou seja, o nível de prioridade para o atendimento, promovendo agilidade no atendimento dos pacientes mais graves e evitando filas por ordem de chegada. Durante a fase de elaboração desta ficha de classificação de risco, os profissionais elegeram incluir campos para notificar que o atendimento era um acidente de trabalho, qual a profissão e o nome da empresa onde trabalhava o usuário.

O Sistema Hospitalar Integrado de Prontuário Eletrônico, que é preenchido pelo recepcionista do hospital, consta o endereço completo, documentos, cartão SUS, telefones, data e horário de entrada e alta hospitalar e uma descrição da CID-10 no momento da alta, o tipo de alta, indicando se foi alta melhorada, por evasão, transferência ou óbito e se o tratamento gerou uma internação e consequente Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e se o paciente necessitou de tratamento cirúrgico e o tempo de internação. O sistema permite a impressão de relatórios por paciente, por período, o que possibilita este tipo de avaliação.

Foram analisadas 21558 fichas de classificação de risco relativas a seis meses de atendimento, no período de 01 de dezembro de 2010 a 31 de maio de 2011, e em 1528 registrou-se acidente de trabalho. Nestas 1528 fichas avaliou-se as seguintes variáveis: Idade, sexo, município de procedência, Profissão (os sujeitos da pesquisa tiveram suas profissões classificadas de acordo com as famílias da Classificação Brasileira de Ocupações – CBO (BRASIL E MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO, 2002), diagnóstico da lesão atribuída pelo médico de acordo com a CID 10 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1997); parte do corpo atingida, de acordo com a classificação da Ficha de Notificação de Acidente de trabalho grave do SINAN (BRASIL *et al.*, 2006), regime de tratamento, evolução e desfecho clínico do caso.

Os dados coletados foram compilados com software IBM SPSS® Data Editor e posteriormente foram completados com informações do Sistema Hospitalar Integrado de prontuário eletrônico do paciente, para então receber tratamento por estatística descritiva, sendo apresentados na forma de frequência, porcentagens e tabelas para melhor compreensão.

Quanto aos princípios e aspectos legais e éticos da

pesquisa, previstos na Resolução 196/96, o projeto recebeu parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Maringá (COPEP/UEM) e parecer 214/2011. Por se tratar de estudo em banco de dados houve dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e foi respeitado o princípio do anonimato dos pacientes.

3. RESULTADOS

No período em estudo foram realizados 21558 atendimentos no pronto socorro, sendo identificados nas fichas de classificação de risco um total de 1528 acidentes de trabalho, que representaram 7% do total de atendimentos. Destes, 96% foram de acidentes de trabalho típico e 4% de acidentes de trajeto. Com relação ao sexo do acidentado 81% eram do sexo masculino e 18,3 eram do sexo feminino (figura 1).

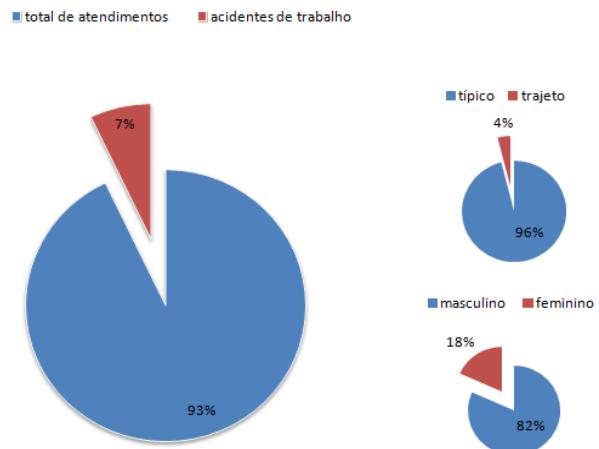


Figura 1. Distribuição dos atendimentos por acidente de trabalho e não acidente, por tipo de acidente e sexo do acidentado, HURM, 2012.

Na tabela 1 são apresentados dados relativos às idades, procedências e ocupação dos trabalhadores. Observou-se média de idade para o sexo masculino de 33 anos e coeficiente de variação igual a 4,35, já para o sexo feminino a média de idade foi de 32,55 anos e coeficiente de variação igual a 3,5, demonstrando que, apesar da amplitude das idades (63 anos para os homens e 57 para as mulheres) a média de idade foi bastante representativa dos dados. Os acidentes foram mais frequentes na faixa dos 18 aos 39 anos em ambos os sexos. A presença de número considerável de acidentes no sexo feminino demonstra que o aumento da participação da mulher no mercado de trabalho também expõe as trabalhadoras aos acidentes de trabalho.

Quanto à procedência, verificou-se que 77,2% eram provenientes de Maringá, 20,4% eram provenientes de municípios da 15^a Regional de Saúde do estado e 2,4% eram provenientes de outros municípios.

Com relação às ocupações dos sujeitos, verificou-se que os trabalhadores ocupados na construção civil são os que mais se acidentam, com 34% dos acidentes notificados, seguidos por aqueles da indústria de alimentos com 14,1% dos acidentes, em especial no ramo dos frigoríficos e abatedouros de aves, da industria

metal mecânica com 11,6%, do comércio e prestação de serviços com 9% dos acidentes. Os demais dados são apresentados na tabela 1.

Tabela 1. Distribuição de frequências de idade por sexo, procedência e ocupação dos acidentados de trabalho atendidos em uma unidade de atenção às urgências do estado do Paraná, 2011.

Faixa etária	Sexo		N	%
	Masculino n	Feminino n		
anos				
< 18	37	2,4	5	0,3
18 a 39	855	56,0	196	12,8
40 a 59	293	19,2	75	4,9
> 60	63	4,1	4	0,3
			42	2,7
			1051	68,8
			368	24,1
			67	4,4
Procedência		n		%
Maringá		1180		77,2
Outros Municípios da 15º RS/Pr.		312		20,4
Outros Municípios		36		2,4
Família de ocupação	n			%
Construção civil e obras públicas	520			34,0
Indústria de alimentos	215			14,1
Indústria metalmecânica	177			11,6
Vendas e prestação de serviços do comércio	138			9,0
Manutenção de veículos automotores	119			7,8
Sem ocupação especificada	117			7,7
Condução de veículos e operação de equipamentos e elevação e movimentação de cargas	98			6,4
Outras ocupações	144			9,4

Tabela 2. Distribuição de frequências da parte do corpo atingida em acidentados de trabalho atendidos em uma unidade de atenção às urgências do estado do Paraná, 2011.

Parte do corpo atingida	F	%
Mão	434	28,4
Olho	260	17,0
Membro superior	247	16,2
Membro inferior	204	13,4
Pé	133	8,7
Cabeça	88	5,8
Tórax	80	5,2
Coluna lombar	36	2,4
Múltiplas localizações	29	1,9
Abdome	10	0,7
Pescoço	5	0,3
Outro	2	0,1

Nestes verifica-se ainda um número elevado de acidentados com ocupação ignorada (9,4%), apontando para falhas no momento da notificação, podendo ser justificadas pelas características do serviço, pois muitas vezes o estado clínico do paciente não permite obter os dados na entrevista, e ainda, dado a forma insidiosa em que ocorre o acidente, estes usuários nem sempre chegam acompanhados ao hospital, sendo trazidos com

frequência pelos serviços de emergência pré-hospitalares.

Os dados relacionados com a parte do corpo atingida são mostrados na tabela 2. Foi observado que 28,4% os acidentes envolviam as mãos dos trabalhadores, seguidos pelos olhos em 17% dos casos, membros superiores em 16,2%, membros inferiores em 13,4%, pé em 8,7%, cabeça em 5,8%, tórax em 5,2%, coluna lombar em 2,4%, múltiplas localizações em 1,9% e por fim abdome, pescoço e outras localizações com menos de 1%.

Os diagnósticos das lesões apresentadas pelos acidentados estão detalhados na tabela 3, onde se observa que os traumatismos de punho e da mão foram os mais frequentes, com 32,5% dos casos, traumatismos do tornozelo e do pé com 11,2%, traumatismos da cabeça com 11,1%, os traumatismos do ombro e do braço com 9,2%, os efeitos de penetração de corpo estranhos em orifícios naturais em 9,2% dos casos, com destaque para corpos estranhos no olho em trabalhadores de metalúrgicas, serralherias e indústrias metalmecânicas, os traumatismos do joelho e da perna em 6,8% e os demais diagnósticos juntos perfazem 19% do total.

Tabela 3. Distribuição de frequências do diagnóstico da lesão em usuários atendidos em uma unidade de atenção às urgências do estado do Paraná, 2011.

CID-10	Diagnóstico da lesão	f	%
S60 - S69	Traumatismos do punho e da mão	497	32,5
S90 - S99	traumatismos do tornozelo e do pé	171	11,2
S00 - S49	Traumatismos da cabeça	169	11,1
S40 - S49	Traumatismos do ombro e do braço	141	9,2
T15 - T19	Efeito de penetração de corpo estranho através de orifício natural	140	9,2
S80 - S89	Traumatismos do joelho e da perna	104	6,8
S20 - S29	Traumatismos do tórax	81	5,3
S30 - S39	traumatismos do abdômen, do dorso, da coluna lombar e da pelve	67	4,4
T20 - T32	queimaduras e corrosões	60	3,9
S70 - S79	traumatismos do quadril e da coxa	37	2,4
T08 - T14	traumatismos de localização não especificada do tronco, membro ou outra região do corpo	23	1,5
T51 - T65	efeitos tóxicos de substâncias de origem predominantemente não medicamentosa	23	1,5
T66 - T78	outros efeitos de causas externas e os não especificados	15	1,0

Os dados do tipo de tratamento, desfecho e classificação de risco dos atendimentos estão detalhados na tabela 4. Observa-se que 14,6% necessitaram de internamento para tratamento clínico, ou seja, foi necessária a emissão de uma AIH (Autorização de

Internação Hospitalar) o que indica permanência maiores que 24 horas no hospital. Em 13,1% dos casos houve necessidade de tratamento cirúrgico e 72,3% dos casos os pacientes foram consultados, realizaram suturas e outros atendimentos ambulatórios, sendo liberados em período menor que 24 horas, sem emissão de AIH.

Com relação ao desfecho destes pacientes observamos que 85,4% receberam alta médica e hospitalar melhorados, 11,2% foram transferidos, sendo que isto se explica pelo fato de o Serviço de Saúde do Município contar com uma rede de 3 hospitais que realizam cirurgias ortopédicas, principalmente naqueles pacientes com necessidade de cirurgias de média e alta complexidade. Observou-se ainda casos de evasão em 3,4% dos casos, na amostra estudada não foi observado nenhum óbito por acidente de trabalho.

Tabela 4. Distribuição de frequências do tipo de tratamento realizado, desfecho e classificação de risco em usuários atendidos em uma unidade de atenção às urgências do estado do Paraná, 2011.

		f	%
Tipo de tratamento	Clinico	223	14,6
	Cirúrgico	200	13,1
	Consulta/observação/sutura	1105	72,3
		f	%
Desfecho	Alta melhorado	1305	85,4
	Transferências	171	11,2
	Evasões	52	3,4
		f	%
Classificação de risco	Verde	910	59,6
	Amarelo	521	34,1
	Azul	81	5,3
	Vermelho	16	1,0
Totais		1528	100

Verificou-se ao final a classificação de risco dos pacientes que sofreram acidentes de trabalho, com a finalidade de avaliar qual o grau de urgência reconhecido pelos enfermeiros do serviço. Os pacientes foram classificados em verde, com 59,6% dos casos, amarelo em 34,1% dos casos, azul em 5,3% dos casos e vermelho em 1% dos casos.

4. DISCUSSÃO

Em estudos sobre a caracterização de vítimas de causas externas atendidas em unidades de emergência do estado de São Paulo no ano de 2005, os acidentes de trabalho representaram 12% destes atendimentos, bem maior do que o encontrado neste estudo, que foi de 7%. Acreditamos que o estudo apresenta limitações relacionadas à cobertura populacional dos dados e à qualidade dos mesmos. Estes estudos feitos no País mostraram que a proporção de acidentes de trabalho dentre os casos de causas externas atendidos em serviços de emergência varia entre 15 e 18,7% no Rio de Janeiro e 30% em Salvador. (CONCEIÇÃO et al., 2003; CERINO et al., 2004; GAWRYSZEWSKI et al., 2008)

Além dos custos hospitalares, tais agravos contribuem para o excesso de pacientes nos serviços de saúde especializados em traumas, com filas extensas, queda da qualidade da atenção e insatisfação do usuário. Estes dados foram corroborados por outro estudo, onde observou-se proximidade da porcentagem dos

acidentados de trabalho e o numero global de atendimentos na unidade de emergência. (CERINO et al., 2004)

O serviço de emergência estudado é público, e é provável que a coleta não tenha captado uma parcela das vítimas e tal parcela teria importância nos resultados encontrados, e ainda existem outros serviços que realizam atendimentos de emergências no município onde ocorreu o estudo e, ainda, pode ter ocorrido falha ao notificar o acidente, causada talvez pela dinâmica do serviço de emergência, que muitas vezes é sobrecarregada, pelas características dos pacientes atendidos, pois chegam desacompanhados e em estado de inconsciência, por falha do próprio paciente, que não comunica a causa do acidente e por último do profissional que se esquece de comunicar.

O predomínio do sexo masculino corrobora outros estudos que observaram maior freqüência no sexo masculino, geralmente com idade menor que 29 anos, bem como maior gravidade e maior letalidade destes acidentes no sexo masculino. (CORREA E ASSUNÇÃO, 2003; SILVEIRA et al., 2005)

As idades dos acidentados também corroboram outros estudos, porem observa-se maior variação ou diferentes métodos de análise. Em nosso estudo ficou evidente uma maior vitimização dos homens, no entanto as mulheres representaram aproximadamente 25% do total, o que coloca em evidencia sua maior participação no mercado de trabalho, e que segundo a Organização Internacional do Trabalho (OIT) representa uma conquista social e demonstra decência nas relações de trabalho. Por outro lado, com o aumento do numero de mulheres no mercado de trabalho observa-se também uma maior exposição ao risco de acidentes ocupacionais. (ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO, 2009)

Quanto à procedência dos pacientes, os dados evidenciaram que a maioria dos acidentados eram provenientes do município de Maringá. Tal fato se observa por ser a cidade o maior centro urbano da região noroeste do estado do Paraná e ainda pelo crescimento que vem experimentando nestas últimas décadas, gerando uma demanda vultuosa de mão de obra na construção civil, que neste estudo foi a atividade econômica de maior destaque entre as vitimas de acidentes de trabalho.

Com relação a ocupação do trabalhador, observou-se que o trabalho de pedreiro e a construção civil foram responsáveis por aproximadamente 20% dos acidentes. Estes achados corroboram outro estudo que informa que a construção civil apesar de empregar em torno de 10% da população econômica ativa empregada é responsável por aproximadamente 25% do total de acidentes, da mortalidade e dos benefícios previdenciários. (CORREA E ASSUNÇÃO, 2003)

Outra atividade de destaque foi os acidentes acometendo abatedores de aves e de bovinos. O município estudado tem uma pujante pecuária e tem expressivo desenvolvimento na criação e abate de frangos, destacando-se nacionalmente neste

seguimento. Os achados corroboram outros estudos que demonstram que estas atividades têm importância na gênese de acidentes e doenças ocupacionais.

As profissões dos acidentados colocam em evidência o trabalho dos pedreiros, dos abatedores (de aves e bovinos), dos trabalhadores classificados como “serviços gerais”, motoristas de caminhão e mecânicos de carro. Com relação aos pedreiros, outros estudos encontraram resultados semelhantes, sendo que esta categoria profissional é responsável por 25% dos acidentes. Já com relação às outras profissões, observa-se que são variáveis e dependem da atividade econômica predominante na região estudada.

Considerado o último resultado consolidado da População Economicamente Ativa (PEA) do Município de Maringá no ano de 2010, que foi de aproximadamente 151.000 e os dados do Cadastro geral de Empregados e Desempregado (CAGED), que informam que a construção civil emprega aproximadamente 11 mil trabalhadores, o que corresponde a 7% da PEA. No entanto a construção civil foi responsável por 25% dos acidentes de trabalho na população atendida no Hospital onde foi realizado o estudo, demonstrando que esta atividade econômica e estes trabalhadores necessitam de ações de vigilância em saúde. (ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO, 2009; INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2011)

Já com relação à parte do corpo atingida, os achados corroboram outros estudos. Sendo que as mãos, os membros superiores e os olhos foram as partes mais atingidas. Estes resultados evidenciam que a ausência de proteção e o perfil predominante (indivíduo masculino, jovem e acidentado durante o trabalho), sugerem que investimentos em prevenção devam conter medidas educativas e de fiscalização para esse grupo populacional. (SANTANA et al., 2009; CHIODI et al., 2010)

Os acidentados, em sua maioria evoluíram positivamente e os pacientes receberam alta hospitalar após o atendimento, mas parcela importante destes pacientes sofreu fraturas e traumatismos que necessitaram internação e tratamento cirúrgico. Apesar de a maioria dos eventos terem sido de grau leve, uma parcela importante apresenta gravidade média e elevada, especialmente os ocorridos com trabalhadores do ramo de construção civil, repercutindo nos serviços de emergência e na ocupação de leitos hospitalares e na necessidade de cirurgias ortopédicas. Estes eventos acabam por contribuir para a demanda elevada dos serviços especializados, ocupação hospitalar, incluindo leitos de UTI, além do tratamento clínico ambulatorial, serviços de reabilitação fisioterápica ou de atendimento psicoterápico por tempo prolongado. Tal panorama contribui para o excesso de pacientes nos serviços de saúde especializados em traumas, com filas extensas, queda da qualidade da atenção e insatisfação do usuário.

Os resultados sugerem a necessidade de estudos longitudinais com a finalidade de avaliar outros serviços de emergência da cidade para se conhecer melhora a

realidade dos acidentes de trabalho. Dentro do Sistema Único de Saúde (SUS) têm sido discutidas alternativas para se conhecer melhor essa realidade, como a estratégia de notificação obrigatória dos acidentes graves e fatais, estimular o registro dos acidentes de trabalho fatais a partir das Declarações de Óbito (DO) no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), ou a morbidade por acidentes de trabalho nas internações, através do Sistema de Informações Hospitalares (SIH).

Outros estudos chamam a atenção que conhecer quem é vulnerável e a que tipo de acidentes e violências, tem sido o grande desafio dos serviços de saúde, principalmente quando estes agravos não são fatais ou não redundam em internação. Porém observamos que iniciativas de grande importância, ainda não têm alcançado os seus objetivos porque não se distribuíram adequadamente pelo país, ou pelo improprio preenchimento dos formulários dos sistemas de informação, principalmente no que se refere ao registro da ocupação e das circunstâncias de ocorrência das causas externas. Neste contexto podemos reconhecer o potencial do profissional enfermeiro nas ações transversais de saúde visando a notificação destes eventos. (CECCCHETTI et al., 2008; BRASIL et al., 2009; GAWRYSZEWSKI et al, 2007)

Quanto aos limites do estudo elencamos a dificuldade em comparar dados de casuística com dados de morbididade e de base populacional, utilizando-se apenas um serviço de emergência. Em uma ampla área urbana como Maringá, embora tenha sido escolhido o maior serviço público de atendimento de urgência e emergência, a demanda atendida pode refletir fluxos especiais com a concentração de certas ocupações ou ramos de atividades, não representando o conjunto de trabalhadores desta área urbana. Acreditamos que somente dados censitários ou com amostras de desenho complexo, de todas as unidades de emergência, poderiam traduzir, epidemiologicamente e com maior precisão, a severidade dos acidentes de trabalho e das atividades econômicas de maior risco e gravidade para serem propostas prioridades para a prevenção.

Casuísticas identificadas em serviços como os do presente estudo revelam apenas uma parte do fenômeno que se quer estudar e as conclusões devem ser feitas com precaução. Embora o tamanho da população do estudo tenha sido pequeno, os pontos fortes do estudo são o seu delineamento transversal, que mostra um instantâneo destes eventos heterogêneos, que são os acidentes de trabalho e sua gênese e causas e ainda a participação de profissionais enfermeiros na realização da notificação destes eventos.

5. CONCLUSÃO

O presente estudo verificou que os acidentes de trabalho atendidos na unidade de urgência em estudo são eventos heterogêneos, multicausais, que nesta amostragem representaram aproximadamente 7% do total de atendimentos na unidade de urgência e emergência e que acometem em sua maioria adultos jovens do sexo masculino, com vasta primazia dos acidentes típicos

sobre os acidentes de trajeto. Verificou-se uma tendência de aumento nos acidentes envolvendo indivíduos do sexo feminino.

Os trabalhadores da construção civil, em especial os pedreiros foram os mais acometidos e principalmente naqueles com trabalho autônomo ou com vínculo informal de emprego. Observou-se que a construção civil emprega aproximadamente 7% da PEA empregada e é responsável por 25% dos acidentes, demonstrando necessidade de fiscalizações e vigilância em saúde nestes trabalhadores. Observou-se ainda que a maioria dos pacientes atendidos é proveniente da cidade de Maringá, por ser esta o maior centro urbano da região.

As lesões apresentadas pelos acidentados foram em sua maioria leves, porém parcela importante dos pacientes apresentavam fraturas e necessidade de tratamento cirúrgico, o que causa aumento nas demandas, filas para atendimento e aumento dos custos de tratamento. As mãos, os membros superiores e olhos foram as partes do corpo mais atingidas pelas lesões.

O diagnóstico das lesões demonstrou que os ferimentos e traumatismo nas mãos são os mais recorrentes, seguidos por ferimentos e traumatismos nos pés, na cabeça, nos membros superiores e nos olhos.

Pelas características do hospital e por sua capacidade de resolução dos casos atendidos ele possui capacidade para tornar-se unidade sentinela de notificação de acidentes de trabalho e, talvez o achado mais importante deste estudo foi o de que o profissional de enfermagem é um importante agente na geração de dados epidemiológicos relacionados aos acidentes de trabalho e que podem ser úteis para a implementação de políticas de prevenção e vigilância em saúde do trabalhador.

6. AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem aos enfermeiros do setor de Pronto Atendimento do Hospital Universitário Regional de Maringá.

REFERÊNCIAS

- [01] BRASIL *et al.* acolhimento e classificação de risco nos serviços de emergência. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE e POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO E GESTÃO DO SUS. Brasília - DF: Editora do Ministério da Saúde; 56 p. 2009.
- [02] BRASIL; MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO. Portaria ministerial nº 397, de 09 de outubro de 2002. Aprova a Classificação Brasileira de Ocupações - CBO/2002, para uso em todo território nacional e autoriza a sua publicação. Brasília: Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]. 197: 74 p. 2002.
- [03] BRASIL *et al.* Notificação de acidentes do trabalho fatais, graves e com crianças e adolescentes. EDITORA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE. Brasília- DF: 32 p. 2006.
- [04] CECCHETTI, D. F. A. *et al.* Perfil clínico e epidemiológico das urgências oculares em pronto-socorro de referência. *Arq. Bras. Oftalmol.* São Paulo. 71: 635- 638 p. 2008.
- [05] CERINO, D. A.; OLIVEIRA, R. Z.; LIMA, M. V. N. Acidentes de Trabalho Fatais no Município de Cianorte -PR, 2000 a 2003. *Ciênc Cuid e Saúde*. Maringá - PR. 3: 179-185 p. 2004.
- [06] CHIODI, M. B. *et al.* Acidentes registrados no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de Ribeirão Preto, São Paulo. *Rev. Gaúcha Enferm.* Porto Alegre. 31: 211 - 217 p. 2010.
- [07] CONCEIÇÃO, P. S. D. A. *et al.* Acidentes de trabalho atendidos em serviço de emergência. *Cad Saúde Pública*. Rio de Janeiro. 19: 111-117 p. 2003.
- [08] CORREA, P. R. L.; ASSUNÇÃO, A. Á. A subnotificação de mortes por acidentes de trabalho: estudo de três bancos de dados. *Epidemiol Serv Saúde*. Brasilia - DF. 12: 203 - 212 p. 2003.
- [09] GAWRYSZEWSKI, V. P. *et al.* Atendimentos de emergência por lesões decorrentes de causas externas: características das vítimas e local de ocorrência, Estado de São Paulo, Brasil, 2005. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro - RJ. 24: 1121- 1129 p. 2008.
- [10] _____. A proposta da rede de serviços sentinelas como estratégia da vigilância de violências e acidentes. *Ciênc. saúde coletiva*. Rio de Janeiro- RJ. 11: 1269 - 1278 p. 2007.
- [11] GONÇALVES, C. G. D. O.; DIAS, A. Três anos de acidentes do trabalho em uma metalúrgica: caminhos para seu entendimento. *Ciênc. Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro. 16: 635-646. p. 2011.
- [12] INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. População economicamente ativa do Município de Maringá no ano de 2010. p. www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=411520. 2011. Acesso em: 18 de setembro.
- [13] MARCHESE, V. S.; SCATENA, J. H. G.; IGNOTTI, E. Caracterização das vítimas de acidentes e violências atendidas em serviço de emergência: Município de Alta Floresta, MT (Brasil). *Rev. Bras. Epidemiol.* São Paulo. 11: 648 - 659 p. 2008.
- [14] MORITA, M.; GAWRYSZEWSKI, V. P. As internações hospitalares por causas externas no Estado de São Paulo em 2005. *Boletim Epidemiológico Paulista* São Paulo. 3: 19 - 25 p. 2006.
- [15] ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. Perfil do trabalho decente no Brasil. Brasília. Genebra: Organização Internacional do Trabalho: 37-42 p. 2009.
- [16] ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. São Paulo: Universidade de São Paulo. 1 1997.
- [17] SANTANA, V. S. *et al.* Gravidade dos acidentes de trabalho atendidos em serviços de emergência. *Rev. Saúde Pública*. São Paulo. 43: 750 - 760 p. 2009.
- [18] SILVEIRA, C. A. *et al.* Acidente de trabalho entre trabalhadores rurais e da agropecuária identificados através de registros hospitalares. *Ciência, Cuidado e Saúde*. Mariná -PR. 4: 120 -128 p. 2005.