

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO ECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

“COMO CUIDAR DAQUELES QUE CUIDAM”
UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA QUESTÃO DOS
ACIDENTES DE TRABALHO NO HOSPITAL INFANTIL JOANA DE GUSMÃO.

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

CLÉDIA IVALDETE SILVA

Florianópolis, setembro de 2002.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO ECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

**“COMO CUIDAR DAQUELES QUE CUIDAM”
UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA QUESTÃO
DOS ACIDENTES DE TRABALHO NO HOSPITAL INFANTIL JOANA DE
GUSMÃO.**

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO


CLÉDIA IVALDETE SILVA

Orientado por
Prof. Rosana de Carvalho Martinelli Freitas

Área de atuação
Recursos Humanos

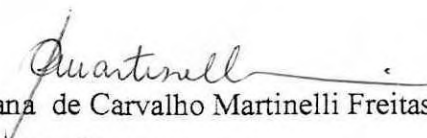
Florianópolis, setembro de 2002

*Defendida em:
30/09/2002*


Prof.^a Krystyna Matys Costa
Chefe do Depto. de Serviço Social
CBE/UFSC

Este trabalho de conclusão de curso foi apresentado e julgado perante a Banca Examinadora que atribuiu a nota _____ a aluna Clédia Ivaldete Silva – matrícula 9911641-3.

Banca Examinadora


Prof. Rosana de Carvalho Martinelli Freitas
Presidente da Banca

Assistente Social Dirce Maria Martinello
Primeira Examinadora

Assistente Social Silvia M. D. Walner
Segunda Examinadora

AGRADECIMENTOS

- *Em especial ao meu marido e amigo, Washington Luiz de Lira, que durante todos esses anos foi quem mais me ajudou e esteve sempre presente nas horas boas e nas ruins, proporcionando suporte, apoio, compreensão, paciência e muito amor.*
- *Aos meus amados filhos Eduardo e Leandro que ficaram tão pouco tempo comigo, mas fizeram destes cinco meses os mais felizes da minha vida. Onde quer que vocês estejam, mamãe os ama muito.*
- *Aos meus pais Ivaldete e Clecio, bem como aos meus irmãos, Cleonice, Clezio e Herminio, e aos meus quase irmãos Giovanio e Haroldo, por toda a dedicação e apoio durante todos estes anos;*
- *À Sra. Dirce, amiga e supervisora de estágio, funcionária da Subgerência de Apoio aos Servidores do Hospital Infantil Joana de Gusmão, pela contribuição e oportunidade de aprendizado para a realização deste trabalho e pela amizade conquistada ao longo destes anos;*
- *À Sra. Silvia M. D. Walner por todo o carinho e amizade conquistada ao longo dos anos;*
- *A minha amiga Ivana, pelas alegrias proporcionadas e pelos bons momentos em que estivemos juntas, “vou sentir muitas saudades”;*
- *À professora Rosana, pela orientação, aprendizado e contribuição quanto à execução deste trabalho;*
- *A minha sobrinha e afilhada Giovanna, a qual amo tanto;*
- *A todas as minhas colegas e amigas de faculdade, por tudo o que passamos juntas;*
- *A todas as pessoas que concederam as entrevistas e responderam ao questionário, o meu muito obrigada.*

“Aprender é descobrir o que já sabemos. Agir é mostrar o que sabemos. Ensinar é permitir que os outros saibam tão bem quanto nós”.

(Richard Bach).

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS.....	iv
LISTA DE SIGLAS.....	v
1 INTRODUÇÃO.....	09
2 A POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NO BRASIL.....	11
2.1 A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL A PARTIR DA DÉCADA DE 80.....	11
2.2 A POLÍTICA DE SAÚDE DO TRABALHADOR.....	19
2.3 A INSERÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL JUNTO ÀS POLÍTICAS DE SAÚDE DO TRABALHADOR, NO HOSPITAL INFANTIL JOANA DE GUSMÃO.....	27
3 ACIDENTE DE TRABALHO.....	32
3.1 UM BREVE HISTÓRICO SOBRE ACIDENTE DO TRABALHO.....	32
3.2 CONCEITOS, PROCEDIMENTOS E LEIS SOBRE ACIDENTE DO TRABALHO.....	37
3.3 PREVENÇÃO DE ACIDENTE.....	46
3.3.1 COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTE – CIPA.....	47
4 A INSERÇÃO DO HOSPITAL INFANTIL JOANA DE GUSMÃO NA QUESTÃO DOS ACIDENTES DE TRABALHO.....	52
4.1 METODOLOGIA DE PESQUISA.....	52
4.2 ANÁLISE DOS DADOS.....	53
4.3 SERVIÇO SOCIAL E SUA INTERVENÇÃO NA QUESTÃO DOS ACIDENTES DE TRABALHO NO HIJG – CARTILHA SOBRE ACIDENTES DO TRABALHO.....	83
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS E SUGESTÕES.....	106
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	109
ANEXOS.....	110

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Distribuição do Número de Acidentes por Setor.

TABELA 2 – Quantidade de Acidente do Trabalho de Janeiro de 2000 a 31 de Maio de 2002.

TABELA 3 – Grau de Escolaridade dos Pesquisados.

TABELA 4 – Data de Ingresso no Hospital Infantil Joana de Gusmão.

TABELA 5 – Acesso à informação sobre prevenção de acidente do trabalho no Hospital Infantil Joana de Gusmão.

TABELA 6 – Funcionários X Acidentados.

TABELA 7 – Função X Risco de Acidente.

TABELA 8 – Acidente do Trabalho X Prevenção.

TABELA 9 – Comunicação ao Recursos Humanos em caso de Acidente do Trabalho

TABELA 10 – Qual a contribuição do HIJG na Prevenção de Acidente (o que poderia fazer).

LISTA DE SIGLAS

AIS – Ações Integradas de Saúde.

CAT – Comunicação de Acidente do Trabalho.

CLT – Consolidação das Leis do Trabalho.

CEAT – Comunicação Estadual de Acidente do Trabalho.

CIPA – Comissão Interna de Prevenção de Acidente do Trabalho.

CONASP – Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária.

FUNDACENTRO - Fundação Centro Nacional de Segurança e Higiene do Trabalho.

GESAS – Gerência de Saúde do Servidor.

HIJG – Hospital Infantil Joana de Gusmão.

IAPI – Instituto de Aposentadoria e Pensões das Indústrias.

IAPM – Instituto de Aposentadoria e Pensões Marítimas.

IAP'S – Institutos de Aposentadorias e Pensões.

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social.

MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social.

NOB – Normas Operacionais Básicas.

NR – Normas Regulamentadoras.

OIT – Organização Internacional do Trabalho.

SES – Secretaria Estadual de Saúde.

SGAPOS – Subgerência de Apoio e Orientação ao Servidor.

SINPAS – Sistema Nacional da Previdência e Assistência Social.

SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde.

SUS – Sistema Único de Saúde.

1 INTRODUÇÃO

A presente monografia foi elaborada a partir da experiência de estágio no Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG) realizada em agosto de 2001 a janeiro de 2002, na área de Recursos Humanos (RH), mais especificamente na Subgerência de Apoio e Orientação ao Servidor (SGAPOS).

O HIJG é uma instituição pública vinculada à Secretária Estadual da Saúde (SES). Seu trabalho está direcionado ao atendimento de pediatria, à criança de 0 a 15 anos, de todo o Estado de Santa Catarina. Seu principal objetivo é prestar auxílio e atendimento primário, secundário e terciário a todas as crianças e adolescentes do Estado de Santa Catarina, que são encaminhados para esta instituição.

Segundo Comarella (in Pereira, 2002) o Hospital começou a funcionar no ano de 1964 junto à maternidade Carmela Dutra, cujo nome era Hospital Infantil Edith Gama Ramos. Com o passar do tempo, o espaço físico tornou-se insuficiente, devido ao aumento do número de crianças atendidas. Sendo assim, recebeu apoio do Estado de Santa Catarina, através da Secretaria Estadual da Saúde, da Fundação Hospitalar Santa Catarina e do Departamento Autônomo de Edificações, para a construção do novo espaço físico, tendo sua inauguração em 03 de janeiro de 1979 e entrando em funcionamento em 28 de dezembro do mesmo ano.

O Hospital Infantil Joana de Gusmão recebeu esse nome em homenagem à beata paulista Joana Gomes de Gusmão.

Atualmente, o HIJG possui uma área de 22.000 m² e localiza-se na Rua Rui Barbosa, N.º 152, no Bairro Agrônômica, em Florianópolis.

Durante o período de estágio obrigatório, foi possível observar que existe uma relação entre servidores¹ e doenças ocupacionais, onde o próprio ambiente de trabalho, muitas vezes é inadequado e/ou possui máquinas antigas e condições perigosas ao trabalho no qual esses estão inseridos.

Verifica-se uma acentuada falta de informação por parte dos servidores em relação à acidente de trabalho e sua prevenção, bem como, quais procedimentos adotar no caso de

¹ Servidores: terminologia usada na qual refere-se aos funcionários públicos estaduais.

uma ocorrência.

Dessa forma, sentiu-se a necessidade de fazer um estudo que abrangesse a problemática em questão (acidente de trabalho) apontando algumas propostas que pudessem possibilitar uma maior informação referente a acidente do trabalho.

O tema central desta monografia é a questão dos acidentes do trabalho, abordando o que define tal questão, bem como a forma adequada de proceder em caso de se acidentar.

Foram realizados alguns contatos com os responsáveis pelos setores afins e também pesquisas bibliográficas.

A pesquisa de campo foi realizada junto aos funcionários do HIJG e os setores escolhidos para aplicação da mesma foram: Berçário, Lavanderia, Oncologia e Higienização. Assim, foi aplicado um questionário, o qual obteve-se um total de 22 respondidos.

O presente trabalho contém três capítulos: o primeiro apresenta uma explanação sobre a Política de Saúde Pública no Brasil, a partir da década de 80, a Política de Saúde do Trabalhador e a inserção do Serviço Social junto às Políticas de Saúde do Trabalhador da Saúde no HIJG.

O segundo capítulo aborda o histórico, os conceitos, os procedimentos, as leis e medidas de prevenção com relação aos acidentes de trabalho, procurando assim, subsidiar a discussão para o terceiro capítulo; que aborda a inserção do HIJG na questão dos acidentes do trabalho.

No terceiro capítulo, primeiramente, procurou-se abordar a metodologia de pesquisa utilizada. Nesta etapa, a realização do questionário foi fundamental para a análise dos dados. Seguindo o que foi proposto no sumário, passamos para a análise dos dados e procuramos resgatar e sugerir a participação mais ativa do Serviço Social na questão dos acidentes do trabalho. Por último foi elaborada uma cartilha contendo informações referente ao tema em questão, com o objetivo de torná-la um instrumento importante na orientação e informação ao funcionário acidentado.

Ao final, serão realizadas algumas considerações a respeito da experiência e do trabalho desenvolvido, procurando apresentar algumas propostas de ação na área que também poderão contribuir para a melhoria das atividades desenvolvidas pelo Serviço Social, bem como do HIJG.

2 A POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NO BRASIL

2.1 A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL A PARTIR DA DÉCADA DE 80

Antes de situarmos a Política de Saúde no Brasil a partir da década de 80 é importante recuperar a trajetória percorrida pela mesma desde o final da década de 70 até o atual governo do Presidente Fernando Henrique Cardoso.

As políticas de assistência médica se manifestaram com a criação do IAP'S – Institutos de Aposentadorias e Pensões, iniciada na Primeira República, mas consolidada a partir de 1930, no “período Vargas”. Segundo Noronha (1995, p.74): “Os primórdios do desenvolvimento da assistência médica no Brasil estão centrados na prática liberal e no surgimento de instituições de cunho curativo e filantrópico (principalmente as Santas Casas e *Beneficência de grupos de imigrantes*), destinados aos pobres e indigentes”.

Ainda no período Vargas, surge em 13 de janeiro de 1937 a Lei nº 378 que instituiu a Conferência Nacional de Saúde. As duas primeiras conferências ocorreram em 1941 e 1950 no qual trataram de firmar um campo institucional próprio ao sanitário, então vinculado ao Ministério da Saúde.

No final do período de 1946 a 1964 aumenta o debate sobre o papel do Estado nacional na implantação de um efetivo sistema de saúde, que tem como uma de suas grandes expressões a III Conferência Nacional de Saúde (1963), no qual propôs a radical municipalização da assistência à saúde no Brasil. Porém, este debate é brutalmente interrompido pela Revolução de 1964 e pelos 20 anos de ditadura militar subsequentes. Estas mudanças orientaram um crescimento da produção de atos médicos, grande número de hospitais, laboratórios e serviços privados e multiplicação do número de egressos das faculdades de medicina e odontologia.

Foi no governo de Geisel que as políticas públicas adquiriram as características que influenciaram significativamente as transformações ocorridas no sistema de saúde na década de 80, tendo seu marco na II PND – Plano Nacional de Desenvolvimento e criação do MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social. Uma desta característica conforme Noronha (1995,78), foi à incorporação de segmentos populacionais à previdência

social e ao sistema de assistência médica-hospitalar dela dependente aumentando assim, a quantidade de ofertas de serviços e a instalação de unidades assistências.

No ano de 1978 foi criado no Brasil o INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, que ao longo dos anos seguintes consolida uma extensa rede de representações administrativas em todos os Estados.

Durante os anos 80 houve transformações profundas no Sistema de Saúde brasileiro, determinadas pela política-institucional do país que durante este período vivenciou o final do regime militar, o reinício do processo de redemocratização do país através da elaboração da “Constituição Federal” e as primeiras eleições diretas para presidente da República em 30 anos.

As políticas públicas de saúde traduziram, durante toda a década, a dinâmica desta evolução, expandindo a cobertura assistencial e foi acompanhada por uma progressiva incorporação ao discurso oficial das bandeiras de luta da oposição.

A década de 80 surge sob a marca da crise financeira da Previdência Social, foi caracterizada pelo déficit operacional crescente a partir de 1980. Paralelamente esses acontecimentos, intensificam-se os movimentos de críticas ao modelo de saúde vigente, por parte dos movimentos populares, ocorre a VII Conferência Nacional de Saúde, tendo como tema os “Serviços Básicos de Saúde” ampliando o debate sobre a descentralização, tanto assistencial quanto organizacional.

Em 1981, segundo Noronha (1995, 80), ocorreu a politização da questão da saúde, ao decretar a falência do sistema e intensificar o debate público, tanto na imprensa quanto no Congresso Nacional, tendo como responsáveis por estes acontecimentos os próprios setores governamentais tanto na área econômica como da Previdência Social.

Este período foi marcado também pelo crescimento da produção científica de intelectuais, professores e pesquisadores na crítica sobre as condições de saúde da população, bem como, propor alternativas para a construção de uma nova política de saúde efetivamente democrática. Ainda conforme Noronha (1995,80), “quase toda esta produção adota uma postura radical de crítica ao centralismo autoritário do regime militar e propõe a descentralização, a universalização e a unificação como componentes essenciais de uma reforma democrática do setor saúde”.

O início da década de 80 vai encontrar o sistema de saúde brasileiro sob forte contestação frente a suas características básicas que são descritas da seguinte forma por Draibe (in Noronha 1995,82):

“I. centralizador das decisões, a nível financeiro e operacional, no Governo Federal e, dentro dele no interior do INAMPS... que constituiu-se no real “executor” da política governamental para o setor como um todo”.

“II. privilegiador de uma forma de financiamento que apoia-se na... captação de recursos independentes do orçamento fiscal... via contribuição sociais... extremamente vulneráveis às crises econômicas”.

“III. cristalizador de redes de atendimento separados e não integradas...”.

“IV. privatizante, do ponto de vista da execução dos serviços...”.

“V. deteriorador da capacidade instalada do setor público...”.

“VI. constituidor de uma rede de equipamentos... (que) não obedeceu a critérios vinculados à distribuição dos problemas de saúde da população”.

“VII. tendente a expandir cobertura, abrangendo um número cada vez maior de usuários, ainda que segmentando e diferenciando o acesso para distintos segmentos das classes subalternas”.

“VIII. de planejamento, gestão, avaliação e controle cada vez mais difíceis...”.

“IX. inefetivo naquilo que toca às necessidades nosológicas da população brasileira nas diferentes regiões do país e às necessidade de acesso, quantidade e qualidade de serviço”.

“X. atuando sem hierarquia, regionalização, sistema de referência, mecanismos de integração e sendo predominantemente hospitalocêntrico”.

Durante 1981 e 1982, o Governo Federal busca formular alternativas para a crise financeira do Brasil. De todo o conjunto de medidas propostas à única que alcançou razoável grau de consenso foi a de criação do CONASP – Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária, subordinado diretamente ao Presidente da República.

O plano da CONASP surgiu no auge da crise financeira da previdência e de legitimidade do Governo Federal, enfatizava sua estratégia de implantação e traduzia a preocupação em não excluir explicitamente nenhum dos grupos de interesses vinculados ao complexo médico-previdenciário.

A partir do plano do CONASP, surgiu a AIS – Ações Integradas de Saúde, teve seu primeiro período no ano de 1983-83 e caracterizou-se pelas fortes limitações da conjuntura daquele momento, acompanhado pela crise da Previdência Social.

Com o advento da Nova Republica, as estratégia das AIS vão ganhar expressão nacional, no esforço de implementação do programa caracterizado pela universalização do acesso aos serviços de saúde, a integridade das ações e a unificação dos serviços.

Em 20 de julho de 1987, através do Decreto 94.657, o presidente da República cria os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde – SUDS, que veio com o objetivo de contribuir para a consolidação e o desenvolvimento qualitativo das AIS.

O SUDS tinha como diretrizes: universalização e equidade no acesso aos serviços de saúde, integridade dos cuidados assistenciais, regionalização e integração dos serviços, descentralização das ações de saúde, implementação de distritos sanitários, desenvolvimento de instituições colegiadas gestoras e desenvolvimento de uma política de recursos humanos. O SUDS sobrevive até a aprovação da Lei Orgânica da Saúde, em 1990.

Segundo Neto (1994), foi a partir da Reforma Sanitária Brasileira, ocorrida na década de 80, juntamente com o surgimento da Nova Republica em 1985, que foi possível um debate maior acerca da saúde brasileira.

Ainda de acordo com o mesmo autor, a Reforma Sanitária é a “proposta para a democratização da saúde no país”. Para ele, a saúde não é conseguida apenas com assistência médica, mas principalmente, pelo acesso das pessoas ao emprego, com salário justo, à educação, a uma boa condição de habitação e saneamento, ao transporte adequado, a uma boa alimentação, á cultura e ao lazer; além, do acesso a um sistema de saúde digno e de qualidade.

Portanto, a saúde deve ser vista como um direito que as pessoas têm pelos simples fato de existirem, de serem cidadãos e de viverem numa sociedade.

A idéia de que a “Saúde é direito de todos e dever do Estado”, é um princípio básico da Reforma Sanitária.

Para que isso seja realidade é necessário conforme Neto (1994, 11):

(...) que, além das políticas gerais de governo que contribuam para a melhoria da qualidade de vida, o setor saúde também se estruture e se organize de modo a zelar

para que essas políticas sejam adequadas e produzam efeitos positivos sobre a saúde das pessoas e coletividades; assim como esteja apto a promover as ações que visem à promoção da saúde, a prevenção de doenças e o atendimento adequado em situações de doenças e outros agravos à saúde (acidentes, etc)".

Desde a promulgação da CF/88 sabe-se que a saúde tornou-se universal, ou seja, contribuindo ou não, todos os cidadãos brasileiros têm acesso gratuito à saúde. Apesar do artigo estar claro, constata-se que as dificuldades são muitas para se ter acesso à saúde no Brasil. É possível observarmos diariamente através dos nossos meios de comunicação a precariedade da saúde no Brasil. É corriqueiro vermos filas imensas, os equipamentos são poucos, as instalações hospitalares são precárias, são poucos os funcionários e os que têm, trabalham com sua carga horária dobrada.

O que foi citado é só uma pequena parte das dificuldades, pois a questão da saúde brasileira perpassa por outras questões, que vão além das enormes filas de espera. Isso podemos comprovar, através da fala de Nogueira (2001,103) que apresenta outros aspectos importantes dentro do Sistema de Saúde:

Uma das grandes dificuldades existentes do sistema de saúde continua sendo o acesso difícil de grande parte da população aos recursos de saúde. Segundo pesquisa recente da professora Sônia Fleury (1999,4), "há problemas de gestão, de recursos humanos, de má distribuição de recursos e serviços (...). O setor público permanece dependente dos serviços privados, que são contratados e respondem pela maioria dos serviços de atenção médica prestados pelo setor público (...).

Diante do apresentado, cabe neste momento falarmos de como funciona o Sistema Único de Saúde – SUS.

Em 1988 a Assembléia Nacional Constituinte aprovou a nova Constituição Brasileira, incluindo pela primeira vez, uma seção sobre a Saúde. Foi incorporada a essa seção, os conceitos e propostas da VIII Conferência Nacional de Saúde, ou seja, a Constituição adotou a proposta da Reforma Sanitária e do SUS.

Até a promulgação da Constituição Federal de 1988, a saúde era entendida enquanto ausência de doenças. Ou seja, o sistema era organizado de forma a atender em primeiro lugar, a demanda das pessoas que estavam à procura de assistência médica curativa. A Constituição Federal de 1988 formulou um novo conceito de saúde, conforme artigo 186:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco da doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988, 133).

Surge com a Constituição Federal de 1988 o SUS – Sistema Único de Saúde, no qual traz em seu art.198 três principais alicerces, como descreve Jorge [1994, 51]:

- descentralização com direção única em cada esfera do governo (Federal, Estadual e Municipal);
- atendimento integral com prioridades para as ações preventivas (vacinação, medicamento e saneamento básico) sem prejuízo dos serviços assistenciais (postos de saúde, hospitais e ambulatórios);
- participação da comunidade (decidindo o que é mais importante para ser feito e controlando o uso do dinheiro público, do povo).

Ainda na Constituição ficou estabelecido que o Sistema Único de Saúde deve:

- controlar e fiscalizar procedimentos gerais na área da saúde;
- executar ações de vigilância para dar condições de saúde e prevenir doenças;
- opinar na formulação de trabalhadores no setor;
- participar da programação e da execução das ações de saneamento básico;
- aumentar o desenvolvimento científico e tecnológico na área;
- fazer a fiscalização de alimentos;
- colaborar na proteção do meio ambiente, nele incluído o ambiente de trabalho.

Conforme Neto (1994,12), o SUS é um sistema, ou seja, é formado por várias instituições dos três níveis de governo (União, Estados e Municípios), ele deve atender a todos, de acordo com suas necessidade, independente de que a pessoa pague ou não Previdência Social e sem cobrar nada pelo atendimento; deve atuar de maneira integral, isto é, não deve ver a pessoa como um amontoado de partes, mas como um todo; deve ser

descentralizado, ou seja, o poder de decisão deve ser daqueles que são responsáveis pela execução das ações; deve ser racional, ou seja, o SUS deve se organizar de maneira que sejam oferecidas ações e serviços de acordo com as necessidades da população, e não como é hoje, onde em muitos lugares há serviços hospitalares, mas não há serviços básicos de saúde; deve ser eficaz e eficiente, ou seja, deve produzir resultados positivos quando as pessoas o procuram ou quando um problema se apresenta na comunidade. Uma outra grande característica do SUS é a de ser democrático, onde não haja exclusão sendo direito de todas as pessoas usufruírem dos serviços.

Embora o SUS tenha sido criado, seu processo de implantação não foi tão fácil, houve vários interesses, onde alguns grupos queriam manter o sistema como estava, continuando a privilegiar os hospitais privados contratados pelo INAMPS e os que queria criar no país um sistema de seguro-saúde. A proposta feita pelo movimento da Reforma Sanitária teve chance e a Saúde foi incluída dentro de um capítulo chamado Seguridade Social. Conforme Neto (1994,13), “a Seguridade Social, é o conjunto das ações de Saúde, Previdência Social (pensões, aposentadorias e outros benefícios financeiros) e Assistência Social”. A Saúde é financiada pela Seguridade Social, além de outras fontes (Estados, Municípios e outros recursos da União).

Conforme Jorge [1994, 52], “a saúde é considerada pela Constituição como direito de todos e dever do Estado”, portanto, significa que o cidadão não está obrigado a fazer nenhum tipo de pagamento pelos serviços que ele venha receber pelo SUS, porém, isso não quer dizer, que os serviços são gratuitos, ou seja, os serviços serão custeados com recursos públicos (recursos do povo).

Os fatores políticos do final da década de 80, num contexto de grave e crescente crise fiscal, institucional e política do governo, produziram, a partir de 1989, uma ruptura no processo contínuo de maturação da reforma sanitária brasileira. É assim, durante todo o ano de 1989, não se registra nenhuma iniciativa significativa para consolidação da Seguridade Social em termos de legislação complementar ou ordinária no Congresso Nacional.

Dentre essas mudanças, conforme Noronha (1995,106) estão:

A ocupação dos espaços administrativos do setor saúde, em especial no INAMPS, pelos opositores da reforma sanitária, significou também uma grande inflexão no processo de reordenamento do sistema, perdendo os estados e municípios um aliado fundamental e, mais do que isto, o principal condutor das transformações em curso. Agregue-se, ainda, o agravamento de que esses fatos ocorreram numa fase muito precoce do redesenho organizacional e gerencial do SUDS/SUS, quando os movimentos de capacitação dos estados e municípios para suas novas funções apenas se iniciavam, e a implantação de novas concepções para a atuação do governo federal no SUS era muito imatura.

Contudo, só após o “impeachment” de Collor e a posse do Governo Itamar é que alguns passos mais concretos foram dados, especialmente com a publicação, pelo Ministério da Saúde, da Norma Operacional Básica Nº 1, de maio de 1993 que estabeleceu *normas e procedimentos para efetivar o processo de descentralização das ações e serviços de saúde*, onde ficou estabelecido de forma gradual a responsabilidade do atendimento por parte do Estado e Municípios, tornando-se assim autônomo na condução e gestão do SUS no seu âmbito.

Também, na mesma época, de acordo com Neto (1994,14), foi dado um passo importante no processo de reestruturação do nível federal do SUS, foi extinto o INAMPS, foco de resistência à implementação do SUS.

Em síntese, a partir da nova Constituição da República, várias incitavas institucionais, legais e comunitárias foram criando as condições de viabilização plena do direito à saúde. Destacam-se, neste sentido, no âmbito jurídico institucional, as chamadas Leis Orgânicas da Saúde (Nº 8080/90 e 8142/90), o Decreto Nº 99.438/90 e as Normas Operacionais Básicas (NOB), editadas em 1991, 1993 e 1996.

As Normas Operacionais Básicas, por sua vez, a partir da avaliação do estágio de implantação e desempenho do SUS, se voltam, mais direta e imediatamente, para a definição de estratégias e movimentos técnicos, que orientam a operacionalidade deste Sistema.

A seguir, estaremos fazendo uma explanação a respeito da Política de Saúde do Trabalhador.

2.2 A POLÍTICA DE SAÚDE DO TRABALHADOR

Para falarmos sobre esta questão será importante resgatar um pouco da sua origem, para tanto, faz-se necessário mencionar a criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS).

Tal sistema foi criado em 1977 com o reconhecimento formal da crise previdenciária, segundo Barros; Freitas (1988, 13) sua criação se deu através da Lei nº 6439 de 01 de setembro do mesmo ano, no qual objetivava uma reorganização e racionalização capaz de enfrentar, sobretudo os aspectos críticos referentes aos gastos com Assistência Médica e que tendiam a colocar em xeque o esquema econômico-financeiro do INPS – Instituto Nacional da Previdência Social. O SINPAS seria constituído pelo IAPS, INPS, INAMPS e as seguintes entidades: Fundação Legião Brasileira de Assistência, Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor, Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social e a Central de Medicamentos – CEME.

Ainda conforme as autoras anteriormente citada, o SINPAS era o órgão competente por atender a problemática da Saúde do Trabalhador e seus dependentes, sendo mantido principalmente pelos trabalhadores urbanos através de arrecadação específica descontado em folha.

Em relação à Saúde do Trabalhador competia ao INPS, segundo Barros; Freitas (1988, 14) as seguintes atribuições:

- A Assistência reeducativa de readaptação Profissional (aos servidores públicos – Lei nº 1711/52);
- Acidente do Trabalho – (Programa de Amparo Financeiros a idosos e inválidos, abrangendo as prestações em dinheiro (Lei nº 6179/74));
- Auxílio – doença;
- Serviço de reeducação e reabilitação profissional devido acidentes do trabalho – (Lei nº 6367 de 19 de outubro de 1976);

“Os benefícios do acidente de trabalho serão aqueles que ocorrerem pelo exercício do trabalho, a serviço da empresa, do trabalho, provocando lesão corporal, perturbação funcional ou doença que causa a morte ou perda da capacidade para o trabalho”. (Barros; Freitas, 1988, 14).

Além destes benefícios tinham também os Benefícios Acidentários e os Serviços Acidentários, no quais são:

Benefícios Acidentários:

- Aposentadoria por invalidez;
- Pensão por morte;
- Auxílio – doença;
- Auxílio – acidente;
- Pecúlio.

Serviços Acidentários:

- Assistência Médica;
- Recomposição estética;
- Reabilitação Profissional;
- Reparação Odontológica;
- Órtese e Prótese.

Outro marco importante na história da Saúde do Trabalhador se deu na VIII Conferência Nacional de Saúde – CNS em 1986. Porém antes dela houve VII conferências sendo que a Primeira foi no ano de 1941 e a Segunda em 1950 (Governo Vargas), ambas trataram de firmar um campo institucional próprio ao sanitarismo, então vinculado ao Ministério da Educação e Saúde.

A III Conferência ocorreu no Governo Goulart (1961-1964), tendo como temas abordados a situação sanitária, a municipalização e a Política Nacional de Saúde.

Em 1966 durante o Governo do Marechal Castelo Branco ocorreu à IV Conferência no qual tratou setorialmente sobre “recursos humanos”.

Durante o período de 1974 a 1986 ocorreram quatro Conferência Nacional de Saúde, no qual a Saúde do Trabalhador começou a parecer no discurso.

A V Conferência ocorreu no período de 05 a 08 de agosto de 1975 durante o Governo do General Ernesto Geisel (1974-1978), era constituída por cinco temas oficiais: o Sistema Nacional de Saúde; O Programa de Saúde Materno - Infantil; O Sistema de Vigilância Epidemiológica; o Controle das Grandes Endemias e a Extensão das Ações de Saúde às Populações Rurais. Observasse que não são feitas referências à Saúde do Trabalhador.

No período de 01 a 05 de agosto de 1977 ocorre a VI Conferência, teve como temas a situação do controle das grandes endemias; a interiorização dos serviços de saúde e a Política Nacional de Saúde. Não fazendo desta forma, referências à Saúde do Trabalhador. Porém de acordo com Barros; Freitas (1988, 22):

“No discurso de abertura o Orador, Dr. Paulo de Almeida Machado, em momento algum deixa de elogiar as ações e intenções do então Presidente da República que focaliza o aspectos por ele mencionado “... HARMONIZAR PENSAMENTOS E INTEGRAR ESFORÇOS”, também manifesta sua “ ADMIRAÇÃO PELOS RESULTADOS OBTIDOS PELO MINISTÉRIO DO TRABALHO NA PREVENÇÃO DE ACIDENTES, PELA NOTÁVEL EXPANSÃO QUANTITATIVA E QUALITATIVA DOS SERVIÇOS DO INPS...”

Ainda conforme as autoras é possível observar nos Anais desta Conferência no item Atribuição dos Ministérios, no qual competirá ao Ministério do Trabalho:

“ ... quando à Higiene e Segurança do Trabalho, à Prevenção de Doenças Profissionais e do Trabalho, à Proteção e Disciplina Corporativa e Política Salarial das Profissões de Saúde, cabendo-lhe particularmente:

- a) Desenvolver as atividades de Higiene e Segurança do Trabalho em consonância com as necessidades da área de saúde e tendo em vista a prioridade das ações preventivas;
- b) Desenvolver Programas de Preparação de Mão-de-obra para setor saúde”
(Barros; Freitas; 1988, 22-23).

Cabe ressaltar que nesta Conferência foi possível observarmos referência à questão da Saúde do Trabalhador.

Em 24 de março de 1980 foi instalada a VII Conferência pelo então Presidente da República João B. O. Figueiredo. Teve como tema a Extensão das Ações de Saúde Através dos Serviços Básicos, porém, não trouxe nenhum enfoque a Saúde do Trabalhador.

Um momento importante para o avanço da questão da Saúde do Trabalhador, como já mencionado anteriormente foi à VIII Conferência Nacional de Saúde – CNS em 1986, que introduziu definitivamente esta temática no âmbito da saúde. Deste encontro surgiu a idéia de promover, através de um grupo de técnicos da área, a I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador – CNST. Ainda neste ano a Comissão Nacional de Reforma Sanitária, sugeriu a inclusão das ações de saúde do trabalhador entre as competências do Sistema Único de Saúde, que tornou-se uma proposta do texto constitucional para a área da saúde.

Observa-se a partir deste contexto a fala das autoras Barros; Freitas (1988, 27) como contribuição, “Em relação às outras Conferências pode-se notar uma significativa alteração no discurso. A fala inclui não somente a Saúde do Trabalhador, mas o faz considerando-a como de competência dos Órgãos Governamentais e como decorrente também do próprio conhecimento e controle dos trabalhadores sobre o processo. Com isso, deixa, a nível de discurso, a saúde de ser um processo onde o trabalhador se encontra alienado e distante, passando a ser também responsável pela sua saúde e do ambiente de trabalho”.

Faz-se oportuno ressaltar que neste mesmo ano ocorreu o I Encontro de Assistente Social do Trabalho do Estado de São Paulo, realizado nos dias 30/31 de outubro e 01 de novembro. Tendo como tema “O Serviço Social e as Relações Sociais na Realidade da Empresa”.

Seguindo a lógica cronológica, podemos observar que quatro anos depois da VIII Conferência surge a Lei que define o conceito de saúde do trabalhador, sendo ela a lei 8080/90 em seu artigo 6º e 3º, onde aborda a questão como sendo “um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e sanitária, promoção e proteção da saúde do trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho”. A saúde do trabalhador abrange assistência ao trabalhador vítima de acidente de trabalho ou portador de doença profissional, participação no âmbito da competência do SUS.

No caso particular do Brasil, (segundo manual titulado como Programa de Promoção de Saúde do Trabalhador, desenvolvido pela Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina [19--]) disputamos o primeiro lugar dos países com a mais alta incidência em acidente de trabalho. Segundo dados ainda parciais do MPS/INSS, contamos com

424.137 acidentes de trabalho registrados em 1995, sendo 403.491 acidentes típicos e de trajetos, 20.646 doenças profissionais e 3.967 óbitos, sem considerarmos os afastamentos do trabalho e os acidentes produzidos por um equivocado estilo de vida, gerador de outros agravos não considerados como “ocupacionais”, e, portanto, não notificados. No que refere-se à Secretária Estadual de Saúde de Santa Catarina entre os anos de 1997, 1998 e 1999 foram registrado um total de 487 acidentes do trabalho entre os Servidores Estaduais da Saúde no Estado de Santa Catarina. (vide anexo I)

Com o passar dos tempos, surge uma preocupação por parte das empresas em promover a saúde do trabalhador. Com isso, a Secretaria de Estado de Saúde de Santa Catarina, com o pressuposto de reorganizar o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde, reconheceram no ambiente de trabalho um distrito sanitário de fundamental importância para o desenvolvimento de ações que contribuem para a redução ou eliminação das doenças/agravos preveníveis. (Programa de Saúde do Trabalhador do Estado de Santa Catarina).

Esse Programa propõe um pensar diferente, sendo o ambiente de trabalho, reconhecido não apenas como um espaço de ocorrência de doenças ocupacionais, mas também como um estilo de vida, a alimentação, as relações de trabalho, as condições ambientais e o histórico genético/familiar, são fatores potenciais de agravamento da saúde que transcendem a questão doença/ambiente de trabalho, exige novos paradigmas de gestão.

A Promoção da Saúde do Trabalhador busca em seu conceito, não apenas a ausência de doenças, mas sim, que o trabalhador seja mais saudável e que tenha mais qualidade de vida.

Conforme Dias (in Conteúdos Básicos para uma Ação Sindical 1996, 27), podemos conceituar saúde do trabalhador **“como uma prática social instituinte, propondo contribuir para a transformação da realidade de saúde dos trabalhadores, e da população como um todo”**.

Descreve também, como objeto da saúde do trabalhador o processo saúde e doença dos grupos humanos, em sua relação com o trabalho. Aqui, o trabalho é entendido como espaço de dominação e submissão do trabalhador pelo Capital.

A atenção à saúde dos trabalhadores vem se instituindo na rede pública de serviços de saúde, atual SUS, buscando construir uma prática de saúde inovadora, dirigida aos

trabalhadores, sujeita às contradições existentes nas relações saúde e trabalho e à crise do setor saúde na atualidade.

A Norma Operacional de Saúde do trabalhador (NOB-SUS 01/96), em seu Art. 1º tem como objetivo orientar e instrumentalizar a realização das ações de saúde do trabalhador e da trabalhadora, urbana e rural, dirigido pelos seguintes princípios básicos:

- I) “Universalidade e equidade, onde todos os trabalhadores, urbanos e rurais, com carteira assinada ou não, empregados, desempregados ou aposentados, trabalhadores em empresas públicas ou privadas, devem ter acesso garantido a todos os níveis de atenção à saúde;
- II) Integralidade das ações, tanto em termos do planejamento quanto da execução, com um movimento constante em direção à mudança do modelo assistencial para a atenção integral, articulando ações individuais e curativas com ações coletivas de vigilância da saúde;
- III) Direito à informação sobre a saúde, por meio da rede de serviço do SUS, adotando como prática cotidiana o acesso e o repasse de informações aos trabalhadores.
- IV) Controle social, reconhecendo o direito de participação dos trabalhadores e suas entidades representativas em todas as etapas do processo de atenção à saúde, desde o planejamento e estabelecimento de prioridades, o controle permanente da aplicação dos recursos, a participação nas atividades de vigilância em saúde até a avaliação das ações realizadas;
- V) Regionalização e hierarquização das ações de saúde do trabalhador, que deverão ser executadas por todos os níveis da rede de serviços, segundo o grau de complexidade, desde as básicas até as especializadas, organizadas em um sistema de referência e contra-referência, local e regional;
- VI) Utilização do critério epidemiológico e de avaliação de riscos no planejamento e na avaliação das ações, no estabelecimento de prioridades e na alocação de recursos.
- VII) Configuração da saúde do trabalhador como um conjunto de ações de vigilância e assistência, visando à promoção, à proteção, à recuperação e à reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos a riscos e agravos advindos do processo de trabalho”.

Ainda na mesma norma podemos encontrar no seu art. 2º, que cabe aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios a execução de ações na área de saúde do trabalhador, considerando as diferenças de gênero.

Porém em seu Art. 3º delega aos Municípios, por intermédio de suas Secretárias de Saúde, a realização de ações discriminadas, conforme a condição de gestão em que estejam habilitados, como seguem:

- I. “Na Gestão Plena da Atenção Básica, assumirá as seguintes ações de saúde do trabalhador:
 - a) garantia do atendimento ao acidentado do trabalho e ao suspeito ou portador de doença profissional ou do trabalho, por meio da rede própria ou contratada, dentro de seu nível de responsabilidade da atenção, assegurando todas as condições necessárias para o acesso aos serviços de referência, sempre que a situação exigir;
 - b) realização de ações de vigilância nos ambientes e processos de trabalho, compreendendo a identificação das situações de risco e a tomada de medidas pertinentes para a resolução da situação e a investigação epidemiológica;
 - c) notificação dos agravos à saúde e os riscos relacionados com o trabalho, alimentando regularmente o sistema de informações dos órgãos e serviços de vigilância, assim como a base de dados de interesse nacional;
 - d) estabelecimento de rotina de sistematização e análise dos dados gerados no atendimento aos agravos à saúde relacionados ao trabalho, de modo a orientar as intervenções de vigilância, a organização dos serviços e das demais ações em saúde do trabalhador;
 - e) utilização dos dados gerados nas atividades de atenção à saúde do trabalhador, com vistas a subsidiar a programação e avaliação das ações de saúde neste campo, e alimentar os bancos de dados de interesse nacional
- II) Na Gestão Plena do Sistema Municipal, assumirá, além das já previstas pela condição de Gestão Plena da Atenção Básica, as seguintes ações de saúde do trabalhador:
 - a) emissão de laudos e relatórios circunstanciados sobre os agravos relacionados com o trabalho ou limitações (seqüelas) deles resultantes, por meio de recursos próprios ou do apoio de outros serviços de referência;

- b) instituição e operacionalização de um sistema de referência para ao atendimento ao acidentado do trabalho e ao suspeito ou portador de doença profissional ou do trabalho, capaz de dar suporte técnico especializado para ao estabelecimento da relação do agravo como o trabalho, a confirmação diagnóstica, o tratamento, a recuperação e a reabilitação da saúde, assim como para a realização dos encaminhamentos necessários que a situação exigir;
- c) realização sistemática de ações de vigilância nos ambientes e processos de trabalho, compreendendo o levantamento e análise de informações, a inspeção sanitária nos locais de trabalho, a identificação e avaliação das situações de risco, a elaboração de relatórios, a aplicação de procedimentos administrativos e a investigação epidemiológica;
- d) instituição e manutenção de cadastro atualizado das empresas classificadas nas atividades econômicas desenvolvidas no Municípios, com indicação dos fatores de risco que possam ser gerados para o contingente populacional, direta ou indiretamente a eles expostos”;

Parágrafo Único. “O Município deverá manter unidade especializada de referência em Saúde do Trabalhador, para facilitar a execução das ações previstas neste artigo”.

Enfim, estas são algumas normas existentes, porém cabe ressaltar que muitas vezes ficam como ideal que podem ou não se concretizar.

Sendo assim, vale citar que a Atenção à Saúde dos Trabalhadores no Sistema de Saúde no Brasil vem se instituindo na rede pública de serviço, atual SUS, onde busca construir uma prática de saúde inovadora, dirigida aos trabalhadores, sujeita às contradições intrínsecas ao campo das relações saúde x trabalho e à crise do setor saúde na atualidade.

Atualmente a Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina dispõem de um Programa de Promoção da Saúde do Trabalhador Ambiente Saudável, no qual tem por objetivo “motivar” as organizações empresariais e de representação sindical, públicas e privadas a compreender e intervir nos problemas de saúde no ambiente de trabalho, formulando estratégias de superação dos agravos decorrentes do ambiente e dos processos de trabalho, e daqueles resultantes dos fatores sociais, culturais e biológicos próprios de cada indivíduo.

A concepção de saúde que embasa o Programa de Saúde do Trabalhador da Secretária de Saúde do Estado de Santa Catarina baseia-se no termo, com uma concepção integral, ou seja, de forma preventiva, voltada para a redução dos agravos à saúde.

Para que as empresas possam ingressar no programa deverão manifestar seu interesse na implantação do mesmo, através de contato com as Unidades Regionais de Serviço da Secretária de Estado da Saúde, ou em contato com a Gerência de Atenção Básica – SC. (vide anexo II).

Em relação ao Hospital Infantil Joana de Gusmão, segundo a Assistente Social Dirce Maria Martinello, responsável pela Subgerência de Apoio e Orientação ao Servidor do HIJG, no que refere-se a esse programa foi utilizado um única vez, quando implantou o “Projeto Controle de Tabagismo e Prevenção de Câncer”. Nos demais programas no qual será apresentado no item a seguir, não houve qualquer envolvimento com o Programa desenvolvido pela *Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina*.

2.3 A INSERÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL JUNTO AS POLÍTICAS DE SAÚDE DO TRABALHADOR NO HOSPITAL INFANTIL JOANA DE GUSMÃO

Vivemos num momento pleno de desafios, onde precisamos ter coragem e esperanças para enfrentar o presente e quem sabe, contribuir para melhorar o futuro. Segundo Iamamoto (1997, 5) “Os Assistentes Sociais são desafiados neste tempo de divisas, de gente cortada em suas possibilidades de trabalho e de obter meios de sobrevivência, ameaçados na própria vida. Tempos de crise, em que cresce o desemprego, o subemprego, a luta por meios para sobreviver no campo e na cidade. Tempos extremamente difíceis para todos aqueles que vivem do trabalho e para a organização dos trabalhadores”. É neste contexto que o profissional de Serviço Social esta inserido, buscando propostas de trabalho capazes de preservar e efetivar direitos.

No que se refere à inserção do Assistente Social nas Políticas de Saúde do Trabalhador da Saúde como forma ampla a contemplar não só o HIJG, mais o Sistema de Saúde Publica no Brasil, muito pouco tem se escrito a respeito desta temática, situação esta,

que pode ser constatar após levantamentos bibliográficos a respeito do referido assunto. O que encontra-se em literaturas, são situações restritas de setores onde o Serviço Social atua ou atuou.

Sendo assim, optou-se por falarmos sobre o assunto, de maneira a situá-lo no Hospital Infantil Joana de Gusmão.

Para falar da Saúde do Trabalhador da Saúde no HIJG, precisamos situá-lo ao setor que desempenha esta função.

Segundo Pereira (2002, 44) a implantação do Serviço Social dos Servidores do HIJG, ocorreu por volta de 1989, onde nesta ocasião houve uma modificação do regime dos servidores da saúde que eram regidos pela CLT, através da Fundação Hospitalar de Santa Catarina que foram transferidos para o regime estatutário. Porém, com a Lei 80.240 houve uma modificação nos nomes e secretarias, incluindo cargos e foram criadas as Coordenadorias de RH, inclusive nos hospitais. A partir daí, criou-se uma coordenadoria chamada CADORH – Coordenadoria de Administração, Desenvolvimento Organizacional e Recursos Humanos sendo esta organizada em três subgerências (vide anexo III):

- 1 – Subgerência de Desenvolvimento de Recursos Humanos que contempla toda a parte de *Formação e Capacitação do Servidor*;
- 2 – Subgerência de Administração de Recursos Humanos que trabalha a parte administrativa e de pessoal;
- 3 – Subgerência de Apoio e Orientação ao Servidor cujos objetivos eram apoiar e orientar o trabalho no que diz respeito as suas relações de trabalho, da sua saúde e bem-estar sentindo-se ser participante do cotidiano do Hospital.

É nesta última Subgerência que está inserido o Assistente Social que lida com a questão da Saúde do Trabalhador da Saúde, mas que devido a falta de estrutura física e recursos, tanto financeiros como de pessoal não tem podido ampliar a sua intervenção nesta área.

No que refere-se às Políticas de Saúde do Trabalhador da Saúde, existe uma grande preocupação por parte desta Subgerência, que conta com o apoio da FUNDACENTRO² para buscar soluções muitas vezes emergências para solucionar algum problema, mas

² Fundação Centro Nacional de Segurança e Higiene do Trabalho – Entidade de pesquisa científica e tecnológica em segurança e saúde ocupacional, orientada pelo Governo brasileiro vinculado ao Ministério do trabalho.

também para ações de caráter preventivo, para que o trabalhador possa usufruir de um ambiente de trabalho mais saudável e que tenha mais qualidade de vida.

É neste contexto, que o Assistente Social está inserido na Subgerência de Apoio ao Servidor. Entre os programas desenvolvidos neste Departamento destacam-se alguns projetos que estão diretamente ligados à Saúde do Trabalhador do HIJG:

- **Projeto de Prevenção de Câncer de Colo Uterino e Mamas:** foi implantado e concluído no ano de 2001. Tinha como objetivo proporcionar a todas as servidoras do HIJG a realização do exame preventivo de câncer de colo uterino e também, através do atendimento individualizado estar orientando como fazer o auto exame de mamas. Teve um caráter educativo, onde proporcionou maior conhecimento às servidoras de seu próprio corpo e de sua saúde.
- **Projeto Controle Tabagismo e Prevenção de Câncer:** foi implementado no ano de 2001 e continua em andamento. Tem como objetivo dar apoio aos servidores que desejam parar de fumar e precisam de um incentivo. São realizado os acompanhamentos médicos, psicológicos ou internação. É oferecido medicamentos e acompanhamento de todo o processo de recuperação.
- **Mural da Saúde do Trabalhador:** um espaço onde são expostos vários temas sobre saúde dos servidores. Neste mural, colocam-se cartazes de conscientização, orientação, depoimentos dos servidores a respeito de sua saúde.
- **Programa de Atividade Física e Saúde Cardiovasculares :** o objetivo foi analisar as variáveis envolvida na implantação de um programa de atividade física, este programa iniciou-se com os servidores do Setor de Nutrição, onde contou com a presença de uma estagiaria de Educação Física da Udesc, que desenvolveu a partir de um estudo individual entre os interessados aulas de ginástica.
- **Projeto de Reorganização da Cozinha e do Refeitório do HIJG:** teve como objetivo sensibilizar e capacitar os servidores do Setor de Nutrição.
- **Programa Saúde em Forma:** é um sistema de avaliação e orientação para a prática de atividades físicas desenvolvido pela UNIMED de Florianópolis, onde ajudará o servidor a viver com mais saúde. São exames físicos, de sangue e pressão feitos com pessoas capacitadas em medicina do trabalho.

Estas atividades relatadas são algumas das ações que o Serviço Social vem desenvolvendo junto aos servidores do HIJG e que, tem proporcionado um pouco de bem-

estar a eles. Além desses programas, são também realizado atendimento e acompanhamentos de casos³. É importante registrar que estes atendimentos são variados, podendo ser uma solicitação de medicamento e/ou até um acidente de trabalho.

Segundo Marilda Villela Iamamoto:

Um dos maiores desafios que o Assistente Social vive no presente é desenvolver sua capacidade de decifrar a realidade e construir propostas de trabalho criativas e capazes de preservar e efetivar direitos, a partir de demandas emergentes no cotidiano. Enfim, ser um profissional propositivo e não só executivo. (Iamamoto, 1996,8).

Portanto, é essencial criarmos propostas de trabalho, mecanismos metodológicos, permitir ao profissional encontrar meios para propor e criar alternativas de trabalho. É assim que vejo o papel do Serviço Social na Subgerência de Apoio ao Servidor, mesmo com todas as dificuldades enfrentadas (espaço físico, verbas, acúmulo de serviço,...) está sempre em busca de algo novo, criando e buscando alternativas para dá respaldo as demandas que de alguma forma aparecem no departamento.

Observa-se a partir deste contexto a fala de Maria Dalva Horácio da Costa:

O trabalho dos assistentes sociais não se desenvolve independentemente das circunstâncias históricas sociais que o determinam. De fato, a inserção do Serviço Social nos diversos processos de trabalho, “encontra-se profunda e particularmente enraizado na forma como a sociedade brasileira e os estabelecimentos empregadores do Serviço Social recortam e fragmentam as próprias necessidades do ser social e a partir desse processo como organizam seus objetivos institucionais que se voltam para a intervenção sobre essas necessidades (Costa, in. ABESS, 1996:36).

³ Acompanhamento de caso: terminologia utilizada no setor de Subgerência de Apoio ao Servidor do HIJG.

Assim sendo, entende-se que o profissional de Serviço Social tem na sua formação fundamentos que direciona e legitima a prática na Subgerência voltada a prestação de serviços aos trabalhadores.

Prosseguindo, considera-se que para a realização de uma análise da relação entre acidente de trabalho e a saúde do trabalhador, faz importante recuperar a história e os conceitos sobre acidentes bem como propostas de prevenção e orientação, sendo isto o que será feito a seguir.

3 ACIDENTE DE TRABALHO

3.1 UM BREVE HISTÓRICO SOBRE ACIDENTE DO TRABALHO

Para falarmos a respeito de acidente de trabalho buscou-se compreender os processos ocorridos no Brasil neste último século.

Em 1904, ocorreu o primeiro projeto de regulamentação dos acidentes de trabalho no qual foi apresentado no Parlamento pelo deputado Medeiros de Albuquerque. Em 1908, um outro projeto semelhante foi exposto, no entanto, somente em 1915, deputado Adolfo Gordo apresenta um projeto que após várias modificações, torna-se lei em 1919. Segundo Faleiros (1992, 19), é a primeira legislação social de alcance nacional no Brasil.

Ainda conforme Faleiros (1992, 19):

A Lei de 1919 estabelece o regime de indenização para os trabalhadores, como uma forma de compensação das perdas e danos causados pelos acidentes de trabalho. Essa “compensação”, essa “proteção dos mais fracos” reflete bem a ideologia liberal do discurso político da época e da Constituição Republicana de 1891.

Neste período a intervenção do Estado no que diz respeito à saúde dos trabalhadores, faz-se “fora” da fábrica e tem como objetivo compensar os trabalhadores acidentados. O ambiente da fábrica era visto como um ambiente “natural” e a industrialização é vista como um bem e um mal para os trabalhadores.

Somente após 1930, durante o período de Getúlio Vargas, a legislação de saúde e de segurança no trabalho vai ser modificada: em 1934 e em 1944. A segunda modificação foi a mais significativa, estabelecendo ao Estado uma maior intervenção nos casos de seguros e acidentes de trabalho.

No entanto, estas mudanças não ocorreram por acaso, contou com a participação dos movimentos operários anarquistas da época que agitaram as fábricas e organizaram greves.

É importante lembrarmos que o Governo de Vargas estimulou a industrialização, que se desenvolveu e se tornou hegemônico da acumulação do capital. Em contrapartida, as leis existentes tinham um caráter mais de controle dos trabalhadores do que de proteção, defendendo os interesses dos patrões e restringido os limites dos operários.

De acordo com Faleiros (1992, 20), após a queda de Vargas em 1945, a mesma política dos acidentes de trabalho é consolidada em 1955 pelo atual Presidente da Republica Juscelino Kubitschek.

Em 1953 o IAPI se constituiu na principal instituição de seguros de acidentes do trabalho, contendo 20 hospitais, de 880 em convênio e de 455 pontos de serviços médicos.

Porém, segundo Faleiros (1992, 149) em 1961, através do decreto 3.700 de 9 de outubro, o governo estabelece o monopólio de seguro de acidentes do trabalho do Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos (IAPM). Este instituto em 1935 detinha o seguro de 960 empresas e, em 1941, de 1868 empresas.

Neste período de 1961 a 1964 são criados pelos tecnocratas do Ministério do Trabalho as Carteiras de Acidentes do Trabalho (CAT) do Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriais (IAPI).

No ano de 1960, acelera a entrada das multinacionais no Brasil favorecendo a internacionalização da economia brasileira e quatro anos mais tarde em 1964 ocorre o golpe de Estado⁴, onde marca a chegada ao poder da aliança militares-tecnocratas-capitalistas internacionais; a industrialização de bens duráveis, baseada de preferência na produtividade do que no prolongamento da jornada de trabalho, adquire uma grande expansão.

A primeira fase do Golpe do Estado é dirigida pelo Marechal Castelo Branco, seu governo e marcado por uma seriem de decretos-leis, onde é necessário destacar o decreto 293 que considera os seguros de acidentes do trabalho como seguros privados. Através desta lei os seguros estatais ficam no mesmo patamar de igualdade que os seguros particulares. Portanto, como tal decreto ocorreu às vésperas da transferência de governo ao general Costa e Silva no 1º de março de 1967, a nova lei não provocou grandes reações.

Segundo Faleiros,

“A estatização dos seguros de acidentes era defendida pelos tecnocratas do Ministério Social e do trabalho, seguindo uma tradição que vinha desde a época de

⁴ Denomina-se Golpe de Estado Segundo Faleiros (1992, 170) ato onde os governantes eleitos e reconhecidos

Getúlio Vargas, enquanto a privatização era defendida pelo Ministério da Indústria e do Comércio, mais ligada às companhias de seguros. Esta divisão manifesta uma ruptura nas posições do governo, mas há hegemonia dos setores ligados ao Ministério da Indústria e do Comércio. Divisões não significam eliminação da hegemonia". (Faleiros, 1992,185-186)

Ainda no governo Castelo Branco, foi criada a Fundação Centro Nacional de Segurança e Higiene do Trabalho (Fundacentro) pela Lei 5161 de 21.10.1966. Tinha como objetivo, cuidar dos aspectos preventivos dos acidentes do trabalho, sendo financiado por entidades públicas e empresas privadas.

Frente aos acidentes de trabalho, ainda nos anos de 1967, a prática mais corrente era enviá-los à Santa Casa de Misericórdia através da polícia que investigava os acidentes. As anotações de dados referentes a acidentes eram feitas pela própria polícia até 1967, quando o seguro acidentes vem a ser estatizado, ou seja, passa para o Estado a responsabilização.

No jornal operário O Protesto de junho de 1900 considera-se a Santa Casa como um "lugar de assassinato". Nesses lugares não era raro que os operários fossem depositados sem nenhum cuidado específico. As Santas Casa são financiadas pelos "irmãos" mais ricos e também pelo governo com subsídios, e controladas por instituições de caráter religioso. A oligarquia, os comerciantes e alguns segmentos das classes médias financiam essas instituições com ajuda. Segundo Papaterra Limongi, um advogado católico do Departamento do Trabalho de São Paulo, em 1910 as sociedades benévolas conta com um ativo de 30000 contos de réis, dos quais 20000 em bens imóveis. Numa receita de 8000 contos o governo do Estado Contribui com um quarto e o governo federal e os municípios, com 4,4% cada um. Assim, mais de um terço do financiamento dessas sociedades provém do Estado. Entre as despesas de 7500 contos, 20% são destinados aos socorros médicos e farmacêuticos, 17% a socorros alimentares, 2% a pensões e 40% a diversos (Faleiros, 1992,45).

Essas Santas Casa eram lugares onde se amontoavam os pobres. Operários e pobres se confundiam na sociedade da Primeira República. Uma vez nas mãos da polícia, eram encaminhados a estas instituições onde eram aceitos em nome da caridade.

Sendo assim, deixa o poder Castelo Branco e assume o General Arthur da Costa e Silva, o novo governo propõe em 15 de maio de 1967 um novo projeto sobre acidentes do trabalho, elaborado pelo Ministério do Trabalho e da Previdência Social.

Conforme Faleiros (1992, 189):

- *O projeto elaborado por Jarbas Passarinho se define claramente contra o decreto 293;*
- *Para justificar o porque de ser contra o decreto de 293, o ministério do Trabalho desenvolve suas argumentações em torno dos encargos que tal decreto representa para a Previdência Social, sendo assim, buscou-se mostrar que o decreto anterior era extremamente favorável às companhias privadas;*
- *Aos trabalhadores, o novo projeto garante a cobertura de acidentes em todo o território nacional, com eliminação do lucro das companhias de seguro de acidentes, propondo o regime de manutenção de salário em contraste à indenização. Oferece ainda os benefícios da Previdência Social aos acidentados e introduz um novo benefício, o auxílio-acidente em caso de perda de mais de 25% da capacidade de trabalho. No entanto, o projeto não faz referência aos trabalhadores rurais e aos trabalhadores domésticos;*
- *Aos empresários os tecnocratas propõem uma nova tarifa de prêmio de seguros mais reduzida que a anterior, uniformizando-a em 0,8% ou 0,4% dos salários, de acordo com o grau de risco da empresa;*

Entre 1967 e 1979 houve um período de endurecimento do regime militar com a promulgação do ato institucional nº 5, em dezembro de 1968, período que se prolongou até a metade do governo do general Geisel, em 1976. Entre 1970 e 1974, o país é governado pelo general Médici. O General Ernesto Geisel assume o governo em 1974 até 1978.

O governo de Geisel é marcado por um número elevado de acidentes de trabalho ocorrido no país e os baixos salários. Porém com as leis de 1976 (previdência social) e de 1977 (prevenção) completadas com as normas complementadoras de prevenção de 1978 confirma-se à articulação pelo governo autoritário visando às políticas de retorno ao trabalho, aumento da produtividade, diminuição dos custos da previdência, diminuição dos custos da produção passando pela profissionalização da prevenção.

Em relação aos acidentes do trabalho, os acidentados são submetidos ao saber dos peritos da empresa, da Previdência, do Judiciário, assim como as condições de trabalho são examinadas pela especialidade de engenheiros de segurança. O Estado, por sua vez,

incentiva convênios para manter serviços médicos nas empresas e deixa o acidentado ao encargo da empresa nos 15 primeiros dias de ausência do trabalho.

A nova Lei (Lei de 1976) faz distinção entre **doenças profissionais e doenças do trabalho**, segundo Faleiros (1992, 237-238):

“São Doenças profissionais (§ 1º do art. 2) aquelas inerentes ou particulares a um ramo determinado de atividade e presentes na relação organizada pelo Ministério da Previdência e Assistência Social”.

Ainda conforme o mesmo autor, em relação à política de prevenção, as novas medidas da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) mudam certas relações no interior da empresa. No artigo 160 é previsto que nenhum estabelecimento possa funcionar sem inspeção prévia do Ministério do Trabalho. A partir dessa inspeção a autoridade desse ministério pode impedir a continuação de um trabalho se é julgado por ela que existe um grave perigo para os trabalhadores (artigo 161). Sendo que isso só é válido para empresas com mais de 50 operários. Também no ano de 1967 surge as Comissões Internas de Prevenção de Acidente de Trabalho (Cipas)⁵ e fica definida a insalubridade e a empresa é obrigada ao pagamento de um adicional de 30%. Os limites da insalubridade devem ser definidos pelos profissionais, e não pelos trabalhadores, que poderão pedir uma perícia a respeito (artigo 195).

No que se refere à insalubridade, hoje podemos encontrar na CLT como sendo conceito de atividade insalubre: “Serão consideradas atividades ou operações insalubres aquelas que, por sua natureza, condições ou método de trabalho, exponham os empregados a agentes nocivos à saúde, acima dos limites de tolerância fixada em razão da natureza e da intensidade do agente e do tempo de exposição aos seus efeitos” (art. 189 da CLT).

Já no art. 190 da CLT, autoriza o Ministério do Trabalho a provar o quadro das atividades operações insalubres, bem como a expedir as normas sobre os critérios caracterizadores da insalubridade. Podemos encontrar tais atividades consideradas insalubres na NR – 15.

A NR –15 considera as seguintes atividades insalubres:

⁵ CIPAS – Comissões Internas de Prevenção de Acidentes de Trabalho – Este assunto será tratado neste mesmo capítulo no item 3.3.1.

1. Ruídos contínuo ou intermitente,
2. Ruídos de impacto;
3. Exposição ao calor;
4. Radiações ionizante;
5. Agentes químicos;
6. Poeiras minerais;

A estas pessoas que exercem trabalho insalubre são adicionados sobre o salário – mínimo:

- a) 40% para insalubridade de grau máximo;
- b) 20% para insalubridade de grau médio;
- c) 10% para insalubridade de grau mínimo;

Em síntese, no que refere-se as legislação acidentária longo foi o caminho percorrido nestes últimos anos, até a atual Lei n.8.213/91, a qual será recuperado no item a seguir.

3.2 CONCEITOS, PROCEDIMENTOS E LEIS SOBRE ACIDENTE DO TRABALHO

Existem diferenças muito acentuadas entre diferentes empresas na definição do que seja um acidente de trabalho: algumas por sua vez, consideram como acidente de trabalho todas as ocorrências imprevistas, que causem alguma interrupção do trabalho, outras somente quando ocorre algum tipo de lesão e outras ainda, somente quando ocorre o afastamento do funcionário. É muito comum também nas empresas, e isso é possível constatar no Hospital Infantil Joana de Gusmão, os funcionários não saberem o que é acidente de trabalho, muitas vezes consideram somente aqueles que trazem um afastamento das atividades (atestado). A seguir será recuperado alguns conceitos para melhor compreensão do assunto:

Acidente do trabalho sob o ponto de vista legal é definido pela Lei n^o 8.213, de 24 de julho de 1991, em seu artigo 19:

“Acidente do trabalho é o que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa ou pelo exercício do trabalho dos segurados referidos no inciso VII do artigo 11 desta lei, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte ou perda ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho”. (Dela Coleta, 1991,15).

Tomando um conceito mais técnico, conforme Dela Coleta (1991, 15), pode-se considerar como acidentes de trabalho:

“... todas as ocorrências não programadas, estranhas ao andamento normal do trabalho, das quais poderão resultar danos físicos e/ou funcionais ou morte ao trabalhador e danos materiais e econômicos à empresa” (Zocchio, 1971 in. Dela Coleta, 1991).

Outro autor que contribui para a definição de acidente de trabalho e Chapanis (1962), ele propõe um conceito de acidentes mais voltado para os aspectos preventivos e de aplicações em pesquisas ergonômicas:

“Um acidente é um evento inesperado e indesejável que surge diretamente da situação de trabalho, isto é, de um equipamento defeituoso ou de um desempenho inadequado de uma pessoa. Isto pode ou não causar danos pessoais e danificar o equipamento ou propriedade. Acidente, entretanto, sempre interrompem a rotina normal de trabalho e estão associados com um aumento no atraso de tempo ou erro”.(Chapanis, 1962, in. Dela Coleta, 1991)

Em relação a Lei nº 8.213/91 segundo Monteiro (1998, 12) conceitua o acidente de trabalho, primeiro no sentido restrito, depois, no sentido amplo ou por extensão.

Acidente-tipo, ou também chamado de macrotrauma, cuida a lei no art. 19 e basicamente define acidente de trabalho como sendo aquele que ocorre pelo exercício do trabalho e que provoca lesão corporal, ou seja, trata-se de um evento único e com conseqüência geralmente imediatas.

Doenças ocupacionais, a lei subdivide em doenças profissionais e doenças do trabalho, estando previstas no art.20, I e II. As Doenças profissionais também são conhecidas como “ergopatias”, “tecnopatias” ou “doenças profissionais típicas”, são produzidas ou desencadeadas pelo exercício profissional. Por sua vez, as doenças do trabalho, também são chamadas de “mesopatias”, ou “moléstias profissionais atípicas”, são aquelas desencadeadas em função de condições especiais em que o trabalho é realizado e com ele se relacionem diretamente. Decorrem igualmente de microtraumatismos acumulados.

Acidentes por equiparação são acidentes que se relacionam apenas indiretamente com a atividade.

Após estas breves conceituações, será recuperado um pouco sobre as Legislação Acidentária.

Pude-se observar através de leituras que até a atual Lei nº 8.213/91, longo foi o caminho percorrido pela legislação brasileira abordando a questão do acidente do trabalho.

Segundo Monteiro (1998, 8-10), o primeiro diploma legal de proteção ao trabalhador acidentado foi o Decreto nº 3.724/19. De lá para cá tivemos os Decretos nº 24.637/34, 7.036/44, as Leis nº 5.316/67, 6.361/76, regulamentada esta pelo Decreto nº 79.037, de 24 de dezembro de 1976, e, atualmente, a Lei nº 8.213/91, regulamentada pelo Decreto nº 357, de 7 de dezembro de 1991, parcialmente alterada pelo Decreto nº 611, de 21 de julho de 1992, e atualmente pelo Decreto nº 2.172, de 5 de março de 1997.

A Lei nº 8.213/91 sofreu, ao longo desses anos, diversas modificações, sendo as mais recentes e significativas as introduzidas pelas Leis nº 9.032, de 28 de abril de 1995, e 9.528, de 10 de dezembro de 1997. Tais alterações provocaram a edição do novo regulamento através do Decreto nº 2.172/97, publicado no Diário Oficial da União do dia seguinte. Este Decreto regulamentava a “Medida Provisória nº 1.523, de 11 de outubro de 1996” e hoje rege os planos de benefícios de natureza comum como especificamente os de natureza acidentária.

Além dessas leis específicas sobre Seguridade e Previdência Social, quando se trata da questão de acidente de trabalho não podemos esquecer da Consolidação das Leis do Trabalho – CLT um aliado nesta batalha. A CLT, em seu Capítulo V no qual trata-se da “Segurança e Medicina do Trabalho”, com a versão dada pela Lei nº 6.577/77 é ainda uma dos instrumentos mais eficazes, sobretudo quando se fala em prevenção de acidentes.

Outras Leis que convém citar que também trazem inúmeras disposições a respeito do acidente do trabalho são:

- Lei nº 8.080/90 (Lei Orgânica Nacional da Saúde);
- Lei nº 8.542/92;
- Lei nº 8.870/94;
- Lei nº 8.880/94;
- A Medida Provisória nº 1.053/95. Essa medida foi substituída pela Medida Provisória nº 1.415, de 29 de abril de 1996, que alterou o § 3º do art. 8º;
- Medida Provisória nº 1.415/96 e 1.440/96 atualmente nº 1.463-29/98 e 1.675-41/98, respectivamente;
- Medida Provisória nº 1.523/96 (alterou o auxílio-acidente concedido por disacusia) (atual Lei nº 9.528, de 10-12-1997);
- Lei nº 9.528, de 10 de dezembro de 1997 (incorporou a MP nº 1.596-14/97, que, por sua vez, incorporou a Medida Provisória nº 1.523/96 e alterou as Leis nº 8.212/91 e 8.213/91).

Essas são as Legislações que asseguram os direitos aos benefícios aos trabalhadores acidentados, porém, hoje encontramos no discurso da Constituição Federal que todo o cidadão brasileiro residente no Brasil tem direito à Seguridade Social, como já vimos no capítulo anterior, no entanto, no que diz respeito aos direitos e benefícios de natureza acidentária somente os seguintes segurados e seus dependentes poderão usufruir destes direitos, conforme citado por Monteiro, (1998, 15-16):

1. “O empregado, urbano ou rural (exceto o doméstico), assim entendido o que preenche os requisitos do art. 3º da Consolidação das Leis do Trabalho, ou seja, pessoa física que presta serviços de natureza não eventual a empregador, sob a dependência deste e mediante salário. Portanto, há de haver constância, hierarquia e salário.

2. O trabalhador avulso, entendido este nos termos do art.6º, VI, do regulamento, ou seja, aquele que, sindicalizado ou não, presta serviços de natureza urbana ou rural a diversas empresas sem vínculo empregatício, com a intermediação obrigatória do sindicato da categoria, ou do órgão gestor da mão-de-obra, nos termos da Lei nº 8.630, de 25 de fevereiro de 1993. Os exemplos mais comuns são as categorias de trabalhadores que exercem sua atividade nos portos tipos estivadores, guindasteiros, amarradores, etc.
3. O seguro especial. Esta foi uma inovação da Lei nº 8.213/91, inclusive para efeitos do recebimento dos benefícios de natureza comum. Esses segurados são o produtor, o parceiro, o meeiro, o arrendatário rural, desde que exerçam as atividades individualmente ou em regime de economia mista. O garimpeiro inicialmente também figurava entre os segurados especiais, mas foi excluído pela Lei nº 8.398, de 7 de janeiro de 1992. O segurado especial paga uma contribuição de 0,1% sobre a renda bruta da comercialização da produção rural para fazer jus aos benefícios de natureza acidentária.
4. O Médico residente é equiparado ao autônomo por força da Lei nº 8.138, de 28 de dezembro de 1990; contudo, também faz jus aos benefícios acidentários, de acordo com o art.130 do Regulamento. Esta é uma situação anômala, visto que fere o princípio constitucional já citado, por não haver o respectivo custeio, sendo contrário também à própria Lei nº 8.213/91, que repete a proibição no art. 125”.

Com relação aos benefícios por acidente do trabalho, a legislação prevê o seguinte:

- a) Prestação de pagamento continuado: auxílio-doença acidentário; auxílio-acidente; aposentadoria por invalidez acidentária; pensão por morte e abono anual;
- b) Prestação de pagamento único: pecúlio acidentário por invalidez e pecúlio por morte.

Cabe aqui mencionar o que rege o Estatuto dos Servidores Públicos Estaduais sobre os benefícios:

Art. 116 – “*Nos casos de acidentes em serviço e de doença profissional correrão por conta do Estado as despesas com transporte, estadia, tratamento hospitalar, aquisição de medicamentos e de equipamentos ou outros complementos necessários, o que será realizado, se possível, em estabelecimentos localizados no Estado*”.(Lei nº6.745, de 28 de dezembro de 1985).

Para que tais benefícios sejam adquiridos e preciso alguns procedimentos administrativos, tais como, emissão da Comunicação de Acidente do Trabalho - CAT⁶ e do Pedido Administrativo.

A empresa deverá comunicar o acidente do trabalho à Previdência Social, até o primeiro dia útil seguinte ao da ocorrência (art.22 da Lei nº 8.8213/91), mediante o preenchimento e envio da CAT. Segundo Monteiro (1998, 118):

“Nessa hipótese, o INSS, através de perícia administrativa, avalia a situação do trabalhador, podendo conceder-lhe afastamento do trabalho e pagamento do auxílio-doença acidentário (a partir do 16º dia do afastamento) ou até mesmo benefício em caráter definitivo”.

No entanto, caso a empresa não tenha expedido a CAT, outras entidades podem fazê-lo, inclusive o próprio segurado e seus dependentes.

Contudo, apesar do art. 129 da Lei nº 8.213/91 exigir o preenchimento da CAT, a falta desse documento, bem como o não-afastamento do trabalho e o esgotamento da via administrativa, não impede a vontade do acidentado entrar com uma ação judicial.

É importante lembrar, que mesmo o funcionário não possui registro na Carteira de Trabalho e Previdência Social – CTPS não exclui dos direitos, desde que comprovado o vínculo empregatício. Este pode ser provado por outros meios: recibos de pagamentos, prova oral, etc.

Outro aspecto que muitas vezes os funcionários tem dúvidas refere-se ao local que ele sofreu acidente, e se este, poderá ser considerado. No entanto, conforme Monteiro (1998, 174-180) existe uma série de situações que podem ser consideradas ou não e que serão apresentadas a seguir:

1. “Recebimento de salário: “não se caracteriza como acidente aquele sofrido pelo empregado que se dirige ao posto bancário da firma, em dia de folga, apenas para receber o salário”(Rescisória Ap. 287.418, 2º Grupo de Câmaras, rel. Juiz Antonio Vilenilson, J. em 5-3-1991).
2. Assalto na volta para casa: “Caracteriza-se como acidente do trabalho a lesão decorrente de assalto ou qualquer outro tipo de agressão sofrida pelo trabalhador, seja

⁶ Para os Servidores Públicos Estaduais de Santa Catarina a CAT e substituída pela CEAT – Comunicação Estadual de Acidente de Trabalho, porém tem a mesma função de CAT.

no ambiente de trabalho, seja no trajeto entre o lar e o serviço” (Ap. 259.178, 8º Câmara, rel. Juiz Martins Costa, J. em 26-4-1990).

3. Período de refeição ou descanso: “Para o fim de caracterizar acidente de trabalho, o empregado é considerado a serviço da empresa nos períodos destinados à refeição ou descanso, ou por ocasião da satisfação de outras necessidades fisiológicas, no local de trabalho, durante este, ou no trajeto entre aquele e o lugar de satisfação dessas necessidades” (Ap. 311.844, 3º Câmara, rel. Juiz João Saletti, j. em 31-3-1992).

“No período destinado a descanso, durante o trabalho, o empregado é considerado a serviço da empresa, que pode autorizá-lo a se retirar do local, daí a caracterização de acidente-tipo se ele, a caminho da casa da irmã, é atropelado nas proximidades do estabelecimento” (Ap. 322.844, 7º Câmara, rel. Juiz Garrido de Paula, j. em 28-7-1992)

“No período destinado a descanso, durante o trabalho, o empregado é considerado a serviço da empresa (art. 2º § 2º Lei 6.367/76). Assim, configura-se como acidente in itinere (acidente por equiparação) aquele ocorrido em frente à empregadora, sendo irrelevante o fato de, neste período, ter o obreiro participado de atividade lúdica, como o futebol” (Ap. 327.883, 1º Câmara, rel. Juiz Fraga Teixeira, j. em 28-1-1993).

“Ocorrendo o evento que vitimou o obreiro no intervalo destinado ao lanche, caracteriza-se como acidente de trabalho, sendo irrelevante o fato de o autor interromper tal período, para tratar de assunto diverso” (Ap. 262.488, 1º Câmara, rel. Juiz Quaglia Barbosa, j. em 16-4-1990).

4. Nexa causal – Concausa: “Provado que a queda sofrida pelo trabalhador, no trajeto usual da empresa para sua casa, atuou como causa indireta da morte, caracterizado está o acidente in itinere pelo que seus beneficiários fazem jus à percepção da pensão correspondente” (Ap. 466.040, 1º Câmara, rel. Juiz Renato Sartorelli, j. em 30-9-1996).
5. Cidade diversa, onde prestava serviço: “Tendo o obreiro que assumir sua função em cidade diversa da que reside, configura acidente in itinere o evento ocorrido durante a viagem, sobretudo, envolvendo o veículo da empresa, que o transportava” (Ap. 250.969, 1ª Câmara, rel. Juiz Quaglia Barbosa, j. em 22-11-1989).
6. Trabalho rural: “A lei acidentária referente ao trabalhador urbano não exclui o evento in itinere ao trabalhador rural” (Ap. 267.295, 5ª Câmara, rel. Juiz Sebastião Aromam, j. em 25-4-1990).

7. Atropelamento durante horário de refeição: “infortúnio ocorrido no horário reservado para almoço, prevalece o vínculo entre o percurso e o labor, caracterizando o acidente in itinere” (Ap. 231.055, 7ª Câ., rel. Juiz Demóstenes Braga, j. em 14-2-1989).
8. Queda de ônibus: “O fato do obreiro viajar em ônibus lotado, ficando com o corpo para fora da porta traseira e vindo a cair não descaracteriza o acidente in itinere, pois a única excludente subjetiva da reparação infortunistica é o dolo e não a culpa do segurado”(Ap. 255.589, 1ª Câ., rel. Juiz Magno Araújo, j. em 5-3-1990).
9. Interrupção do trajeto – Descaracterização: “A freqüência habitual de empregado ao grêmio da empresa para atividades de lazer, por interesse estritamente pessoal, corresponde à alteração do percurso entre o local de trabalho e a residência, descaracterizando o acidente in itinere” (Ap.287.109, 5ª Câ., rel. Juiz Ismeraldo Farias, j. em 17-4-1991).
10. Interrupção do trajeto – Caracterização: “Não desnatura a ocorrência do infortúnio laboral, muito menos a discussão sobre o trajeto, em que situado o local do acidente, se conducente à sede da empregadora, ou se à residência do trabalhador, pois mesmo nesse caso, estaria presente um evento in itinere equiparado ao laboral stricto sensu” (Ap. 281.672, 1ª Câ., rel. Juiz Quaglia Barbosa, j. em 10-11-1990)...
11. Tempo entre a saída do trabalho e o acidente: “Tendo o acidente ocorrido próximo ao local de trabalho do obreiro, após duas horas de sua saída, nada justificando tivesse ele tão logo deixado o trabalho se dirigido a sua residência, descaracterizada está a hipótese de acidente in itinere” (Ap. 276.976, 8ª Câ., rel. Juiz Milton Gordo, j. em 13-9-1990)
12. Saída antecipada de casa: “O fato do obreiro ter sido acidentado no percurso da residência para o trabalho, caracteriza o acidente in itinere, sendo irrelevante a circunstância de ter ele saído mais cedo de casa” (Ap. 288.562, 7ª Câ., rel. Juiz Emmanoel França, j. em 23-4-1991).
13. Culpa de terceiro: “O fato de obreiro acidentarse no trajeto de retorno do trabalho para a residência caracteriza o acidente in itinere, sendo irrelevante o fato de ter ele se originado de uma brincadeira provocada por um colega de serviço” (Ap. 291.110, 4ª Câ., rel. Juiz Amaral Vieira, j. em 14-5-1991).
14. Evento ocorrido fora do local e horário de trabalho: “Os benefícios da Lei 6.367/76 cobrem o empregado que embora não trabalhando no momento, sofre acidente enquanto

se encontrava fora da sede, à disposição do empregado” (STJ, Resp 16.459, 1ª T., rel. Min. Gomes de Barros, j. em 25-3-1992)...

15. Obreiro alvejado a tiros: “Caracteriza-se como acidente in itinere a morte de obreiro alvejado a tiros quando no trajeto de retorno do trabalho para residência, sendo irrelevante o fato de aguardar diariamente no bar o horário de partida de ônibus” (Ap. 307.958, 7ª Câmara, rel. Juiz Ary Casagrande, j. em 28-1-1992)
16. Afogamento: “Não sendo a travessia do rio a nado, para se dirigir à sua casa, uma atitude esporádica do trabalhador, considera-se acidente in itinere o afogamento de que foi vítima” (Ap. 310-710, 7ª Câmara, rel. Juiz Ary Casagrande, j. em 31-3-1992).
17. Frequência a curso, autorização da empregadora: “Caracteriza-se como acidente de trabalho aquele ocorrido fora do local do trabalho, mas em plena jornada laboral, estando o obreiro afastado para freqüentar curso com autorização do empregador e sem prejuízo dos salários” (Ap. 321.408, 8ª Câmara, rel. Juiz Milton Gordo, j. em 8-7-1992)...
18. Conduta imprudente do obreiro: “Tendo o acidente ocorrido no percurso do trabalho para a residência ou desta para aquele, caracteriza-se o acidente in itinere, sendo irrelevante o fato de o obreiro ter-se conduzido de modo imprudente” (Ap. 310.710, 7ª Câmara, rel. Juiz Ary Casagrande, j. em 31-3-1992).
19. Local diverso do trabalho: “Não cabe indenização de benefícios acidentários a familiares de obreiro que sofreu acidente seguido de morte, mas em local diverso do que estava designado, pela empregadora, a trabalhar” (Ap. 289.078, 6ª Câmara, rel. Juiz Gamaliel Costa, j. em 17-4-1991).
20. Participação em jogo de futebol: “Hipótese que se subsume na regra da encartada no art. 2º, § 1ª, inc. V, alíneas “a” e “b” da Lei 6.367/76. Acionante que por sua habilidade esportiva acabou sendo contratado para disputar campeonato vestindo a camisa de sua empregadora; atividade que proporciona proveito à empresa, consistente na divulgação de publicidade. Ao acidentar-se durante o pleito esportivo, o empregado não se achava em atividade lúdica, ou de seu exclusivo prazer em proveito próprio” (Ap. 324.581, 2ª Câmara, rel. Juiz Artur Marques, j. em 28-9-1992)...
21. Duplo domicílio: “Caracteriza-se o acidente in itinere quando ocorrido no trajeto de retorno do trabalho para casa dos pais, não importando o fato de o obreiro ter dupla residência, onde alternativamente viva, pois esta possibilidade está prevista em lei” (Ap. 359.715, 5ª Câmara, rel. Juiz Ismeraldo Farias, j. em 17-11-1993).

22. Exercício de atividade sindical: “Caracteriza-se como acidente de trabalho o evento em dia útil, no horário comercial, quando o trabalhador exercia atividade sindical, sem desvinculação com a empregadora” (Ap. 329.693, 9ª Câm., rel. Juiz Radislau Lamotta, j. em 1-12-1993).
23. Acidente no alojamento da empresa: “Estando comprovado o vínculo de parentesco bem como a relação concubinária entre o obreiro e seus beneficiários é possível a concessão da pensão por morte acidentária, decorrente do óbito do trabalhador, dentro do alojamento da empregadora, após discussão com colega de trabalho ainda que fora da jornada de trabalho, infortúnio que restou plenamente demonstrado nos autos” (Ap. 418.944, 7ª Câm., rel. Juiz Emmanoel França, j. em 16-5-1995, RT, 719:184)...”

É importante ficar registrado a importância da comunicação por parte do funcionário que sofreu acidente no setor responsável, pois somente assim, poder ter seus direitos adquiridos.

A seguir estaremos falando da Prevenção de Acidentes, onde especificamente trataremos da CIPA.

3.3 PREVENÇÃO DE ACIDENTE

No que diz respeito à prevenção de acidente, este deve compor um amplo Programa que envolva os mais diversos setores da organização, das entidades dos trabalhadores e dos órgãos do governo, para através do conjunto abrangente de diferentes atividades, garantir melhores condições de trabalho.

Para efeito do presente trabalho se priorizará a análise sobre a implantação da CIPA. Acredita-se que no caso específico do Hospital Infantil Joana de Gusmão, seria um grande avanço nesta questão, pois através da CIPA, poderíamos, iniciar um plano de prevenção de acidente que sem dúvida poderia trazer importantes contribuições para a saúde do trabalhador do HIJG.

A partir de agora, estaremos recuperando o que vem a ser CIPA, bem como, histórico, função, etc.

3.3.1 Comissão Interna de Prevenção de Acidente - CIPA

Segundo Zocchio (1980, 13), a Comissão Interna de Prevenção de Acidente – CIPA foi a primeira grande manifestação de atividades preventivas de acidentes do trabalho no Brasil. Marcou o início da fase institucional da prevenção de acidentes do trabalho no território brasileiro.

A CIPA é composta de representantes dos empregados e do empregador de um mesmo estabelecimento industrial, com a finalidade de cuidar da prevenção dos acidentes do trabalho, teve origem em recomendação da Organização Internacional do Trabalho – OIT. Fundada em 1919, a OIT organizou, em 1921, um Comitê para estudos de assuntos de segurança e de higiene do trabalho e para divulgação de recomendações de medidas preventivas de acidentes e de doenças do trabalho. A Adoção dessa recomendação pelo Brasil deu-se em 10 de novembro de 1944, por ato da Presidência da República (Governo de Getúlio Vargas) do então chamado Estado Novo, ao ser promulgado a Decreto-lei nº 7.036, que passou a ser conhecido como Nova Lei de Prevenção de Acidentes.

Conforme Zocchio (1980, 15) “O artigo 82 do citado Decreto-lei, foi a certidão de nascimento da Comissão Interna, que viria mais tarde a ser identificada pela sigla CIPA”.

“Art. 82. Os empregadores, cujo número de empregados seja superior a 100, deverão providenciar a organização, em seus estabelecimentos, de comissões internas, com representantes dos empregados, para o fim de estimular o interesse pelas questões de prevenção de acidentes, apresentar sugestões quanto à orientação e fiscalização das medidas de proteção ao trabalho, realizar palestras instrutivas, propor a instituição de concursos e prêmios e tomar outras providências tendentes a educar o empregado na prática de prevenir acidentes”.

Ainda de acordo com o mesmo autor, a CIPA nasceu com algumas determinações, ou seja, deveria ser organizada por empregadores cujo número de empregados ultrapassasse a uma centena. Sendo assim, a disposição legal que obrigava a instalação de CIPA nas

empresas passou a integrar a Consolidação das Leis do Trabalho – CLT – em 1967, por força do Decreto Lei nº. 229, de 26 de fevereiro do referido ano. Esse Decreto Lei vai modificar profundamente o texto do Capítulo V, Título II, da CLT. Sendo assim, o artigo 164 da CLT passou a tratar do assunto CIPA, expressando-se da seguinte maneira:

“Art.164. As empresas que, a critério da autoridade competente em matéria de segurança e higiene do trabalho, estiverem enquadradas em condições estabelecidas nas normas expedidas pelo Departamento Nacional de Segurança e Higiene do Trabalho, deverão manter, obrigatoriamente, serviço especializado em segurança e em higiene do trabalho e constituir Comissões Internas de Prevenção de Acidentes (CIPAS)”.

§ 1º O Departamento Nacional de Segurança e Higiene do Trabalho definirá as características do pessoal especializado em segurança e higiene do trabalho, quanto às atribuições, à qualificação e à proporção relacionada ao número de empregados da empresa compreendidas no presente artigo.

§ 2º As Comissões Internas de Prevenção de Acidentes (CIPAS) serão compostas de representantes de empregadores e empregados e funcionarão segundo normas fixadas pelo Departamento Nacional de Segurança e Higiene do Trabalho.”(Zocchio, 1980,15)”.

Porém, mais tarde em 1977, precisamente em 22 de dezembro do referido ano, foi sancionada a Lei nº 6.514 que oficializava mais uma revisão do Capítulo V da CLT. Nesta revisão a CIPA ganhou ainda mais ênfase, nos enunciados dos artigos 163, 164 e 165 da CLT.

“Art. 163 Será obrigatório a constituição de Comissão interna de Prevenção de Acidente (CIPA), de conformidade com instruções expedidas pelo Ministério do Trabalho, nos estabelecimentos ou locais de obra especificadas.

Parágrafo único. O Ministério do trabalho regulamentará as atribuições, a composição e o funcionamento das CIPA (S).

Art. 164. Cada CIPA será composta de representantes da empresa e dos empregados, de acordo com os critérios que vierem a ser adotado na regulamentação de que trata o parágrafo único do artigo anterior.

§ 1º. Os representantes dos empregadores, titulares e suplentes, serão por eles designados.

§ 2º. Os representantes dos empregados, titulares e suplentes, serão eleitos em escrutínio secreto, do qual participam, independentemente de filiação sindicais, exclusivamente empregados interessados.

§ 3º. O mandato dos membros eleitos da CIPA terá a duração de 1 (um) ano, permitida uma reeleição.

§ 4º. O disposto no parágrafo anterior não se aplicará ao membro suplente que, durante o seu mandato, tenha participado de menos da metade do número de reuniões da CIPA.

§ 5º. O empregador designará, anualmente, dentre os seus representantes, o Presidente da CIPA e os empregados elegerão, dentre eles, o Vice-presidente.

Art. 165. Os titulares da representação dos empregados nas CIPA (S) não poderão sofrer despedidas arbitrárias, entendendo-se como tal a que não se fundar em motivo técnico, econômico ou financeiro.

Parágrafo Único. Ocorrendo a despedida, caberá ao empregador, em caso de reclamação à Justiça do Trabalho, comprovar a existência de qualquer dos motivos mencionados neste artigo, sob pena de ser condenado a reintegrar o empregado.” (Zacchio, 1980,16).

A CIPA ao longo da sua história passou por várias e significadas regulamentações, no entanto, foi na quarta regulamentação que surge a Norma Regulamentadora referente à Comissão Interna de Prevenção de Acidentes, identificada pelo código NR-5. (vide anexo IV).

Esta Norma Regulamentadora NR-5, atual regulamentação da CIPA, introduziu várias modificações de destaque, entre elas a que estende a obrigatoriedade de organização de CIPA a órgãos públicos e a empresas que possuam cinquenta ou mais empregados.

A partir desta breve explanação sobre CIPA, acredita-se ser importante como já visto neste trabalho, a implantação da mesma no HIJG. Segundo a Sra. Dirce Maria Martinello⁷, “a CIPA é obrigatoriedade por lei, no entanto, são poucas as unidades hospitalares ou mesmo as instituições públicas que a possuem. No caso específico do HIJG foi realizado uma comissão no período de 1992 a 1994, essa comissão foi reconhecida pela Secretaria da Saúde de Santa Catarina, no entanto, em termos práticos pouco ou quase nada foi realizado. Não houve encaminhamentos adequados, análise sobre o seu funcionamento, seus resultados e suas necessidades. A outra experiência vivida pelo HIJG ocorreu no ano

⁷ Entrevista em 10-09-2002 com a Assistente Social Dirce Maria Martinello responsável pelo SGAPOS.

de 2000, quando a Subgerência de Apoio ao Servidor recebeu um técnico de segurança lotado no SES. Este técnico fez todo o estudo e organizou um projeto que contemplava a organização da comissão. Neste período havia um constante impasse com a diretoria administrativa, principalmente referente às necessidades estruturais mínimas como local, tempo, preparação para as pessoas, entre outras coisas que fazem parte de qualquer trabalho minimamente estruturado. No entanto, não houve avanço nestas questões e o que aconteceu foi o retorno do técnico para a instituição de origem SES, junto com ele foi o projeto da CIPA do HIJG”.

Ainda conforme Martinello, estas experiências nos reporta as reflexões como:

- “Percebe-se claramente a ausência de informações por parte dos servidores do HIJG referente aos encaminhamentos necessários em caso de acidente do trabalho. No entanto, se aproximarmos as duas iniciativas de implantação da CIPA no HIJG pode-se pensar que não houve articulação da intenção de colocar em prática o Projeto CIPA entre a direção e os seus trabalhadores;
- Em geral ocorrem transferências de responsabilidades entre as partes (direção – servidores), onde os movimentos dos sujeitos param de existir devido o “não assumir” as mais tarefas. Torna-se comum: “não adianta fazer nada, os funcionários não participam”. Importante lembrar que este discurso praticado é tão presente que foi motivo de estudo da acadêmica Marlene Moreira Machado “Participação e Cultura: um olhar sobre o Hospital Infantil Joana de Gusmão” trabalho defendido em 2002;
- E no nosso entender o Projeto CIPA, dentre tanto outras, se perdem devido a forma adotada na sua construção, considerando aqui os momentos, as possibilidades e os conflitos, enfim, o que faz parte da construção do coletivo”.

Mesmo com todas as dificuldades apontada pela entrevistada, percebe-se a necessidade da instalação da CIPA dentro do HIJG, pois, como já colocado anteriormente, a questão da Saúde dos Trabalhadores está garantido por Lei e é de direito o trabalhador ser assistido em casos de acidente de trabalho. Fica como sugestão, que no primeiro momento a CIPA seja coordenada até a sua instalação pela Subgerência de Apoio ao Servidor, pois este setor seria o mais indicado no momento por agregar tal função, tendo em vista sua participação expressiva com o servidor. Sendo assim, a intervenção do Assistente Social

será de grande importância, pois irá trabalhar diretamente com a conscientização dos servidores, buscando mostrar aos mesmos, a importância da CIPA para a sua segurança no trabalho, bem como, orientação e encaminhamentos de prevenção.

A seguir será apresentado o último capítulo deste trabalho, no qual buscou entender os processos da inserção do Hospital Infantil Joana de Gusmão na questão dos acidentes do trabalho.

4 A INSERÇÃO DO HOSPITAL INFANTIL JOANA DE GUSMÃO NA QUESTÃO DOS ACIDENTES DE TRABALHO

4.1 METODOLOGIA DE PESQUISA

Como já foi mencionado anteriormente, o objetivo desta pesquisa é apresentar propostas que possam contribuir para a prevenção dos acidentes do trabalho no HIJG, bem como, encaminhá-las para apreciação e implementação de ações voltadas para a intervenção caso os acidentes ocorram. Durante o período de estágio, constatou-se a necessidade de abordar tal assunto, objetivando com isto a elaboração de uma cartilha com o propósito de contribuir para a manutenção da saúde do trabalhador, bem como orientá-lo com relação aos seus direitos e procedimentos a serem adotados, em caso de acidente do trabalho. Enfim, buscou-se dados que possibilitassem uma maior compreensão sobre o assunto. (Vide questionário da pesquisa – Anexo V).

Através dos questionários aplicados junto aos funcionários do HIJG, procurou-se identificar o grau de informação e de conhecimento sobre como proceder em caso de acidente do trabalho. Procurou-se ainda, através de entrevistas informais, elaborar um fluxograma com o objetivo de identificar os setores responsáveis por encaminhar e orientar o funcionário acidentado. Também foi realizado um levantamento, contendo o número de acidentados no período de janeiro de 2000 a 31 de maio de 2002.

Para a aplicação do questionário, contou-se com uma amostragem não probabilística, ou seja, foram escolhidos quatro setores, e distribuídos dez questionários por setor, para que os funcionários respondessem.

A pesquisa foi realizada no HIJG, no período de maio de 2002 a julho de 2002. Os setores escolhidos foram Nutrição, Lavanderia, Higienização e Oncologia.

A técnica utilizada foi o questionário onde conforme Vergara (2000, 54) “... caracteriza-se por uma série de questões apresentadas ao respondente, por escrito. Às vezes,

é chamado de teste, como é comum em pesquisa psicológica; outras são designadas por escala, quando quantifica respostas”. O tipo de questionário usado foi aberto, ou seja, as respostas livres são dadas pelos respondentes. Neste tipo de técnica dispensa a presença do entrevistador. Porém, ainda conforme o mesmo autor, “... não é fácil a obtenção de questionários respondidos. Se você quer tê-los de volta em número que seja significativo, trate de acompanhar sua aplicação. Telefone para as pessoas, passe telegrama, use o e-mail, enfim, faça algo que provoque o maior retorno possível”.

A análise da pesquisa ocorreu com a tabulação dos dados e a verificação da frequência com que determinadas informações foram apresentadas, para a partir de então iniciar-se a compreensão dessas aliadas ao referencial teórico que contém a presente monografia.

4.2 ANÁLISE DOS DADOS

Inicialmente buscou-se entender como funciona os encaminhamentos prestados aos funcionários acidentados no HJG. No que se refere a essa questão, em entrevista com a funcionária Silvana Lúcia Coelho, responsável pelo setor de Recursos Humanos (RH) do HJG dia 24.05.2002, foi possível obter algumas informações sobre o referente assunto.

Segundo a entrevistada, existem duas situações: **a primeira** são as pessoas que se acidentam através de material perfuro-cortante (agulha, lâminas, etc) que quando procuram o setor de RH, preenchem a Comunicação Estadual de Acidente de Trabalho - CEAT⁸ e são encaminhadas para o setor denominado Serviço de Controle de Infecção Hospitalar, situado no próprio HJG (do qual será tratado mais adiante); **a segunda** situação são as pessoas que sofrem algum tipo de acidente que não é através de materiais perfuro-cortante, como uma queda, por exemplo, e que também preenchem a CEAT que é encaminhada para a Secretaria Estadual da Saúde (SES).

⁸ CEAT denominação usada pela Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina no qual tem a mesma função da CAT.

De acordo com a mesma entrevistada, quando a CEAT chega à Secretaria Estadual da Saúde, é encaminhada para a Gerência de Saúde dos Servidores – GESAS (Perícia do Estado) a qual emite ao HIJG um documento, caracterizando ou não a ocorrência de acidente do trabalho.

Hoje, segundo ela, não existe um levantamento preciso de número de acidentados no HIJG, mesmo por que, nem sempre a pessoa acidentada procura o RH para preenchimento da CEAT. O controle pelo RH é feito a partir do momento em que os funcionários os procuram. Nesse momento, é preenchido um documento denominado Comunicação Estadual de Acidente do Trabalho – CEAT, que posteriormente é encaminhado para a SES. (vide modelo da CEAT anexo VI).

A CEAT quando chega ao SES, é encaminhada primeiramente ao Setor de Afastamento, que é responsável em passar tal documento à Gerência de Saúde do Trabalhador (situado na Perícia Médica do Estado). Esse setor tem, entre outras funções, o de analisar a CEAT e emitir um parecer caracterizando ou não a ocorrência de acidente do trabalho. Feito tal análise, retorna com o parecer ao Setor de Afastamento que encaminhará para o RH do HIJG, uma resposta. Segundo Silvânia, tal resposta fica arquivada na pasta do servidor.

Toda a CEAT preenchida no setor de RH do HIJG é levada ao SES e seu controle no RH é feito através de um livro chamado “Protocolo”, onde fica registrado o dia que foi mandada.

A partir dessa informação, foi possível obter, através do Protocolo, a quantidade de funcionários que sofreram acidentes no período de janeiro de 2000 a 31.05.2002. Vale lembrar que esses dados não expressam o número exato de acidentados, pois existem casos onde os funcionários não procuram o RH, talvez por falta de informação ou por desconhecerem a importância do preenchimento da CEAT.

A seguir, será apresentado os dados referentes ao levantamento realizado.

Levantamento dos Acidentes de Trabalho ocorridos no HIJG de Janeiro de 2000 a 31 de maio de 2002

Tabela 1 – Distribuição do Número de Acidentes por Setor

Distribuição Setor	Quantidade de acidentes ocorridos	N.º. De profissionais que atuam no HIJG	%
Nutrição	03	73	4,11
Unidade B	01	22	4,55
Radiologia	01	21	4,76
Unidade A	01	20	5,00
Centro Cirúrgico	02	35	5,71
Lavanderia	01	17	5,88
Centro de Material	01	17	5,88
Telefonista/Motorista	01	17	5,88
Unidade E	01	14	7,14
Enfermeiros	03	38	7,89
Unidade C	02	19	10,53
Serviço Social	01	09	11,11
Emergência Interna	02	17	11,76
Ambulatório oncohematologia	01	08	12,50
Manutenção	02	16	12,50
Portaria	02	16	12,50
Central de Internação	03	20	15,00
Farmácia	02	13	15,38
Arquivo Médico	01	06	16,67
Isolamento	02	12	16,67
UTI Geral	05	26	19,23

RH	01	05	20,00
Almoxarifado	01	05	20,00
Higienização	07	33	21,21
Unidade D	05	21	23,81
Costura	03	09	33,33
Total	55	509	10,81

Fonte: Protocolo do RH – HIJG

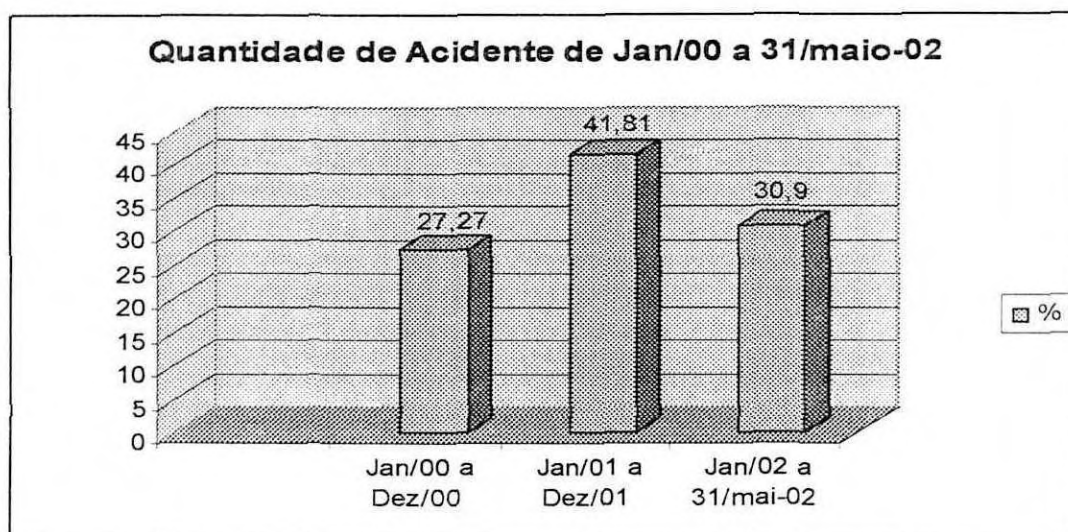
No levantamento efetuado no período de Janeiro de 2000 a 31 de maio de 2002 através do livro “Protocolo”, existente no Setor de Recursos Humanos do HIJG (local onde, como já mencionado anteriormente, registra as ocorrências de acidente do trabalho, no qual o funcionário preenche a CEAT) foi possível constatar que ocorreram 55 casos de acidentes do trabalho, tendo como setores mais expressivos os: Setor de Costura, com 3 (33,33%) ocorrências, sendo que possui 9 funcionários, o que torna esse valor considerável. O segundo setor foi a Unidade D com 5(23,81) acidentados, possuindo em seu quadro de funcionários, 21 pessoas. O terceiro setor foi o da Higienização, com 7 (21,21%) ocorrências, possuindo 33 funcionários. O último setor, o qual também demos importância aos dados colhidos, foi a UTI Geral, com 05(19,23%) casos de acidentes, tendo 26 funcionários.

Conclui-se que, mesmo não sendo mencionados os demais dados, podemos perceber que são muitos os setores que apresentaram ocorrências no decorrer deste período.

A seguir, será representada a quantidade de acidente do trabalho por período / ano.

Tabela – 2 Quantidade de Acidente do Trabalho de Janeiro de 2000 a 31 de Maio de 2002

Quantidade	Número de Acidentes	%
Período		
Jan/00 a Dez/00	15	27,27
Jan/01 a Dez/01	23	41,81
Jan/02 a 31/mai-02	17	30,90
Total	55	100,00



Esses dados representados, como já mencionado anteriormente, não representam a quantidade absoluta de acidentes do trabalho no HIJG. São dados também obtidos no Setor de RH, através do livro "Protocolo".

Sendo assim, quando comparamos tais dados, é possível perceber que nos últimos anos tem sido significativa a quantidade de funcionários que sofreram acidentes do trabalho, e isso, no entanto, ocorreu sem que houvesse um aumento expressivo no número de funcionários⁹. Percebe-se que, entre Janeiro de 2000 a Dezembro do mesmo ano, ocorreram 15 (27,27%) casos de acidentes do trabalho. Já no período que vai de Janeiro de 2001 a Dezembro de 2001, houve um aumento de 8 (14,54%) acidentes. Verifica-se

⁹ Neste levantamento não houve considerações aos funcionários terceirizados.

também que, neste período, tivemos 23 (41,81%) funcionários que se acidentaram. Porém, foi o último período o mais expressivo, pois como podemos perceber, em seis meses houve 17 (30,90%) registros, ou seja, mais que no ano de 2000.

Após esse breve levantamento, realizou-se uma entrevista em maio de 2002 com a funcionária Lélia Mesquita Santana, enfermeira e responsável pelo Setor “Centro de Controle de Infecção Hospitalar do HIJG – CCIH”. Este setor tem entre os seus objetivos, prestar atendimento aos funcionários que sofreram algum tipo de acidente do trabalho com materiais péfuro-cortante e segundo a funcionária, quando os mesmos o procuram, são encaminhados a realizar exames para que possa ser diagnosticado se houve ou não algum tipo de contaminação. Conforme a mesma, os funcionários também são orientados a procurar o Setor de RH para o preenchimento da CEAT. Porém, não existe um intercâmbio entre os setores, então fica difícil saber se os funcionários encaminhados atenderam à solicitação.

De acordo com a entrevistada, não existe no seu setor um levantamento atual que demonstre a quantidade de acidentados. O último levantamento realizado foi no período de Janeiro de 1999 a Abril de 2000. Conforme Santana, os dados não são tabulados periodicamente, embora ela avalie que este procedimento seja necessário. (Vide anexo VII)

Outro setor responsável por prestar atendimento ao funcionário acidentado é a “Perícia Médica”, localizada no próprio Hospital. Esse, por sua vez, é responsável por avaliar os funcionários afastados do seu ambiente de trabalho, mas não existe nenhum tipo de diferenciação entre afastamento por se tratar de acidente do trabalho, ou outro caso qualquer, ambos são administrados da mesma maneira, ou seja, até três dias de atestado o funcionário dirige-se a esse Setor para que sejam avaliadas e justificadas suas faltas no trabalho. Caso o atestado seja superior a três dias, o funcionário é encaminhado à perícia da GESAS – Gerência de Saúde do Servidor. Essa perícia é marcada pelo próprio setor de RH do HIJG.

Cabe aqui lembrar que, caso isso não ocorra, o funcionário não tem sua falta justificada, o que poderá acarretar perda no seu salário mensal.

As informações apresentadas anteriormente foram obtidas através de uma entrevista realizada com o Dr. Jonas Guaraciaba Schutlz¹⁰ (em junho de 2002), um dos médicos responsável pelo setor mencionado. Buscou-se, através desta entrevista, realizar um

levantamento com o objetivo de conseguir as causas dos acidentes do trabalho ocorrido no período de Janeiro de 2000 a 31 de Maio de 2002, tendo em vista que não foi possível obter tais dados no levantamento realizado no Setor RH do HIJG. No entanto, como os registros realizados por esse setor não diferenciam os acidentes do trabalho, não conseguimos a obtenção das causas.

Nessa entrevista, o Dr. Jonas relatou, que muitos funcionários que se acidentam, vão direto ao seu setor, não passando pelo RH e, conseqüentemente, não preenchendo a CEAT. Tal situação, mais uma vez demonstra a grande necessidade de se criar um intercâmbio entre os setores envolvidos ou direcionar a um único setor a competência de articular tais informações. Segundo ele, sempre que há um caso de acidente do trabalho, procura-se orientar o funcionário da importância da CEAT. Acrescenta ainda um exemplo, que considera-se importante apresentar:

“ (...) pode acontecer de alguém machucar o dedo da mão porque ficou preso em uma maca, a princípio não parece ser nada grave, porém foi um acidente do trabalho, se o funcionário acidentado não fizer a CEAT e se mais tarde for preciso afastar-se do serviço por este motivo, será difícil comprovar a caracterização do acidente”.

No que se refere à questão dos direitos aos acidentados, em entrevista realizada com o Engenheiro da Segurança do Trabalho, Sr. Victor Luiz Crespi da Gerência de Saúde do Servidor, no dia 03.09.2002, foi possível obter maiores informações a respeito dos direitos assegurados aos funcionários, em caso de acidente do trabalho.

Segundo o Sr. Victor, em 28 de dezembro de 1985, foi criada a Lei 6745, titulada como Estatuto dos Servidores Públicos Estaduais, no qual em seu Artigo 116 e 117, trata-se de acidente do trabalho. No entanto, “esta lei foi esquecida durante muito tempo, mesmo por que, conforme ele, para que uma lei possa ser “respeitada”, precisa ser acompanhada por Decretos, Normativas,... Sendo assim, somente onze anos mais tarde, em 23 de dezembro de 1996, foi criado o Decreto nº 1456 e em 10 de maio de 2000, a Instrução Normativa nº 08/00/SEA/DIRH.que esclarece os direitos e a quem compete a responsabilidade de fornecê-los”.

A seguir, será apresentado esta lei na íntegra, pois a partir dela, será possível compreender e pensar em uma nova estratégia para lidar com esta questão no HIJG.

¹⁰ Dr. Jonas Guaraciaba Schutlz médico Pediatra responsável pela perícia médica do HIJG.

“DECRETO Nº 1.456, de 23 de dezembro de 1996

Dispõe sobre a assistência aos servidores públicos estaduais em decorrência de acidente em serviço e doença profissional, nos órgãos da administração direta, autarquias e fundações do Poder Executivo.

O GOVERNO DO ESTADO DE SANTA CATARINA, usando da competência que lhe confere o artigo 71 da Constituição Estadual e de acordo com os artigos 116 e 117. da Lei nº 6.745, de 28 de dezembro de 1985,

DECRETA:

Art. 1º Denomina-se acidente em serviço o dano físico e mental sofrido pelo servidor que se relacione, mediata ou imediatamente, com o exercício das funções, atividades e atribuições do cargo por ele ocupado.

Art. 2º Equiparam-se ao acidente em serviço:

I – a doença profissional, assim entendida e inerente ou peculiar a determinado ramo de atividade e constante de legislação específica de qualquer esfera;

II – as doenças do trabalho que, mesmo não constando de legislação específica, guarde perfeita relação de nexos causal com as atividades efetivamente desempenhadas ou com as condições ambientais ergonômicas inerentes ao exercício dessas atividades;

III – a doença do trabalho proveniente de contaminação acidental, no exercício de atividade ligada a agente biológico, com perfeita relação de nexos causal;

IV – o acidente sofrido pelo servidor, ainda que fora do local e do horário de trabalho, nas seguintes condições:

a) na execução de ordem ou realização de serviço por determinação de autoridade superior;

b) na prestação espontânea de qualquer serviço à entidade, para lhe evitar prejuízo ou proporcionar proveito;

c) no percurso da residência para o trabalho ou deste para aquela;

V – o acidente sofrido pelo servidor no local de trabalho em consequência de:

a) ato de sabotagem, ofensa física de terceiro, por qualquer motivo;

b) ato de imprudência, de negligência ou de imperícia de terceiro, inclusive de companheiro de trabalho;

c) desabamento, inundação, incêndio ou outra eventualidade fortuita ou decorrente de força maior;

d) ato de pessoa privada do uso da razão.

Parágrafo único. Considera-se ainda acidente em serviço o período legalmente definido como descanso ou para refeição no próprio local de trabalho.

Art. 3º Não são consideradas como acidente em serviço as doenças degenerativas, exceto as caracterizadas pela Gerência de Saúde do Servidor.

Art. 4º Na ocorrência de acidente em serviço deverá o Setorial de Recursos Humanos preencher o formulário “Comunicação Estadual de Acidente de Trabalho” e anexar laudos médicos ou qualquer outro documento que comprove o ocorrido, observadas as orientações contidas no Manual de Procedimentos em Serviço, encaminhando-o posteriormente à Gerência de Saúde do Servidor, da Diretoria de Administração Recursos Humanos, da Secretaria de Estado da Administração.

§1º As provas poderão ser o registro policial, o exame de corpo de delito, os registros médicos, entre outras.

§ 2º O prazo para a conclusão do processo no Setorial de Recursos Humanos é de 8 (oito) dias a contar da data do acidente.

Art. 5º O acidente poderá ser relatado pela chefia imediata do servidor acidentado, pelo próprio servidor, pela família, pelo médico assistente ou por qualquer pessoa que o tenha presenciado.

Parágrafo único. O relato a que se refere o “caput” deste artigo deverá constar nos autos do processo do acidente.

Art.6º Caberá à Gerência de Saúde do Servidor, da Secretaria de Estado da Administração emitir parecer conclusivo acerca da caracterização, ou não, do acidente em serviço, estabelecendo o indispensável nexos causal entre as lesões verificadas e o exercício da atividade laborativa do servidor.

Art. 7º Compete à Gerência de Saúde do Servidor, da Secretaria de Estado da Administração, recomendar o tratamento do servidor acidentado, bem como encaminhá-lo à reabilitação profissional, se for o caso, inclusive definindo o tempo necessário à recuperação total ou parcial do servidor, fiscalizando e supervisionando os serviços médicos prestados.

Art. 8º Em caso de perda anatômica ou incapacidade funcional de parte do corpo atingida no acidente em serviço, o servidor fará jus à readaptação, conforme legislação vigente.

Art. 9º Correrão por conta do Estado, nos casos de acidentes em serviço ou doença profissional, as despesas com transportes, estadia, tratamento hospitalar, próteses, órteses, aquisição de medicamentos e de equipamentos ou outros complementos necessários, o que será realizado, se possível, em estabelecimentos localizados no Estado.

§1º O Setorial de Recursos Humanos, ao qual está vinculado o servidor, tomará, imediatamente, todas as providências necessárias à aquisição através de orçamentos com base na melhor técnica e menor preço, fornecidos por instituições médica-hospitalares ou profissionais autônomos, que se propõem a garantir o tratamento recomendado.

§2º Qualquer despesa custeada com recursos do próprio servidor acidentado será ressarcida em seus valores pelo órgão de lotação do servidor, desde que comprovada mediante apresentação de nota fiscal, no mês seguinte à formalização do pedido de ressarcimento junto ao Setorial de Recursos Humanos.

Art. 10º O pagamento ou ressarcimento das despesas previsto neste artigo anterior somente poderá ser efetuado após o "de acordo" da Gerência de Saúde do Servidor, da Secretaria de Estado da Administração.

Art. 11º Quando houver a necessidade de deslocamento do servidor acidentado para tratamento fora do domicílio, ser-lhe-á assegurado o direito à passagem e diária, inclusive para acompanhante quando necessário.

Art. 12º No caso de acidente em serviço que causar a morte do servidor, a respectiva autoridade policial deverá ser informada.

Art.13º A assistência relativa a acidentes em serviço ocorridos anteriormente à vigência deste Decreto poderá ser requerida observando-se a sistemática aqui prevista.

Art. 14º A Gerência de Saúde do Servidor deverá, no prazo Maximo de 10(dez) dias, proceder à caracterização dos processos de acidente em serviço, bem como dos pedidos de ressarcimento e pagamento de despesas relativas ao servidor acidentado.

Art.15º Caberá ao Secretario de Estado da Administração baixar as demais normas complementares para o fiel cumprimento deste Decreto, bem como instituir os documentos necessários.

Art.16º As despesas decorrentes da execução deste Decreto correrão à conta do orçamento de cada órgão ou entidade.

Florianópolis, 23 de dezembro de 1996.

Instrução Normativa nº 008/00/SES/DIRH

Dispõe sobre os procedimentos relativos ao pagamento e ressarcimento de despesas aos servidores públicos estaduais em decorrência de acidentes em serviço e doença profissional.

O ÓRGÃO CENTRAL DO SISTEMA DE ADMINISTRAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS, no uso de suas atribuições e tendo em vista o que determina o artigo 24, do Decreto nº 2.134, de 21 de agosto de 1997 e os artigos 9º, 10 e 11, do Decreto nº 1.456, de 23 de dezembro de 1996.

RESOLVE:

ORIENTAR os Setoriais e Seccionais de Administração de Recursos Humanos da Administração Direta, Autárquica e Funcional sobre os procedimentos relativos ao pagamento e ressarcimento aos servidores públicos estaduais, de despesas decorrentes de acidentes em serviço e doença profissional.

1 – O pagamento ou ressarcimento de despesas decorrentes de acidente em serviço e doença profissional, previstos nos artigos 9º, 10 e 11, do Decreto nº 1.456, de 23 de dezembro de 1996, será efetuado de acordo com as normas a seguir descritas:

1.1 – Os serviços médicos e hospitalares, exames complementares, próteses e órteses terão por base a tabela do Plano de Assistência à Saúde dos Servidores do Estado de Santa Catarina – PAS.

1.2 – Os medicamentos terão por base a Tabela de Medicamentos Genéricos ou, no mínimo, três orçamentos.

1.3 – O transporte e a estadia terão por base as diárias relativas ao cargo do servidor acidentado, conforme os critérios previstos no Decreto nº 133, de 12 de abril de 1999 e suas alterações posteriores.

1.4 – Outros complementos como óculos, por exemplo, necessários ao tratamento do servidor acidentado, serão pagos ou ressarcidos mediante a apresentação de, no mínimo três orçamentos.

2 – As despesas deverão ser comprovadas conforme instruções do setor financeiro do órgão de origem e em consonância com as normas do Tribunal de Contas do Estado e da Secretaria da Fazenda, bem como, acompanhadas de receitas ou de relatório médico, onde conste o nome e o CRM do profissional.

3 – Nos casos de acidentes de trânsito deverão ser descontados do total das despesas os valores recebidos através do seguro obrigatório de automóveis – Seguro de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Vias Terrestres – DPVAT.

4 – o servidor devesse buscar autorização prévia no órgão ou entidade de origem, antes de efetuar as despesas, exceto em caso de emergência que poderá ser requerido após o atendimento.

5. Não serão passíveis de ressarcimento:

- as despesas não vinculadas diretamente à lesão sofrida pelo servidor, como: danos materiais em veículos, serviços de guincho, entre outras;
- os atendimentos efetuados pelo Sistema Único de Saúde – SUS;
- as despesas cobertas por outro tipo de plano de saúde ou plano de seguro.

6 – Os procedimentos para tratamento do acidentado deverão ser realizados, se possível, em estabelecimentos localizados no território do Estado de Santa Catarina, mais próximo da residência do servidor acidentado.

7 – Todos os procedimentos constantes desta Instrução Normativa somente terão validade após a caracterização de acidente em serviço ou doença profissional, pela Gerência de Saúde do Servidor – GESAS.

8 – Compete ao órgão ou entidade a que está vinculado o servidor:

8.1 – através do Setorial de Administração de Recursos Humanos: realizar orçamentos, verificar se os comprovantes atendem às normas financeiras estaduais, autenticar documentos, resumir as despesas num único documento, montar o processo e enviar à GESAS, cujo prazo é de 10 (dez) dias para tramitação;

8.2 – através do Setor Financeiro: providenciar o pagamento ou o ressarcimento das despesas, mediante depósito bancário, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, após a emissão do parecer técnico pela GESAS.

9 – Compete à Gerência de Saúde do Servidor – GESAS: realizar diligência, emitir parecer técnico quanto ao pagamento ou ressarcimento das despesas decorrentes do acidente em serviço ou doença profissionais, no prazo máximo de 10 (dez) dias, a contar da data de entrada do processo na GESAS.

10 – O ressarcimento de descontos efetuados na folha de pagamento, quando da utilização do PAS, em decorrência de acidente em serviço ou doença profissional, seguirá os procedimentos abaixo descritos:

10.1 – O Setorial de Administração de Recursos Humanos autuará o processo e encaminhará ao IPESC, no prazo de 24 (vinte e quatro) horas, após o recebimento do pedido de ressarcimento.

10.2 – O IPESC emitirá relatório discriminando todos os valores incluídos no contracheque, anexando os comprovantes e encaminhará à GESAS, no prazo de 3 (três) dias.

10.3 – A GESAS poderá fazer diligência e emitirá parecer final autorizando os valores a serem ressarcidos, no prazo de 10 (dez) dias.

10.4 – O órgão de origem ressarcirá o IPESC, de acordo com a tabela e este estornará ou ressarcirá o valor descontado no contracheque do servidor, no prazo de 30(trinta) dias.

11 – Os prazos definidos nesta Instrução Normativa poderão sofrer dilatação no caso de necessidade de diligência.

12 – Esta Instrução Normativa entrará em vigor na data de sua publicação.

13 – Revogam-se as disposições em contrário.

Florianópolis, 10 de maio de 2000.

A partir dessas informações, percebe-se a necessidade de construir no HIJG, algo que contemple as leis e a Normativa anteriormente apresentada, pois os funcionários do HIJG estão deixando de se beneficiarem por falta de informações¹¹.

Diante do que foi apresentado neste capítulo, foi possível construir um fluxograma referente aos processos hoje existentes no HIJG, os quais lidam com essa questão e onde os funcionários deveriam se dirigir caso precisassem de orientações e informações. Segue abaixo o fluxograma.

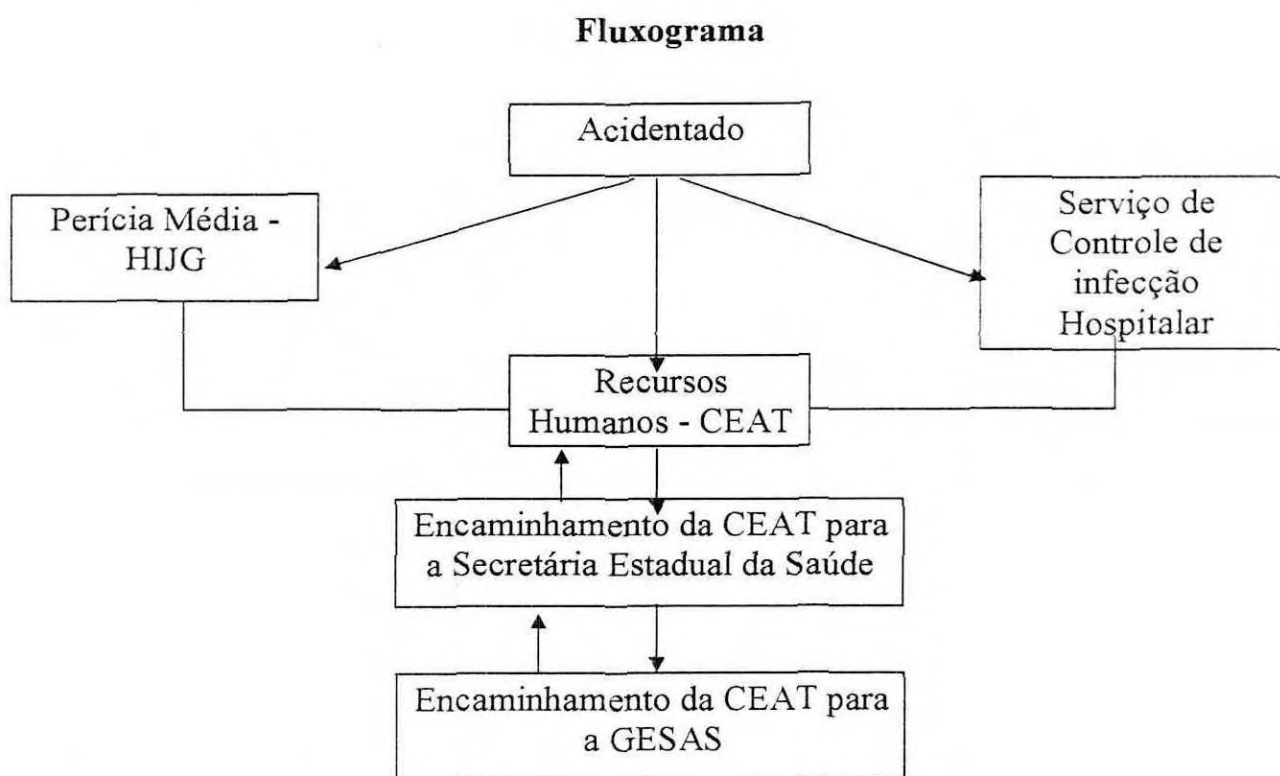


Figura: Esquema da Situação atual de trabalho no HIJG.

A segunda parte da pesquisa deu-se através da análise dos questionários respondidos pelos funcionários. Inicialmente, foram distribuídos 40 questionários, sendo dez em cada setor, oncologia, nutrição¹², lavanderia e higienização. O setor de nutrição foi o único que não se obteve respostas. Em detrimento disso, optou-se por aplicar o questionário no setor

¹¹ Antes de qualquer reestruturação no setor de RH ou SGAPOS, sugere-se uma visita ao DER – no setor que cuida do Acidentado, pois conforme Eng. Victor Luiz Crespi, ele é referência entre os órgãos públicos.

¹² Talvez esse não retorno dos questionários se deu pelo desconhecimento sobre o assunto, ou seja, aquilo

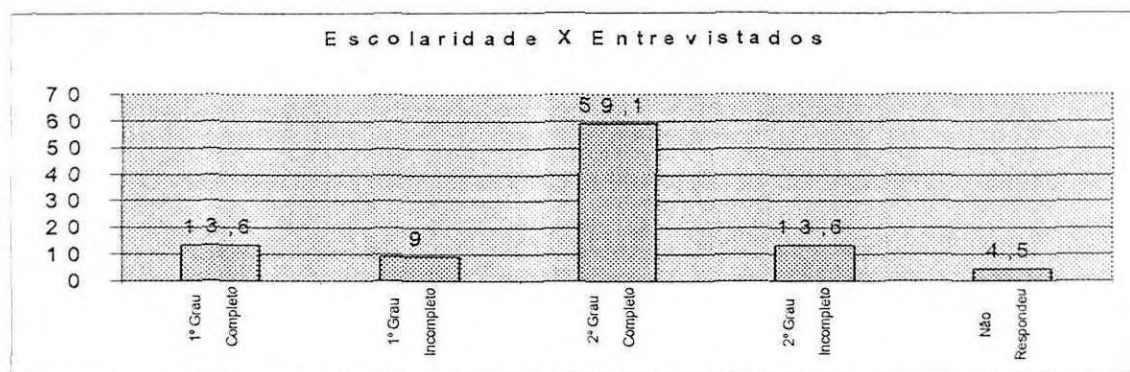
Berçário. Obteve-se vinte e duas respostas, e a partir delas será realizada a análise dos dados.

A primeira parte do questionário refere-se aos dados funcionais correspondentes ao grau de escolaridade e a data de ingresso no Hospital.

Tabela – 3 Grau de escolaridade dos pesquisados

Entrevistados Escolaridade	Número	%
1º Grau Completo	03	13,6
1º Grau Incompleto	02	9,0
2º Grau Completo	13	59,1
2º Grau Incompleto	03	13,6
Não Respondeu	01	4,5
Total	22	100

Fonte: questionários.



que desconhecemos não nos interessam.

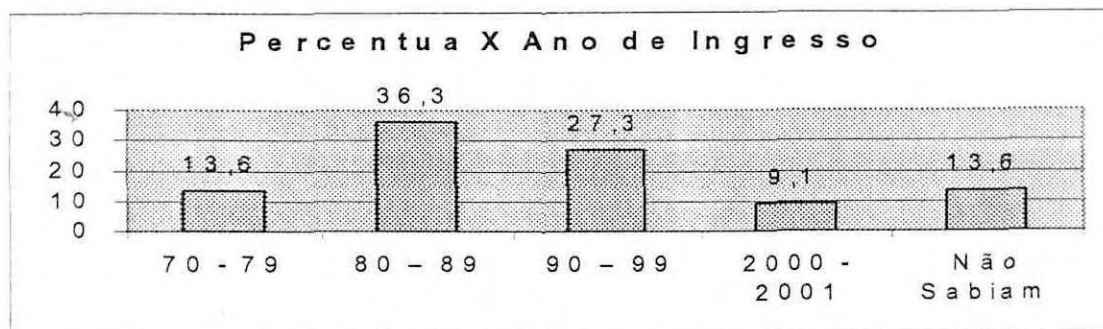
Com relação o grau de escolaridade dos funcionários que participaram da pesquisa, constata-se que a maioria dos funcionários 13 (59,1%) possui segundo grau completo. Percebe-se também, que somente 2 (9,0%) funcionários possuem o primeiro grau incompleto.

Na tabela a seguir, procurou-se levantar a data de ingresso dos entrevistados no HIJG.

Tabela – 4 Data de Ingresso no HIJG

Entrevistados Período	Número	%
70 – 79	03	13,6
80 – 89	08	36,3
90 – 99	06	27,3
2000 – 2001	02	9,1
Não Sabiam	03	13,6
Total	22	100

Fonte: questionários.



Através da pesquisa foi possível identificar que há entre os entrevistados uma incidência maior de funcionários 11(49,9%) que apresentam mais de 12 anos de serviço no HIJG.

Identificou-se que, entre o ano de 1970 a 1979, houve 3(13,6%) contratações¹³, no período de 1980 a 1989 houve o maior número de admissões 8 (36,3%), ou seja, dos entrevistados, a maioria ingressou no HIJG nesse ano. Já no ano de 1990 a 1999, foi possível observar também, um aumento expressivo 6(27,3%) de contratações, comparado aos dois primeiros anos referenciados anteriormente. Por último, entre 2000 a 2001, somente 2(9,1%) passaram a fazer parte do quadro de funcionários do HIJG, e 3(13,6%) dos entrevistados não se puderam responder a essa pergunta.

Seguindo o roteiro de perguntas proposto nos questionários, buscou-se conhecer o que os funcionários compreendem como sendo acidente do trabalho. Dos vinte e dois questionários respondidos, somente 1 não constava a resposta.

Percebe-se que, entre os entrevistados, as respostas eram bem parecidas, contendo, muitas vezes, uma compreensão referente ao tema proposto. Isso poderá ser comprovado através de algumas respostas a seguir:

“Acidente de trabalho é o que pode acontecer com qualquer funcionário uma hora antes, durante e uma hora após o trabalho”. (N.T. G).

“Quando o funcionário se machuca durante o horário de trabalho”.(A.M.C.).

“Acidente de trabalho é quando nos acidentamos ao sair para o mesmo, ou no trabalho” (S. A. O).

“E qualquer acidente ocorrido no ambiente do trabalho, ou próximo dele”. (J.O. S).

“Acidente que causam lesões físicas ou psicológicas no trajeto ou dentro do local de trabalho”. (S.M.S.S.).

¹³ Estas contratações não representam o número real dos que entraram o HIJG é apenas uma pequena amostragem.

Nota-se que os entrevistados possuem algum conhecimento sobre acidente do trabalho, principalmente sobre questões de deslocamento entre residência e local de trabalho ou vice-versa.

Constata-se que um dos entrevistados limita em uma hora o tempo de deslocamento, sendo assim, será importante recuperar o que fala o Decreto nº 1.456 de 23 de dezembro de 1996:

“(...) Art. 2º - IV O acidente sofrido pelo servidor, ainda que fora do local e do horário de trabalho, nas seguintes condições:
 (...) c) no percurso da residência para o trabalho ou deste para aquele;
 (...) V – O acidente sofrido pelo servidor no local de trabalho (...)”

A partir desse Decreto, percebe-se que não existe um tempo pré-estabelecido; este irá variar, de acordo com a distância percorrida por cada funcionário.

A seguir, serão recuperadas algumas falas que expressão por parte dos entrevistados o conhecimento que possuem sobre o que vem a ser acidente do trabalho:

“É um acidente com materiais contaminados” (V. H).

“É quando o funcionário tem contato com materiais pérfuro-cortante contaminados, contato com pacientes com vírus e bactérias contagiosas e não se precaveu. (A.L.)”.

“Ser contaminado por sangue, secreção, doenças como rubéola, meningite, etc.” (C.M. S).

Para uma melhor compreensão dessas falas, será de suma importância recuperar o que é acidente de trabalho “*conceitua-se acidente em serviço como sendo o dano físico ou mental sofrido pelo servidor, relacionado mediata ou imediatamente com o exercício das funções, atividades e atribuições do cargo por ele ocupado (Secretaria de Estado da Administração – SC, 2001, 11)*”.

Sendo assim, observa-se que acidente vai além do que foi respondido. Neste sentido, constata-se que ainda faltam muitas informações a respeito do que realmente vem a ser acidente do trabalho. É importante que os funcionários assinalem um conhecimento

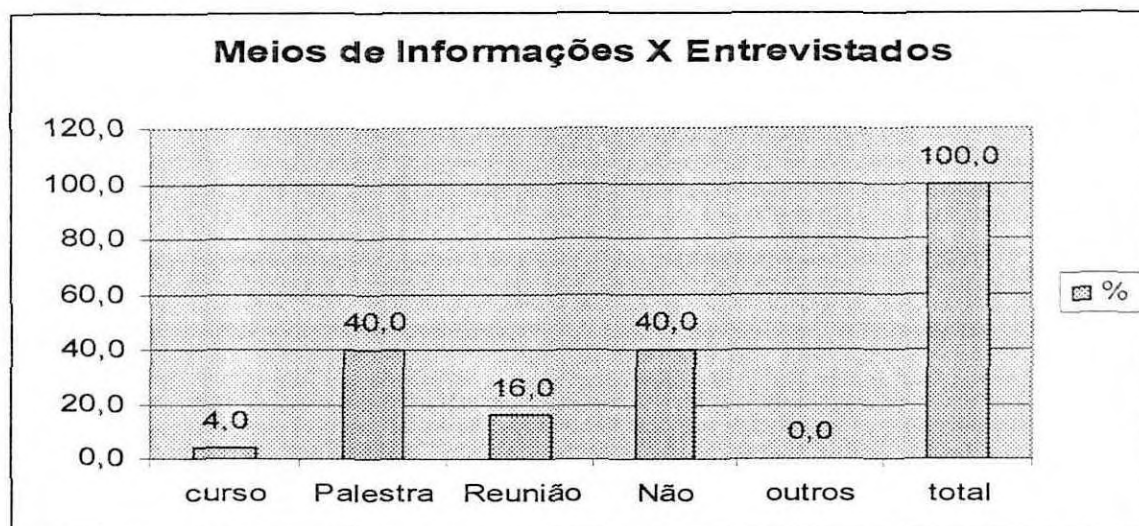
mais abrangente sobre o que vem a ser acidente do trabalho, pois desta forma, poderá contribuir para a tomada de medidas preventivas, bem como deverão proceder em caso de acidentes.

A pergunta a seguir, procurou descobrir se os entrevistados já haviam tido algum tipo de informações por parte do HIJG sobre acidente do trabalho, bem como, prevenção.

Tabela 5 – Acesso à informação sobre prevenção de acidente do trabalho no HIJG

Entrevistados Meios de Informações	Número	%
Curso	1	4,0
Palestra	10	40,0
Reuniões	04	16,0
Não	10	40,0
Outros	0	0
Total ¹⁴	25	100

Fonte: questionários



¹⁴ Os entrevistado tiveram a opção de responder mais de uma vez os itens apresentados.

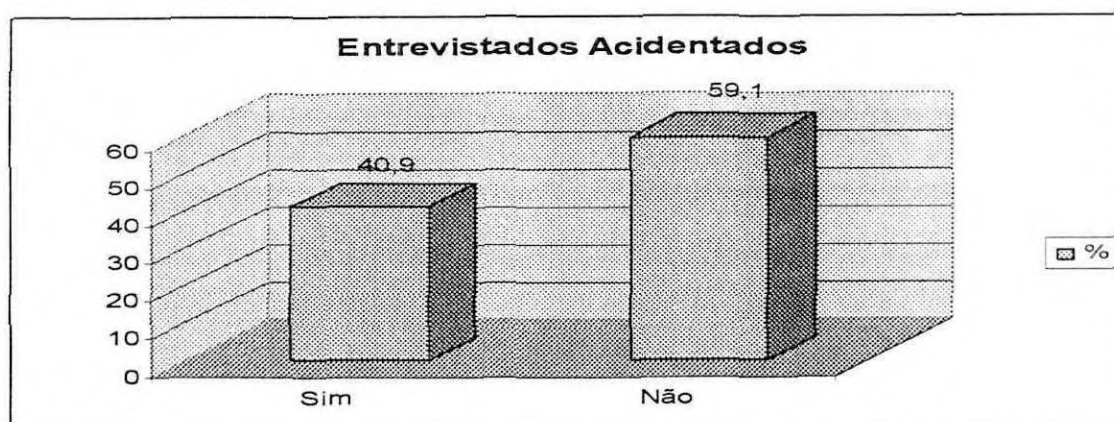
Podemos analisar que 10 (40,0%) dos entrevistados informaram que já tiveram palestras, 1(4,0) participou de curso e 4 (16,0) responderam ter tido reuniões. Porém, em contrapartida, 10 (40,0%) escreveram que nunca tiveram nenhum tipo de informação. Considera-se que esse percentual é expressivo, considerando que as pessoas entrevistadas trabalham no Hospital há bastante tempo, tal indicação é preocupante. Em virtude disso, acredita-se que o HIJG deva contribuir de alguma forma como: cursos, palestras, implantação da CIPA, entre outros, para sanar esta carência.

Na próxima análise, procurou-se levantar entre os entrevistados, quais já haviam sofrido algum tipo de acidente no HIJG e qual procedimento adotado pelos mesmos.

Tabela 6 – Entrevistados Acidentados

Entrevistados	Número	%
Acidente do Trabalho		
Sim	09	40,9
Não	13	59,1
Total	22	100

Fonte: Questionários



Com base na Tabela 06, verifica-se que 9(40,9%) dos entrevistados já sofreram algum tipo de acidente do trabalho no HIJG e 13 (59,1%) não registraram nenhuma ocorrência.

Considera-se que o percentual referente aos indivíduos que já sofreram acidente do trabalho é elevado, caso comparado ao número de indivíduos que não sofreram acidentes do trabalho. O que aponta para a necessidade de reverter tal quadro. Sendo assim, faz-se necessário mapear os acidentes e elaborar projetos para que isso não mais ocorra e construir estatísticas, para que a partir dos dados obtidos, possam ser propostas mudanças.

Acredita-se que seria importante a realização de uma pesquisa englobando todo o universo de funcionários do HIJG, pois esta teria condições de apresentar um quadro mais amplo sobre como esta questão se faz presente na realidade hospitalar.

Entre os procedimentos adotados pelos funcionários acidentados, destacam-se alguns:

“Falei com a Chefia”. (A. G).

“Tive um pequeno corte no dedo, o qual procurei de imediato o RH. Porque cortei com bisturi que estava junto com as roupas para lavar”. (J.J. S).

“Procurei a emergência do próprio hospital para ser atendida e encaminhada para uma clínica”. (L. N).

“Fui ao médico e fiquei de licença médica”. (R.A. S).

“Entrei em contato com o Centro de Controle de Infecção Hospitalar (HIJG) – CCIH e realizei exames laboratoriais”. (A. L).

Em relação a esta questão, foi perguntado aos que se acidentaram, como procederam diante do ocorrido, objetiva-se com esta questão identificar quais poderiam ter preenchido a CEAT e se eles o haviam feito.

Constata-se que apenas um dos entrevistados poderia ter preenchido a CEAT, justamente aquele que procurou o RH. Já os outros funcionários não poderiam comprovar

que o acidente ocorrido foi de trabalho, pois não preencheram a CEAT. E em decorrência disso, não poderiam fazer jus aos seus direitos.

Notamos também, que alguns efetuaram procedimentos que não apareceram no fluxograma apresentado, como é o caso do entrevistado que respondeu “Falei com a chefia”.

As demais respostas indicaram procedimentos do fluxo de forma desordenada. Percebe-se um certo desconhecimento de como proceder. Isso se dá pela forma que essa questão é tratada no HIJG. Não há um apoio maior, apenas o cumprimento do fluxo muito mais como cumprimento de protocolo.

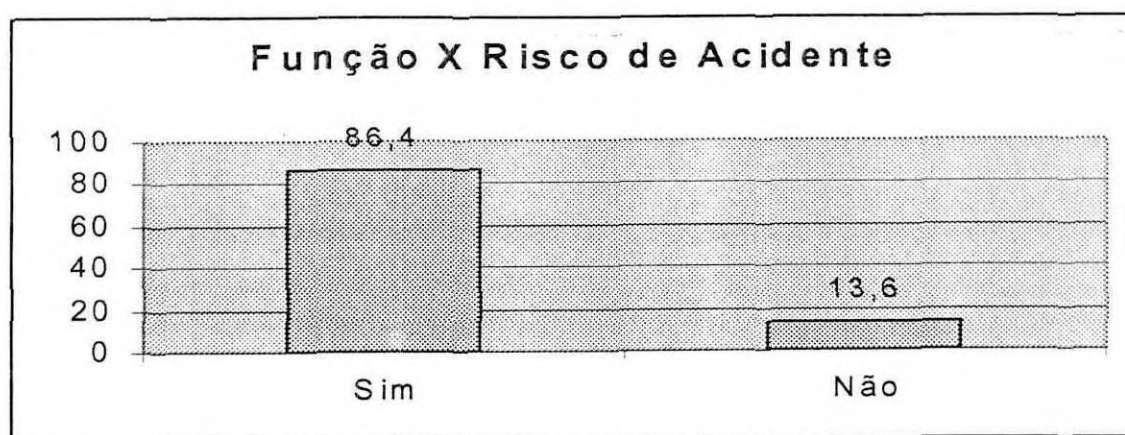
Diante do exposto, seria necessário difundir as informações / procedimentos, os quais devem ser adotados nos casos de acidente do trabalho, por parte dos funcionários do HIJG.

A análise a seguir, refere-se à Tabela 7, a qual procurou-se relacionar a função exercida pelos funcionários entrevistados, com o risco de acidente do trabalho.

Tabela – 7 Função X Risco de Acidente

Entrevistados	Número	%
Função X Risco de Acidente de trabalho		
Sim	19	86,4
Não	03	13,6
Total	22	100

Fonte: questionário



Quanto à função exercida no HJIG, a grande maioria 19 (86,4%) dos entrevistados, responderam que através de suas funções correm risco de se acidentarem. Somente 3 (13,6%) falaram que não.

Nesta pergunta tinha a opção de responder o porquê das funções provocarem risco de acidentes. Seguem algumas falas:

“Sim, Porque qualquer função corre risco de acidente”. (V.M. V).

“Sim, trabalhemos com materiais pérfuro-cortante e outros que quando mal manuseados proporcionam risco de acidente”. (A.M. M).

“Sim, contatos com pacientes infectados por diversos agentes”. (C.M. S).

A partir dessas falas, concluí-se que suas atividades e o próprio ambiente de trabalho são propícios para causar sérios acidentes do trabalho.

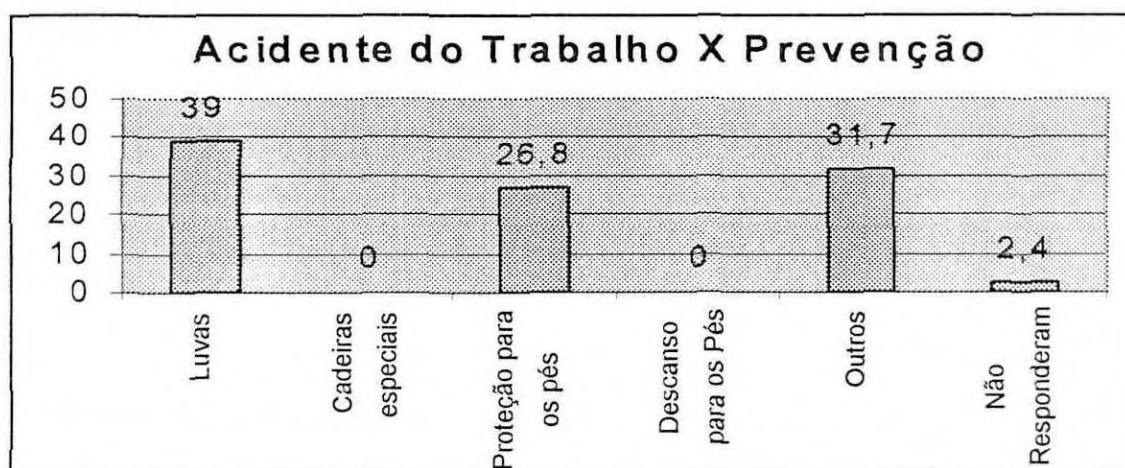
No entanto, a prevenção dependerá também da atenção, compromisso e principalmente responsabilidade de outros funcionários, a qual, ficou visível na fala apresentada no item anterior onde um funcionário se acidentou com um bisturi que estava junto às roupas para lavar, situação esta preocupante.

Dando continuidade a análise, na Tabela 8, será apresentado como os entrevistados procuram evitar acidentes do trabalho.

Tabela – 8 Acidente do Trabalho X Prevenção

Prevenção \ Respostas	Quantidade	%
Cadeiras especiais	0	0
Descanso para os Pés	0	0
Não Responderam	01	2,4
Proteção para os pés	11	26,8
Outros	13	31,7
Luvas	16	39,0
Total ¹⁵	41	100

Fonte: questionários



Nota-se que 13 (39,0) dos entrevistados responderam que usam luvas como forma de prevenção. Houve 13 (31,7) funcionários que relataram usar outras formas de prevenção como: óculos, aventais, máscaras e calçados fechados, além de 11 (26,8) que disseram usar

¹⁵ Os entrevistados poderiam responder a mais de um item e tinham também a opção de no item "outros" escrever quais.

proteção para os pés. Percebe-se, através dos dados, que somente 1 (2,4%) dos entrevistados não respondeu a essa pergunta.

Conclui-se, que quase todos (86,6 %) procuram se prevenir de alguma forma.

A seguir, serão apresentadas algumas falas para exemplificar melhor esta afirmação:

“Ter cuidado com as máquinas”. (D.N).

“... tento organizar os materiais que vou usar e fazer procedimentos com atenção e cuidado”. (A.M. M).

“Procurando exercer minhas funções corretamente”. (M.M. C).

A Tabela 9, a seguir, apresenta a frequência em que os entrevistados procuram o RH para a comunicação da ocorrência de acidente, mesmo que este não ocasione o afastamento das suas atividades.

Tabela – 9 Comunicação ao RH em Caso de Acidente do Trabalho

Entrevistados	Número	%
Comunica ao RH	Entrevistado	%
Procura o RH		
Sim	16	72,7
Não	05	22,7
Não Respondeu	01	4,5
Total	22	100

Fonte: questionários



Com base na Tabela 9, constata-se que 16(72,7%) dos funcionários entrevistados, o que equivale à maioria, responderam que comunicam o RH. No entanto, 05 (22,7) dos entrevistados responderam que não comunicam e apenas 1 (4,5%) não respondeu a pergunta.

Nota-se, que os funcionários possuem conhecimento sobre o setor que deve ser procurado em caso de ocorrência de acidente, o que indica, que este setor esteja orientando para o preenchimento da CEAT.

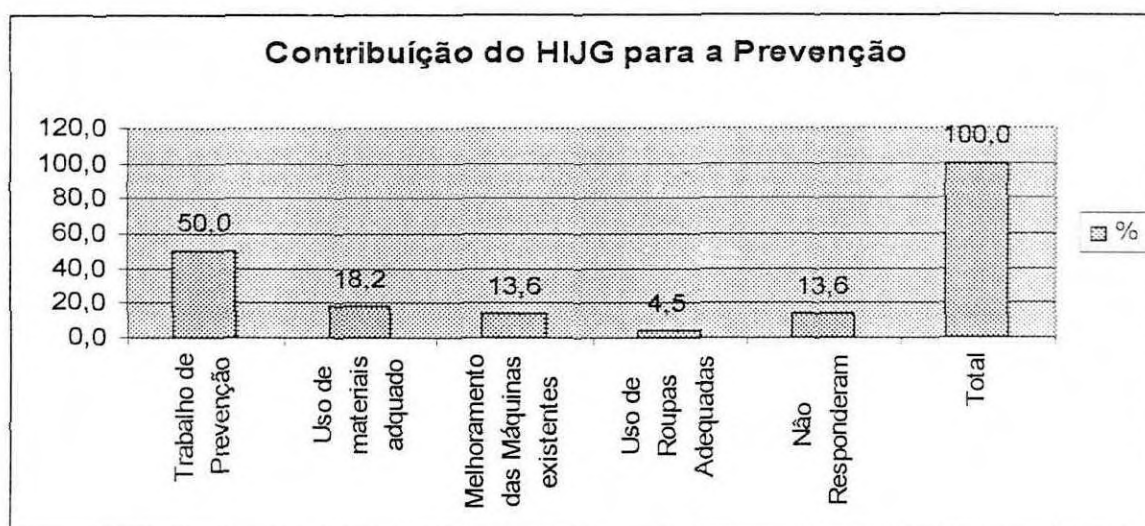
Em relação à contribuição do HIJG para a Prevenção de Acidentes do Trabalho, foi perguntado aos entrevistados o que o mesmo poderia está fazendo para que ocorra tal prevenção. A Tabela 10 apresenta as sugestões.

Tabela – 10 Qual a contribuição do HIJG na Prevenção de Acidente (o que poderia fazer?)

Entrevistados	Número	%
Como Evitar		
Trabalho de Prevenção: Palestra – Cursos – Informações	11	50,0
Uso de materiais adequado	04	18,2

Melhoramento das máquinas existentes	03	13,6
Não Responderam	03	13,6
Uso de Roupas Adequadas	01	4,5
Total	22	100

Fonte: questionários



Conforme Tabela 10, 11 (50%) dos entrevistados sugeriram que o HIJG contribuísse com trabalhos preventivos como: cursos, palestras e informações; 4 (18,2) responderam que deveriam ser fornecidos materiais adequados e 3 (13,6) falaram que precisam melhorar as máquinas existentes ou, até mesmo, substituí-las. Apenas 1(4,5%) trouxe a necessidade do Hospital fornecer roupas adequadas para algumas funções e 3(13,6) entrevistados não responderam a pergunta.

Algo que despertou interesse na hora da análise foi que, entre os 22 entrevistados, 3 (13,6) deles responderam ainda que, faz-se necessário, além do que foi mencionado acima, uma atenção especial no que se refere aos funcionários da enfermagem. A seguir, recupera-se as falas dos entrevistados:

“Orientação principalmente para os profissionais da enfermagem”. (C.L. C).

“Falar com os funcionários da enfermagem para eles jogarem menos agulhas no chão”. (S.C.A. O).

“Conscientizar o pessoal da enfermagem para jogar os pérfuro-cortantes em caixas adequadas e não em sacos de lixo comuns ou no chão”. (S.M.S. S).

Observa-se que essas três falas apresentam algo em comum, todas falam dos funcionários da enfermagem como sendo aqueles que teriam uma preponderância no processo de prevenção dos acidentes. Sendo assim, foi de grande importância recuperar o que o “Manual de Prevenção e Controle de Acidente em Serviço Decorrente de Exposição a Material Biológico (2001,32” descreve como sendo cuidados direcionados aos materiais pérfuro-cortantes.

“Cuidados com materiais pérfuro-cortantes:

Algumas recomendações específicas devem ser seguidas durante a realização de procedimentos que envolvam a manipulação de material perfuro-cortante, quais sejam:

- *prestar atenção durante a realização de qualquer procedimento;*
- *seguir rigorosamente as normas técnicas para a realização de qualquer procedimento;*
- *jamaiz utilizar os dedos como anteparo durante a realização de procedimentos que envolvam materiais pérfuro-cortantes;*
- *utilizar pinças para a retirada de agulhas. As agulhas não devem ser reencapadas, entortadas, quebradas ou retiradas da seringa com as mãos;*
- *não reutilizar agulhas para fixação de papéis e outros fins;*
- *todo material perfuro-cortante (agulhas, scalp, lâminas de bisturi, vidrarias, entre outros), mesmo que estéril, deve ser desprezado em recipientes resistentes à perfuração e com tampa;*
- *os recipientes específicos para descarte de material não devem exercer o limite de 2/3 de sua capacidade total respeitar sempre as orientações de uso do recipiente), ficando sempre próximos do local é realizado o procedimento;*

- *se ocorrer, durante qualquer procedimento, a queda de material perfuro-cortante no piso, no leito, ou qualquer local, mesmo no casos de extravio do material, a busca deverá ser imediata, para impedir que acabe ocasionando acidentes, envolvendo os profissionais responsáveis pela limpeza, lavanderia, rouparia e outros;*
- *promover a substituição dos materiais com defeitos ou imperfeições, diminuindo, assim, a possibilidade de acidentes durante a lavagem, esterilização e empacotamento;*
- *solicitar a ajuda de colega para a realização de procedimentos invasivos em pacientes agitados ou em crianças.*

Outros Cuidados:

- *Trocar as luvas entre os atendimentos ou contatos com pacientes;*
- *Retirar os aventais e lavar as mãos antes de deixar o ambiente onde o paciente foi atendido;*
- *Empacotar os materiais e equipamentos contaminados, em recipientes ou sacos resistentes, até que passem pelo processo adequado de limpeza, desinfecção ou esterilização, a fim de diminuir a contaminação ambiental;*
- *Lembrar que existem outras doenças com altíssimo potencial de transmissão, como por exemplo; a tuberculose pulmonar, a meningite por meningococo, o impetigo, as diarréias e outras, por isso, não se esgotam neste manual todos os cuidados e precauções.”*

A partir do que foi apresentado, observa-se que os entrevistados esperam que o HIJG possa contribuir com a prevenção. Porém, sugere-se que esta contribuição não demore muito, pois fala-se de indivíduos que cuidam da saúde de outras pessoas (no caso, crianças e adolescentes) e precisam ser cuidadas também.

Para finalizar a análise dos dados, indagou-se sobre o que o HIJG poderia fazer diante da existência de um acidente do trabalho.

Observa-se nas respostas, que os entrevistados consideram que o HIJG deveria prestar uma maior assistência diante da ocorrência de um acidente do trabalho.

7 (31,8%) dos 22 entrevistados, referem-se de forma abrangente à assistência, relatando que deveria ser através de informações, fornecimentos de medicamentos, acompanhamentos familiares e psicológicos, entre outros. Os outros entrevistados, de uma forma geral, referem-se a um desses itens individualmente. Porém, sempre caracterizando a falta de assistência por parte do HIJG.

A seguir, serão apresentadas algumas falas que merecem uma atenção especial:

“Dar assistência ao funcionário no período que ele se afastar desde que ele se acidentou”. (D.R. N).

“Dar o devido apoio aos funcionários. Porque aqui só temos deveres, direitos bem poucos. Por isso, muitas vezes acontece o acidente é não buscamos ajudas”. (N.T. G).

“Levar o funcionário ao médico e acompanhá-lo no seu tratamento” (R.A. S).

Percebe-se, através do que foi apresentado anteriormente e a partir dessas falas, que os entrevistados gostariam de que o HIJG desempenhasse um papel mais participativo quanto à ocorrência de um acidente. Observa-se uma carência de cuidados para com os acidentados, o que nos leva a crer que, se o HIJG está oferecendo de alguma forma, determinadas contribuições, a mesma não está conseguindo atingir e, principalmente, satisfazer as necessidades dos entrevistados. Esses dados indicam, que a questão do acidente do trabalho para o HIJG precisa ser definida, pois, afeta os seus trabalhadores, alguns com conseqüências menos graves outros com complicações que alteram sua própria vida.

A seguir, passa-se a última parte deste capítulo, o qual procurará falar um pouco sobre o Serviço Social e seu papel na questão dos acidentes de trabalho.

4.3 SERVIÇO SOCIAL E SUA INTERVENÇÃO NA QUESTÃO DOS ACIDENTES DE TRABALHO NO HIJG

Este sub-item tem como objetivo recuperar o Serviço Social e sua intervenção na questão do acidente do trabalho, ligado à Subgerência de Apoio e Orientação ao Servidor – SGAPOS do Hospital Infantil Joana de Gusmão, bem como, encaminhar algumas propostas.

Primeiramente, será resgatada a parte do trabalho apresentada pela acadêmica Giovana Pereira¹⁶ na sua Monografia de Conclusão de Curso, onde a autora recupera o histórico desta Subgerência e o problema da falta de espaço físico e de mais assistentes sociais.

Segundo Pereira (2002), em setembro de 1991, começou a funcionar a Subgerência de Desenvolvimento de Recursos Humanos no HIJG, onde se implantou, de forma exclusiva, a realização de uma política voltada para seus servidores. O trabalho foi sendo desenvolvido através de uma administração participativa, ou seja, Segundo Demo (1996), a participação é o exercício democrático, onde através dela, exercemos nossos direitos políticos, civis e sociais. Sendo assim, essa administração contou com a participação dos servidores, juntamente com o Serviço Social para a elaboração, sugestão e decisão dos assuntos que diziam respeito a eles próprios.

Em 1992, surge o Serviço Social, no setor de Recursos Humanos no HIJG funcionando como intermediário entre os funcionários e a direção dessa instituição, que naquele momento tinha como objetivo a busca de soluções para os problemas dos referidos funcionários.

Em 1993, a Assistente Social Dirce Maria Martinello, veio pela primeira vez trabalhar no HIJG e permaneceu até 1994. Em 1997, ela retorna ao HIJG onde veio trabalhar junto às crianças, seus pais e/ou acompanhantes, mas acabou indo atuar junto aos servidores novamente. Após um remanejamento dos funcionários do setor de RH, a Assistente Social Dirce Maria Martinello ficou responsável pelo atendimento dos servidores, através da Coordenadoria de Assuntos Comunitários e Preventivos.

¹⁶ PEREIRA, Giovana. O Serviço Social na Subgerência de Apoio e Orientação ao Servidor do Hospital Infantil Joana de Gusmão. Trabalho de Conclusão de Curso do Serviço Social da UFSC Florianópolis, 2002.69

Atualmente, o HIJG está dividido em três gerências e duas coordenadorias; e o Serviço Social, direcionado ao atendimento e acompanhamento dos servidores, está situado na Coordenadoria de Assuntos Comunitários e Preventivos. A subgerência fica situada no organograma, de forma a atender aos programas preventivos.

Segundo Martinello (in. Pereira, 2002), os objetivos da subgerência são:

- “Apoiar e dar atenção aos servidores do HIJG, na questão referentes a sua saúde auxiliando na busca de recursos técnicos, financeiros entre outros para atendê-lo na situação por ele vivida”;
- Encaminhar os servidores para outros profissionais, auxiliando na resolutividade do problema, bem como por em prática os seus direitos nas políticas os seus direitos contidos nas políticas públicas;
- Desenvolver pesquisas referentes aos fenômenos originários ao mundo do trabalho para propor ações adequadas e que contemplem o contexto;
- Sensibilizar os servidores na participação das atividades desenvolvidas ou apoiadas pela subgerência;
- Assessorar a Direção, chefias e os próprios servidores no que diz respeito às questões relacionadas às relações de trabalho”.

O trabalho que vem sendo desenvolvido atualmente continua sendo coordenado pela Assistente Social, Dirce Maria Martinello, que tem carga horária de 16 horas semanas.

Durante a realização do estágio, foi possível perceber a falta de mais profissionais de Serviço Social, bem como, recursos de materiais para uma melhor execução dos programas e projetos que estão em andamento e daqueles que poderiam se implementados, entre eles a CIPA.

Diante do quadro apresentado, acredita-se não ser possível, no momento, o setor referido agregar nas suas atividades mais esta função. Contudo, percebe-se que esse seria o setor capacitado para tal.

Através da pesquisa realizada entre os servidores sobre acidente de trabalho, nota-se que o HIJG poderia ter uma Política voltada para a prevenção e/ou amenização dos acidentes do trabalho.

No que se refere à implantação da CIPA no HIJG, considerá-se que seria possível à participação desta Subgerência, sendo que a ela caberia a iniciativa de começar o projeto de conscientização dos servidores e direção para a importância da CIPA.

Pode-se perceber, através do levantamento de dados realizados no HIJG para efeito desta monografia, que as informações não estão articuladas, os setores envolvidos não conhecem os procedimentos adotados entre eles de forma clara e nem sobre os direitos dos acidentados.

No decorrer do estágio obrigatório, foi possível identificar uma situação que demonstra o porquê destas afirmações e que será apresentada para efeito de exemplificação:

“Uma funcionária sofreu uma queda no HIJG com fratura, foi socorrida no próprio hospital e encaminhada a uma clínica para realizar os exames e os procedimentos. Como ela tem o plano de saúde hoje “fornecido pelo Estado aos servidores Estaduais” o chamado Unimed-Ipesc⁵ acabou por usá-lo. Só que alguns meses depois, veio todo o desconto no seu contra-cheque. A mesma procurou o setor de RH que respondeu não ter o que fazer, tendo em vista que ela fez uso de tal plano. Não se dando por convencida, procurou a Subgerência de Apoio ao Servidor para tentar conseguir alguma ajuda. O primeiro procedimento adotado foi procurar o RH para situar a respeito do assunto. A funcionária falou que não tinha o que ser feito, pois a partir do momento que ela faz uso do plano, tem que arcar com os descontos. Sendo assim, ligamos para a Perícia do Estado e falamos com o responsável na GESAS (médico da medicina do trabalho) o qual relatou que, em caso de acidente do trabalho, segundo a legislação, é de responsabilidade da Instituição (mediante caracterização do acidente) o pagamento do tratamento, tendo em vista que a mesma fez uso do Plano de saúde Ipesc-Unimed e teria direito ao reembolso”.

Este é somente um exemplo de uma situação, sendo que permanece uma dúvida, com relação a quantas pessoas já passaram por tal situação e tiveram a mesma resposta do setor de RH? Esta situação só confirma a necessidade de que o HIJG tem em lidar com a questão do Acidente do Trabalho, sendo que um profissional da Segurança do Trabalho, junto ao setor de RH poderia dar novo impulso no enfrentamento desta questão.

Sendo assim, percebe-se que o profissional de Serviço Social teria um grande papel neste processo, embora a Subgerência de Apoio ao Servidor, no momento, não tenha condições de assumir tal responsabilidade, porque ela implica em uma estrutura maior, com profissionais e espaço físico. Para tal, considera-se relevante recuperar as colocações de Yamamoto (1997, 08):

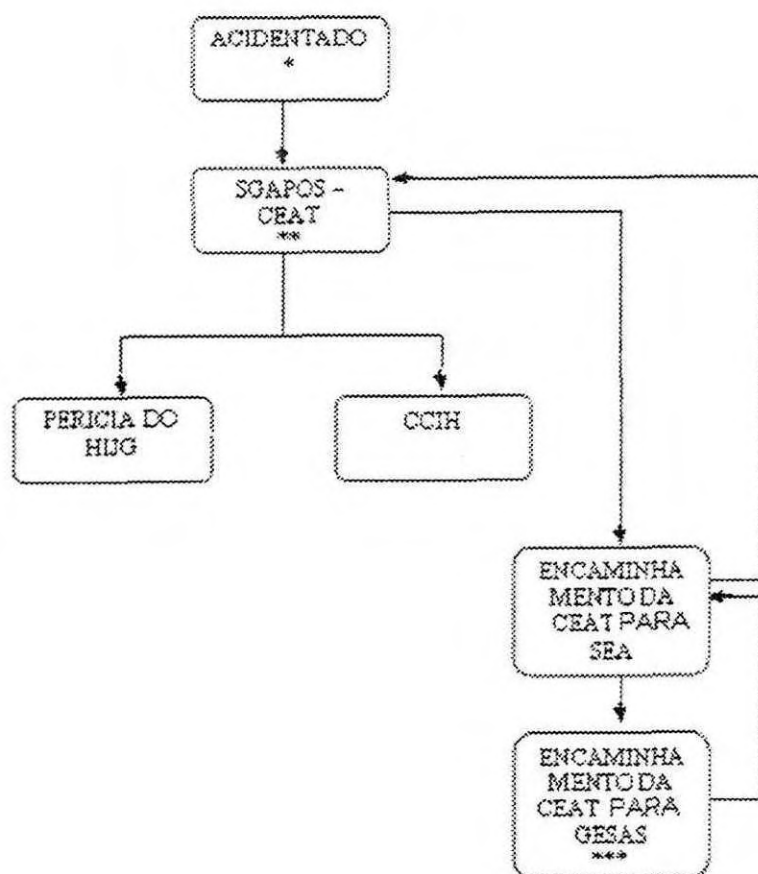
⁵ Não se procurou aqui saber o porquê da transação ocorrida entre IPESC e Unimed-Ipesc, porém acredita-se ser um assunto interessante para uma futura monografia.

“ Responder a tais requerimentos, exige uma ruptura com a atividade burocrática e rotineira, que reduz o trabalho do assistente social a mero emprego, como se este se limitasse ao cumprimento burocrático de horário, à realização de um leque de tarefas as mais diversas, ao cumprimento de atividades pré-estabelecidas. Já o exercício da profissão é mais do que isso. É uma ação de um sujeito profissional que tem competência para propor, para negociar com a instituição os seus projetos, para defender o seu campo de trabalho, suas qualificações e funções profissionais. Requer, pois, ir além das rotinas institucionais e buscar apreender o movimento da realidade para detectar tendências e possibilidades nela presentes passíveis de serem impulsionadas pelo profissional”.

A autora acrescenta a fala, dizendo que essas alternativas não saem de uma suposta “cartola mágica” do assistente social. Cabe sim, aos profissionais, apropriarem-se dessas possibilidades e como sujeitas transformá-las em trabalho.

Em decorrência disso, percebe-se, que a questão do acidente do trabalho no HIJG hoje, também constitui em um desafio para o profissional de Serviço Social.

Para finalizar, sugere-se a construção de um fluxograma para atender às necessidades identificadas neste trabalho.



Notas explicativas do Fluxograma

(*) Servidor Acidentado durante o trabalho ou dentro do deslocamento e condições prevista no Decreto nº 1.456 de 23 de dezembro de 1996 (mencionado anteriormente neste trabalho)

(**) SGAPOS – Subgerência de Apoio e Orientação ao Servidor. Este setor passaria a ser a principal referência dentro do Hospital Infantil para encaminhar o acidentado, ou seja, sempre que alguém se acidentar mesmo que ele procure outro setor, esse por sua vez terá a obrigação de encaminhar o acidentado para a SGAPOS e certificar se o mesmo compareceu.

A SGAPOS deverá realizar o preenchimento da CEAT e encaminhar o acidentado à Perícia do HIJG (caso ele precise se afastar) e a CCIH – Centro de Controle de Infecção Hospitalar.

OBS: Caso o funcionário apresente alguma lesão e demande de um atendimento imediato, deverá o referido setor providenciar para que isso ocorra o mais rápido possível.

(***) Sendo feito o preenchimento da CEAT, esta será encaminhada para SES, o qual direcionará ao GESAS. Esse, por sua vez, fará ou não a caracterização do acidente. Feito a análise, a GESAS encaminhará o parecer para o SES no qual passará para a SGAPOS.

De posse do documento e diagnosticado a lesão por acidente do trabalho, será de responsabilidade conforme Instrução Normativa nº 008/00SEA/DIRH do órgão (HIJG), o pagamento ou ressarcimento de despesas decorrentes do acidente. Caberá a SGAPOS articular os processos para que isso aconteça de fato.

A seguir, passa-se a elaboração da Cartilha, proposta neste trabalho.

CARTILHA

SOBRE ACIDENTE DO TRABALHO

ELABORADO POR CLÉDIA IVALDETE SILVA
Estagiaria de Serviço Social
Florianópolis / Setembro - 2002

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	91
2 CONCEITOS SOBRE ACIDENTE DO TRABALHO	92
3 DIREITOS EM CASO DE ACIDENTE DO TRABALHO	93
4 CASOS ONDE SÃO CONSIDERADOS ACIDENTE DO TRABALHO PELA SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE - SC	98
5 ALGUNS CASOS ONDE NÃO SÃO CONSIDERADOS ACIDENTES DO TRABALHO.....	99
6 PROCEDIMENTOS ADOTADOS EM CASO DE ACIDENTE DO TRABALHO NO HIJG	100
7 INFORMAÇÃO REFERENTE A UNIMED – IPESC.....	101
8 PRINCÍPIOS DE SEGURANÇA QUE JÁ SALVARAM VIDAS.....	102
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	105

1 INTRODUÇÃO

Caro servidor, do Hospital Infantil Joana de Gusmão, considerando o valor de sua vida e de sua saúde é que essa cartilha foi elaborada.

Ela tem como objetivo apresentar algumas orientações que podem contribuir significativamente para prevenção , os procedimentos a serem seguidos em caso de acidente de trabalho e a relação dos direitos assegurados a você e que estão expressos no Estatuto do Servidor Público Estadual de Santa Catarina.

O conhecimento do conteúdo desta cartilha é importante e recomendado a qualquer tempo e não somente em caso de acidente . Através dela sua vida poderá estar sendo preservada bem como a de seus colegas de trabalho.

2 CONCEITOS SOBRE ACIDENTE DO TRABALHO



Doença Profissional:

Segundo Art. 116 - § 1º – do Estatuto dos Servidores Públicos Estaduais é:

“Entende-se por doença profissional a que se deve atribuir, como relação de causas e efeitos, às condições inerentes ao serviço ou fatos nele ocorridos”.

Exemplo: LER –Lesão por Esforço Repetitivo;

Acidente do Trabalho:

Segundo Art. 116 - § 2º - do Estatuto dos Servidores Públicos Estaduais é:

“É o evento danoso que tenha como causa mediata ou imediata o exercício das atribuições inerentes ao cargo”.

“Considera-se também acidente a agressão física sofrida e não provocada pelo funcionário no exercício de suas atribuições ou em razão delas”.

Acidente do Trabalho - Segundo (LEI 8.213 DE 24/07/94 – ART. 221 E 222)

“É todo aquele que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa, provocando lesão corporal ou perturbação funcional, que cause a morte, perda de membros, redução permanente ou temporária da capacidade de trabalho”.

3 Direitos :

Segundo Art. 166 – do Estatuto dos Servidores Públicos Estaduais:

“Nos casos de acidentes em serviço e de doença profissional, correrão por conta do Estado as despesas com transporte, estadia, tratamento hospitalar, aquisição de medicamentos e de equipamentos ou outros complementos necessários a que será realizado se possível, em estabelecimento localizado no Estado”.

OBS: De acordo com o mesmo Art. § 4º - A comprovação será feita em processo regular pelo prazo de 08 (oito) dias.

Segundo Art. 117 – do Estatuto dos Servidores Públicos Estaduais:

“Ocorrendo o falecimento do funcionário em consequência de acidente em serviço ou doença profissional o valor da pensão assegurada pela entidade previdenciária estadual aos seus dependentes, na forma da regulamentação própria, será complementado pelo Estado, até o montante da sua remuneração”.

“§ 1º. Nas hipóteses previstas neste artigo será devido a seus dependentes um pecúlio pago de uma só vez”.

Conforme o “**DECRETO Nº 1.456, de 23 de dezembro de 1996**

Dispõe sobre a assistência aos servidores públicos estaduais em decorrência de acidente em serviço e doença profissional, nos órgãos da administração direta, autarquias e fundações do Poder Executivo.

Art. 8º Em caso de perda anatômica ou incapacidade funcional de parte do corpo atingida no acidente em serviço, o servidor fará jus à readaptação, conforme legislação vigente.

Art. 9º Correrão por conta do Estado, nos casos de acidentes em serviço ou doença profissional, as despesas com transportes, estadia, tratamento hospitalar, próteses, órteses, aquisição de medicamentos e de equipamentos ou outros complementos necessários, o que será realizado, se possível, em estabelecimentos localizados no Estado.

§1º O Setorial de Recursos Humanos, ao qual está vinculado o servidor, tomará, imediatamente, todas as providências necessárias à aquisição através de orçamentos com base na melhor técnica e menor preço, fornecidos por instituições médica-hospitalares ou profissionais autônomos, que se propõem a garantir o tratamento recomendado.

§2º Qualquer despesa custeada com recursos do próprio servidor acidentado será ressarcida em seus valores pelo órgão de lotação do servidor, desde que comprovada mediante apresentação de nota fiscal, no mês seguinte à formalização do pedido de ressarcimento junto ao Setorial de Recursos Humanos.

Art. 10º O pagamento ou ressarcimento das despesas previsto neste artigo anterior somente poderá ser efetuado após o "de acordo" da Gerência de Saúde do Servidor, da Secretaria de Estado da Administração.

Art. 11º Quando houver a necessidade de deslocamento do servidor acidentado para tratamento fora do domicílio, ser-lhe-á assegurado o direito à passagem e diária, inclusive para acompanhante quando necessário.

Art. 12º No caso de acidente em serviço que causar a morte do servidor, a respectiva autoridade policial deverá ser informada.

Art.13º A assistência relativa a acidentes em serviço ocorridos anteriormente à vigência deste Decreto poderá ser requerida observando-se a sistemática aqui prevista.

Art. 14º A Gerência de Saúde do Servidor deverá, no prazo Maximo de 10(dez) dias, proceder à caracterização dos processos de acidente em serviço, bem como dos pedidos de ressarcimento e pagamento de despesas relativas ao servidor acidentado.

Art.15º Caberá ao Secretario de Estado da Administração baixar as demais normas complementares para o fiel cumprimento deste Decreto, bem como instituir os documentos necessários.

Art.16º As despesas decorrentes da execução deste Decreto correrão à conta do orçamento de cada órgão ou entidade.

Florianópolis, 23 de dezembro de 1996.

Instrução Normativa nº 008/00/SES/DIRH

Dispõe sobre os procedimentos relativos ao pagamento e ressarcimento de despesas aos servidores públicos estaduais em decorrência de acidentes em serviço e doença profissional.

O ÓRGÃO CENTRAL DO SISTEMA DE ADMINISTRAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS, no uso de suas atribuições e tendo em vista o que determina o artigo 24, do Decreto nº 2.134, de 21 de agosto de 1997 e os artigos 9º, 10 e 11, do Decreto nº 1.456, de 23 de dezembro de 1996.

RESOLVE:

ORIENTAR os Setoriais e Seccionais de Administração de Recursos Humanos da Administração Direta, Autárquica e Funcional sobre os procedimentos relativos ao pagamento e ressarcimento aos servidores públicos estaduais, de despesas decorrentes de acidentes em serviço e doença profissional.

1 – O pagamento ou ressarcimento de despesas decorrentes de acidente em serviço e doença profissional, previstos nos artigos 9º, 10 e 11, do Decreto nº 1.456, de 23 de dezembro de 1996, será efetuado de acordo com as normas a seguir descritas:

1.1 – Os serviços médicos e hospitalares, exames complementares, próteses e órteses terão por base a tabela do Plano de Assistência à Saúde dos Servidores do Estado de Santa Catarina – PAS.

1.2 – Os medicamentos terão por base a Tabela de Medicamentos Genéricos ou, no mínimo, três orçamentos.

1.3 – O transporte e a estadia terão por base as diárias relativas ao cargo do servidor acidentado, conforme os critérios previstos no Decreto nº 133, de 12 de abril de 1999 e suas alterações posteriores.

1.4 – Outros complementos como óculos, por exemplo, necessários ao tratamento do servidor acidentado, serão pagos ou ressarcidos mediante a apresentação de, no mínimo três orçamentos.

2 – As despesas deverão ser comprovadas conforme instruções do setor financeiro do órgão de origem e em consonância com as normas do Tribunal de Contas do Estado e da Secretaria da Fazenda, bem como, acompanhadas de receitas ou de relatório médico, onde conste o nome e o CRM do profissional.

3 – Nos casos de acidentes de trânsito deverão ser descontados do total das despesas os valores recebidos através do seguro obrigatório de automóveis – Seguro de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Vias Terrestres – DPVAT.

4 – o servidor devese buscar autorização prévia no órgão ou entidade de origem, antes de efetuar as despesas, exceto em caso de emergência que poderá ser requerido após o atendimento.

5. Não serão passíveis de ressarcimento:

- as despesas não vinculadas diretamente à lesão sofrida pelo servidor, como: danos materiais em veículos, serviços de guincho, entre outras;
- os atendimentos efetuados pelo Sistema Único de Saúde – SUS;
- as despesas cobertas por outro tipo de plano de saúde ou plano de seguro.

6 – Os procedimentos para tratamento do acidentado deverão ser realizados, se possível, em estabelecimentos localizados no território do Estado de Santa Catarina, mais próximo da residência do servidor acidentado.

7 – Todos os procedimentos constantes desta Instrução Normativa somente terão validade após a caracterização de acidente em serviço ou doença profissional, pela Gerência de Saúde do Servidor – GESAS.

8 – Compete ao órgão ou entidade a que está vinculado o servidor:

8.1 – através do Setorial de Administração de Recursos Humanos: realizar orçamentos, verificar se os comprovantes atendem às normas financeiras estaduais, autenticar documentos, resumir as despesas num único documento, montar o processo e enviar à GESAS, cujo prazo é de 10 (dez) dias para tramitação;

8.2 – através do Setor Financeiro: providenciar o pagamento ou o ressarcimento das despesas, mediante depósito bancário, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, após a emissão do parecer técnico pela GESAS.

9 – Compete à Gerência de Saúde do Servidor – GESAS: realizar diligência, emitir parecer técnico quanto ao pagamento ou ressarcimento das despesas decorrentes do acidente em serviço ou doença profissionais, no prazo máximo de 10 (dez) dias, a contar da data de entrada do processo na GESAS.

10 – O ressarcimento de descontos efetuados na folha de pagamento, quando da utilização do PAS, em decorrência de acidente em serviço ou doença profissional, seguirá os procedimentos abaixo descritos:

10.1 – O Setorial de Administração de Recursos Humanos atuará o processo e encaminhará ao IPESC, no prazo de 24 (vinte e quatro) horas, após o recebimento do pedido de ressarcimento.

10.2 – O IPESC emitirá relatório discriminando todos os valores incluídos no contracheque, anexando os comprovantes e encaminhará à GESAS, no prazo de 3 (três) dias.

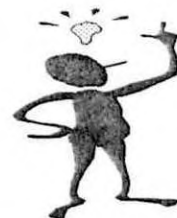
10.3 – A GESAS poderá fazer diligência e emitirá parecer final autorizando os valores a serem ressarcidos, no prazo de 10 (dez) dias.

10.4 – O órgão de origem ressarcirá o IPESC, de acordo com a tabela e este estornará ou ressarcirá o valor descontado no contracheque do servidor, no prazo de 30(trinta) dias.

11 – Os prazos definidos nesta Instrução Normativa poderão sofrer dilatação no caso de necessidade de diligência.

12 – Esta Instrução Normativa entrará em vigor na data de sua publicação.

13 – Revogam-se as disposições em contrário.



Florianópolis, 10 de maio de 2000.

4 Casos onde são considerados acidentes do trabalho segundo o Decreto nº 1.456, de 23 de dezembro de 1996.

I – a doença profissional, assim entendida e inerente ou peculiar a determinado ramo de atividade e constante de legislação específica de qualquer esfera;

II – as doenças do trabalho que, mesmo não constando de legislação específica, guarde perfeita relação de nexa causal com as atividades efetivamente desempenhadas ou com as condições ambientais ergonômicas inerentes ao exercício dessas atividades;

III – a doença do trabalho proveniente de contaminação acidental, no exercício de atividade ligada a agente biológico, com perfeita relação de nexa causal;

IV – o acidente sofrido pelo servidor, ainda que fora do local e do horário de trabalho, nas seguintes condições:

- d) na execução de ordem ou realização de serviço por determinação de autoridade superior;*
- e) na prestação espontânea de qualquer serviço à entidade, para lhe evitar prejuízo ou proporcionar proveito;*
- f) no percurso da residência para o trabalho ou deste para aquela;*

V – o acidente sofrido pelo servidor no local de trabalho em consequência de:

- a) ato de sabotagem, ofensa física de terceiro, por qualquer motivo;*
- b) ato de imprudência, de negligência ou de imperícia de terceiro, inclusive de companheiro de trabalho;*
- c) desabamento, inundação, incêndio ou outra eventualidade fortuita ou decorrente de força maior;*
- d) ato de pessoa privada do uso da razão.*

Parágrafo único. Considera-se ainda acidente em serviço o período legalmente definido como descanso ou para refeição no próprio local de trabalho.

5 Alguns Casos onde não são considerados acidentes do trabalho .

Art. 3º Não são consideradas como acidente em serviço as doenças degenerativas, exceto as caracterizadas pela Gerência de Saúde do Servidor. (Decreto nº1.456, de 23 de dezembro de 1996).



Segundo Monterio; Bertagni (1998, 174-180)

1. Recebimento de salário: “não se caracteriza como acidente aquele sofrido pelo empregado que se dirige ao posto bancário da firma, em dia de folga, apenas para receber o salário” (Rescisória Ap. 287.418, 2º Grupo de Câmaras, rel. Juiz Antonio Vilenilson, J. em 5-3-1991).
2. Interrupção do trajeto – Descaracterização: “A frequência habitual de empregado ao grêmio da empresa para atividades de lazer, por interesse estritamente pessoal, corresponde à alteração do percurso entre o local de trabalho e a residência, descaracterizando o acidente do trabalho” (Ap.287.109, 5ª Câm., rel. Juiz Ismeraldo Farias, j. em 17-4-1991).
3. Tempo entre a saída do trabalho e o acidente: “Tendo o acidente ocorrido próximo ao local de trabalho do obreiro, após duas horas de sua saída, nada justificando tivesse ele tão logo deixado o trabalho se dirigido a sua residência, descaracterizada está a hipótese de acidente do trabalho” (Ap. 276.976, 8ª Câm., rel. Juiz Milton Gordo, j. em 13-9-1990).
4. Local diverso do trabalho: “Não cabe indenização de benefícios acidentários a familiares de obreiro que sofreu acidente seguido de morte, mas em local diverso do que estava designado, pela empregadora, a trabalhar” (Ap. 289.078, 6ª Câm., rel. Juiz Gamaliel Costa, j. em 17-4-1991).

6 Procedimentos adotados em caso de acidente do trabalho – HIJG

Da ocorrência de um acidente do trabalho, o procedimento imediato será tomar os primeiros socorros, ou seja, dependendo da situação procurar um médico para que o mesmo possa diagnosticar e orientar.

Feito os primeiros socorros, recomenda-se procurar o setor de Recursos Humanos localizado no próprio HIJG, pois este tem a competência de orientar quanto o preenchimento da CEAT – (Comunicação Estadual de Acidente do Trabalho) documento exigido pela Secretária Estadual de Saúde de Santa Catarina (SES).



OBS: A CEAT é de suma importância para o funcionário acidentado, pois caso o acidentado venha precisar de qualquer procedimento, será necessário à comprovação do acidente, onde a CEAT tem a função de registrar a ocorrência e encaminhá-la a SES onde depois da avaliação por parte da Gerência de Saúde do Servidor (localizado na Perícia do Estado), retorna ao HIJG caracterizando ou não o acidente. Este documento que retorna com a confirmação ficará arquivado na pasta do servidor no próprio RH.

Feito o preenchimento da CEAT, cabe ao RH orientá-lo. Caso o funcionário tenha se acidentado através de material perfuro-cortante (agulha, bisturi,...) será encaminhado ao setor de CCIH – Centro de Controle de Infecção Hospitalar – localizado no próprio HIJG. Esse, por sua vez, irá realizar exames com objetivo de avaliar se houve alguma contaminação por parte do mesmo.

Caso o funcionário precise-se ausentar de suas funções (o procedimento é igual, como se fosse apenas um atestado por qualquer outro motivo) será encaminhado para a perícia do HIJG. Até três dias de afastamento, suas faltas serão justificadas (ou não), após avaliação médica. Caso o funcionário precise se ausentar por mais tempo, será encaminhado à Perícia do Estado (Gerência de Saúde dos Servidores – GESAS).



7 Importante – Informação referente a Unimed-Ipesc

A Unimed-Ipesc veio substituir o plano Ipesc. Vale lembrar que, em caso de acidente com internação, procedimento hospitalar ou atendimento em clínica através do plano Unimed-Ipesc, irá vir através do contra-cheque descontos dos gastos que o funcionário utilizou no mês. Muitas vezes fica complicado, pois quando há um afastamento do trabalho, o funcionário já tem seu orçamento mensal reduzido, pois ele não receberá o vale-alimentação que, na maioria dos casos serve como complemento da renda familiar. Uma vez não recebido, a situação fica complicada; e se ainda vir o desconto do plano de saúde, poderá ficar ainda mais problemático. *Portanto, orienta-se o funcionário a procurar utilizar o SUS, mas caso isso não seja possível, o plano Unimed-Ipesc, quando utilizado em caráter de acidente de trabalho, conforme Instrução Normativa nº 008/00/SEA/DIRH (de 10 de maio de 2000) poderá ser reembolsado.* Contudo, cabe aqui um **alerta**, tal processo é demorado, pois primeiro o funcionário tem que comprovar através da CEAT o acidente de trabalho, depois tem que encaminhar através do RH do HJG uma solicitação de reembolso, (deverá conter anexos do: contra-cheque com os descontos e solicitar ao Ipesc uma analítica referente aos gastos do mês. Esta analítica conterá as devidas datas, pois serão reembolsados somente os procedimentos feitos, decorrente dos acidentes de trabalho) o qual será mandada para a SES – Secretaria Estadual de Saúde, que encaminhará à Gerência de Saúde do Servidor (localizado na Perícia do Estado).

OBS: Ocorrendo o reembolso, será devolvido no contra-cheque.



8 Princípios de segurança que já salvaram vidas:

Reconheça suas limitações:

a) Não tente realizar o trabalho para o qual você não está qualificado. A falta de conhecimento e o “jeitinho” podem trazer conseqüências lamentáveis;

b) Seu corpo também tem limitações, ele só pode alcançar até determinada altura e levantar determinado peso.

Leia os manuais antes de operar algo:

a) Entenda a intenção do fabricante de determinado dispositivo, para que foi projetado e que fique dentro dos limites para atuar. Os manuais não foram feitos para serem usados só em caso de dúvidas e sim para permitir a correta utilização de determinado dispositivo.

Use ferramentas apropriadas:

a) Cada ferramenta tem limitações e um propósito específico de utilização. As ferramentas e máquinas têm uma maneira inesperada e violenta de protestarem quando o uso é inadequado.

Use o método apropriado:

a) Não se utilize de improvisações ou de nenhum método para realizar determinada tarefa, trabalho ou atividade.

Siga regulamentos, sinalizações e instruções:

a) Foram idealizados para protegê-lo. Um sinal de “pare”, pode indicar que naquele local muitas pessoas já se acidentaram.

Use bom senso e moderação:

a) Existe uma grande diferença entre eficácia e pressa. Um ritmo consistente e progressivo permitirá atingir os objetivos a médio e longo prazo.

Aja e pense como “humano”, não permita que o instinto “bestial” prevaleça:

b) Seu novo carro não lhe dá o direito de desrespeitar as leis, sinalizações e o direito das outras pessoas;

c) Seus problemas sexuais, salariais ou conjugais nada têm a ver com a velocidade de seu veículo.

Valorize sua vida e a dos outros:

Provavelmente você encontrará boas razões para continuar vivo. Diminuir a velocidade de seu carro e aumentar o tempo de viagem em 10 minutos lhe permitirá ouvir mais duas músicas ou cuidar dos materiais já utilizados como, seringas, lâminas, agulhas, entre outros, que poderão causar sérios riscos a saúde de seus companheiros.



Outras recomendações para prevenção de acidentes:

a) Não deixe gavetas de mesa ou de arquivos abertas. Alguém poderá tropeçar ou bater nelas;

b) Não deixe cabos de eletricidade estendidos pelo chão, poderão provocar acidentes;

c) Recolha objetos caídos no chão;

d) Não corra no local de trabalho;

e) Nas escadas utilize-se dos corrimões corretamente ande no sentido certo;

f) Desligue os aparelhos elétricos quando fora de uso;

g) Não improvise escadas;

h) Verifique a posição da cadeira, ao sentar-se tenha cuidado especial com as cadeiras de girar;

i) Mantenha-se atento ao trabalhar com guilhotina. Acidente é sempre inesperado;

j) Coopere na limpeza, na ordem e na prevenção de acidentes e incêndios;

l) Jamais fume em locais onde não seja permitido;

m) Condições perigosas, comuniquem a um membro da CIPA caso não tenha comunicado ao setor responsável;

n) Trabalhe com atenção. A distração é uma das maiores causas de acidentes;

o) Quando necessário utilize o Equipamento de Proteção Individual (EPI).

p) Cuidar dos materiais pérfuro-cortantes, em especial, aqueles já utilizados, pois poderá causar contaminações, caso não seja administrado de forma correta.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Lei nº.6745, de 28 de dezembro de 1985. Cria o Estatuto dos Servidores Públicos estaduais. Florianópolis, 1985.

BRASIL. Decreto nº. 1.456, de 23 de dezembro de 1996. Dispõe sobre a assistência aos servidores públicos estaduais em decorrência de acidente em serviço e doença profissional, nos órgãos da administração direta, autarquias e fundações do Poder Executivo. Florianópolis, 1996.

BRASIL. Instrução Normativa nº. 008/00/SEA/DIRH, de 10 de maio de 2000. Dispõe sobre procedimentos relativos ao pagamento e ressarcimento de despesas aos servidores públicos estaduais em decorrência de acidentes em serviço e doença profissional. Florianópolis, 2000.

Curso de CIPA – Unimed de Florianópolis, SC. Departamento de Saúde Ocupacional da Unimed de Florianópolis. [2000].

MONTEIRO, Antonio Lopes; BERTAGNI, Roberto Fleury de Souza. **Acidente do Trabalho e Doenças Ocupacionais**: conceito, processos de conhecimento e de execução e suas questões polêmicas. São Paulo: Saraiva, 1998.

Telefones úteis:

1. Gerência de Saúde dos Servidores – GESAS 048- 224-6267;
2. Recursos Humanos do HIJG – RH 048- 251-9024 ou 251-9026;
3. Subgerência de Apoio aos Servidores – SGAPOS 048- 251-9025;
4. Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina – SEA – 048- 221-2000;

Sites para consulta:

1. <http://www.sea.sc.gov.br>
2. <http://www.previdenciasocial.gov.br>

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Política de Saúde no Brasil a partir da década de 80 passou por vários e significativos avanços. Com a Constituição Federal de 1988 sabe-se que a saúde tornou-se universal, ou seja, contribuindo ou não, todos os cidadãos brasileiros têm acesso gratuito à saúde. Apesar deste direito estar assegurado na Constituição, constata-se que as dificuldades são muitas para se ter acesso à saúde no Brasil. Ainda é possível observarmos diariamente através dos nossos meios de comunicação a precariedade da saúde. É corriqueiro vermos filas imensas, os equipamentos são poucos, as instalações hospitalares são precárias, o número de funcionários existentes nas unidades de saúde são insuficientes e muitos trabalham com sua carga horária dobrada. Existe um descompromisso por parte dos governantes, além da má aplicação dos recursos existente para com a saúde.

Em relação à Política de Saúde do Trabalhador podemos considerar a VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986 um momento importante para o avanço da referida questão. Deste encontro surgiu a idéia de promover, através de grupo técnico da área, a I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e em decorrência passou a existir um maior interesse por parte das empresas em promoverem a saúde de seus trabalhadores. No caso específico do HJG, percebe-se por parte da Subgerência de Apoio aos Servidores uma grande preocupação com esta questão sendo que como já foi mencionado anteriormente são muitas as atividades desenvolvidas junto aos/com os servidores. Destaca-se ainda que o HJG é um modelo a ser seguido, seus atendimentos são de qualidade sendo considerado um Hospital Escola, onde estudantes usufruem do espaço físico como forma de estágio e aprendizagem.

No entanto, no que diz respeito aos acidentes do trabalho no Brasil, muitos avanços ocorreram desde a primeira Lei em 1919. Hoje pode-se perceber uma maior cobrança a partir da Consolidação das Leis Trabalhistas – CLT. É importante acrescentar que o regime jurídico que rege a categoria dos trabalhadores (federal, estadual e municipal) e privado são diferentes, porém, observa-se a mesma obrigatoriedade da emissão e preenchimento da Comunicação de Acidente de Trabalho. As diferenças básicas estão no tipo e nome do documento, nos prazos para a comunicação e apresentação nos locais de controle. No

estado de Santa Catarina, a fundamentação legal do acidente em serviço é amparada nos artigos 116 e 117, da Lei nº 6.745/85 (Estatuto dos Servidores Públicos Estaduais), Decreto nº 1.456/96 e na Instrução Normativa nº 008/00, que regulamentam e apresentam o formulário da Comunicação Estadual de Acidente de Trabalho (CEAT).

Com relação à questão do acidente do trabalho no HIJG, convém ressaltar as dificuldades com que deparei para a elaboração do terceiro capítulo da presente monografia, pois não existe um levantamento atualizado ou dados organizados sobre esta questão, tudo está muito dividido entre os setores envolvidos, não havendo inclusive clareza com relação às responsabilidades, ora elas são atribuídas a Secretaria Estadual de Saúde, ora até mesmo aos servidores acidentados, no entanto é possível constatar que no que diz respeito a saúde do servidor o Estatuto do Servidor Estadual de Santa Catarina não tem sido cumprido na sua totalidade.

No que refere-se às informações existentes sobre direitos assegurados ao servidor acidentado, até o momento da pesquisa não foi possível identificá-los através dos setores envolvidos do HIJG, assim sendo, tais dados foram obtidos através de leituras do “Estatuto dos Servidores Públicos Estaduais de Santa Catarina”, de acordo com o Decreto nº 1.456 de 23 de dezembro de 1996 e a Instrução Normativa nº 08/00/SEA/DIRH, apresentada anteriormente neste trabalho.

Através do desenvolvimento desta monografia, foi grande o conhecimento adquirido no que diz respeito à Saúde do Trabalhador da Saúde e mais especificamente no que diz respeito às questões de Acidente do Trabalho, bem como as rotinas do HIJG e da SES para lidar com tal situação. Foi possível perceber pontos positivos, como por exemplo, as atividades desenvolvidas pela Subgerência de Apoio ao Servidor, bem como pontos que precisam ser melhorados, que são os procedimentos em caso dos acidentes de trabalho. Constata-se ainda que seria importante um melhor controle dos dados referentes aos acidentados, ou seja, levantamentos estatísticos, pois a partir de dados confiáveis e atualizados pode-se propor outras sugestões e ou medidas preventivas.

Foi pensando em “cuidar da saúde de quem cuida”, enfim pensando no funcionário do Hospital Infantil Joana de Gusmão, que de maneira dedicada tem sido o responsável por fazer deste Hospital uma referência, é que foi elaborada a cartilha que segue no capítulo 4. (no sub-item 4.3). Espera-se que ela seja um instrumento facilitador na hora de uma informação ou até mesmo contribua com orientações sobre como proceder em caso de

acidente.

Para finalizar, gostaria de dizer que este trabalho é fruto da experiência de estágio realizado junto ao Hospital Infantil Joana de Gusmão que sem dúvida proporcionou um maior amadurecimento profissional e espero que ele possa contribuir para a ampliação dos cuidados daqueles que cuidam da saúde de tantas crianças.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARROS, Vera Lúcia Silveira de; FREITAS, Rosana de Carvalho Martinelli. **Análise do Discurso Oficial sobre a Saúde do Trabalhador no Período de 1974 à 1986 no Brasil**. Rio de Janeiro, 58 p. Trabalho não publicado.

BRASIL. Constituição Federal. Brasília. Senado Federal. 1988. Brasil. Lei 8142 de 28 de dezembro de 1990, Lei 8080 de 19 de dezembro de 1990 e NOB 96.

BRASIL. Lei nº.6745, de 28 de dezembro de 1985. Cria o Estatuto dos Servidores Públicos estaduais. Florianópolis, 1985.

BRASIL. Decreto nº. 1.456, de 23 de dezembro de 1996. Dispõe sobre a assistência aos servidores públicos estaduais em decorrência de acidente em serviço e doença profissional, nos órgãos da administração direta, autarquias e fundações do Poder Executivo. Florianópolis, 1996.

BRASIL. Instrução Normativa nº. 008/00/SEA/DIRH, de 10 de maio de 2000. Dispõe sobre procedimentos relativos ao pagamento e ressarcimento de despesas aos servidores públicos estaduais em decorrência de acidentes em serviço e doença profissional. Florianópolis, 2000.

CRESPI, Victor Luiz. Entrevista em 03.09.2002 na Gerência da Saúde do Servidore, Florianópolis.

COELHO, Silvânia Lucia. Entrevista em maio de 2002 no Hospital Infantil Joana de Gusmão.

DELA COLETA, José Augusto. **Acidentes de trabalho: o fator humano contribuições da psicologia do trabalho atividades de prevenção**. São Paulo: Atlas, 1991.

DEMO, Pedro. **Sociologia: uma introdução crítica**. 2º ed. São Paulo: Atlas, 1996.

Dias, Elizabeth Costa. **Saúde do Trabalhador**. In Saúde Meio Ambiente e Condições de Trabalho: conteúdo básico para uma ação sindical – CUT.

Faleiros, Vicente de P. **O trabalho da Política: Saúde e segurança dos trabalhadores**. São Paulo: Cortez, 1992.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O Serviço Social na contemporaneidade: dimensões históricas, teóricas e ético-políticas**. In: Debate CRESS-CE. Fortaleza, 1997.

Jorge, Elias Antonio. **Financiamento Setorial do SUS e a questão da municipalização da saúde.** (19--).

LIDA, Itiro. **Ergonomia Projeto e Produção.** São Paulo:Edgard Blucher Ltda, 1990.

MACHADO, Marlene Moreira. **Participação e Cultura:** Um olhar sobre o Hospital Infantil Joana de Gusmão,. Florianópolis, 2002.

MONTEIRO, Antonio Lopes; BERTAGNI, Roberto Fleury de Souza. **Acidente do Trabalho e Doenças Ocupacionais:** conceito, processos de conhecimento e de execução e suas questões polêmicas. São Paulo:Saraiva, 1998.

Neto, Eleutério Rodriguez. **A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde:** suas origens, suas propostas, sua implantação, suas dificuldades e suas perspectivas. In: Incentivo à participação popular e controle social no SUS: textos técnicos para conselheiros de saúde. Brasília: IEC, 1994.

Nogueira, Marco Aurélio, artigo Brasil, ano 2000. **A Agenda Cristalizada.** Revista Inscrita. Conselho Federal de Serviço Social (CEFESS) ano III, nº VI. Julho de 2000.

Noronha, J.C e Levxovitz, E. “**AIS – SUDS – SUS: os caminhos do direito à saúde**”. In: Saúde e Sociedade no Brasil – anos 80. In. Guimarães, R. e Tavares, R. (Org.) Rio de Janeiro: Relume Dumará/ ABRASCO. 1995, 72-111.

PEREIRA, Giovana.**O Serviço Social na Subgerência de Apoio e Orientação ao Servidor do Hospital Infantil Joana de Gusmão:** Uma proposta de intervenção. Florianópolis, 2002.

SANTA CATARINA. Secretária de Estado da Administração. Diretoria de Administração de Recursos Humanos. **Manual de Prevenção e Controle de Acidente em Serviço Decorrente de Exposição a Material Biológico.** Florianópolis: SEA, 2001.

SANTANA, Leila Mesquita. Entrevista em maio de 2002 no Hospital Infantil Joana de Gusmão.

SCHULTZ, Jonas Guaraciaba. Entrevista em junho de 2002 no Hospital Infantil Joana de Gusmão.

Secretária do Estado da Saúde de Santa Catarina, **Programa de Promoção da Saúde do Trabalhador,** Florianópolis, SC.

VERGARA, Sylvia Constant. **Projetos e Relatórios de Pesquisa em Administração.** 3. ed. São Paulo: Atlas, 2000.

ZOCCHIO, Alves. **Cipa: histórico, organização, atuação.** São Paulo: Atlas, 1980.

ANEXOS

ANEXO I

Distribuição de Acidente em Serviço em Servidores da Secretaria de Estado da Saúde, segundo o local de lotação, em 1997, 1998 e 1999 - Santa Catarina.

LOTAÇÃO	FREQÜÊNCIA	PERCENTUAL
Administração Central	01	0,2%
Associação Catarinense de Reabilitação	03	0,6%
Centro de Pesquisas Oncológicas (CEPON)	01	0,2%
Centro de Saúde	03	0,6%
Hospital Santa Teresa	02	0,4%
Hospital Colônia Santana	29	6,0%
Hospital Florianópolis	03	0,6%
Hospital Governador Celso Ramos	20	4,1%
Hospital Infantil Joana de Gusmão	22	4,5%
Hospital Miguel Couto	16	3,3%
Hospital Nereu Ramos	21	4,3%
Hospital Regional de São José (HRRMG)	110	22,6%
Hospital Geral e Maternidade Teresa Ramos	85	17,5%
Hospital Regional Hans Dieter Schmidt	50	10,3%
Instituto de Cardiologia	19	3,9%
Laboratório Central de Saúde Pública (LACEN)	02	0,4%
Maternidade Dona Catarina Kuss	26	5,3%
Maternidade Carmela Dutra	46	9,4%
Maternidade Darcy Vargas	23	4,7%
Policlínica de Referência Regional (PANCENTRO)	04	0,8%
Regional de Saúde	01	0,2%
TOTAL	487	100 %

TABELA VI

Fonte: CEAT/GESAS

Distribuição de Acidente em Serviço em Servidores da Secretaria de Estado da Saúde, segundo o sexo, em 1997, 1998 e 1999 - Santa Catarina.

SEXO	FREQÜÊNCIA	PERCENTUAL
Feminino	392	80,5 %
Masculino	95	19,5 %
TOTAL	487	100 %

Tabela VII

Fonte: CEAT/GESAS

Podemos observar que do total de 1.079 Servidores do HRRMG, 110 tiveram acidentes, o que representa 10,10%. Já na MTR, do total de 373 Servidores, 85 tiveram acidentes, representando 22,79%.

Distribuição de Acidente em Serviço em Servidores da Secretaria de Estado da Saúde, segundo a tarefa executada, em 1997, 1998 e 1999 - Santa Catarina

TAREFA	FREQÜÊNCIA	PERCENTUAL
Atendimento de paciente/usuário/acompanhante/...	28	5,7%
1- Atividade administrativa	04	0,8%
2- Atividade de manutenção	17	3,5%
3- Auxiliar em procedimento cirúrgico, partos, etc. (sutura, instrumentação, circulante de sala e outros)	31	6,4%
4- Deslocamento de um setor para outro	20	4,1%
5- Em desobstrução de acesso venoso	04	0,8%
6- Desprezando o material, instrumento ou objeto contaminado (seringa, agulha, escalpe e outros) após a realização de procedimento em caixa coletora, lixeira comum, lixeira hospitalar e outros	45	9,2%
7- Ignorada	01	0,2%
8- Limpeza e higiene de ambientes	21	4,3%
9- Manipulação de máquina de lavar/secar/passar e outros	15	3,1%
10- Outros	35	7,2%
11- Em preparo e administração de medicação injetável	32	6,6%
12- Em preparo e realização de exames (biópsia, coleta de material e outros)	27	5,5%
13- Em preparo, cozimento ou distribuição de alimentos	32	6,6%
14- Punção venosa	36	7,4%
15- Realizando procedimentos cirúrgicos	16	3,3%
16- Recolhimento, limpeza e higiene de instrumental cirúrgico	26	5,3%
17- Recolhimento de lixo comum	07	1,4%
18- Recolhimento de lixo hospitalar	10	2,1%
19- Recolhimento de objeto ou material contaminado, esquecido ou deixado sobre superfícies (chão, leito, maca e outros)	12	2,5%
20- Reencapando fluidos material ou objeto perfuro-cortante	21	4,3%
21- Retirada de soro, escalpe, cateter e outros	29	6,0%
22- Transportando pacientes, equipamento, máquina, objetos e outros, de um lugar para outro	18	3,7%
TOTAL	487	100%

TABELA VIII

Fonte: CEAT/GESAS

Esta tabela mostra que nos itens 3, 5, 7, 11, 13, 19, 20 e alguns outros, houve descuido com a técnica, porém, fica evidenciado, principalmente, nos itens 5 e 19 que, além da falta da técnica, houve também imperícia.

Distribuição de Acidente em Serviço em Servidores da Secretaria de Estado da Saúde, segundo o objeto causador, em 1997, 1998 e 1999 - Santa Catarina

OBJETO	FREQÜÊNCIA	PERCENTUAL
Agente químico ou biológico (sangue, secreção, líquido amniótico e outros)	31	6,4%
Degráu de escada	05	1,0%
Ignorado	05	1,0%
Obstáculo rígido	39	8,0%
Outro	40	8,2%
Parte afiada ou pontiaguda de objeto	301	61,8%
Parte de equipamento, máquina objeto	47	9,7%
Piso liso, escorregadio, com depressão, elevação e outros	11	2,3%
Rampa	06	1,2%
Veículo	02	0,4%
TOTAL	487	100%

Tabela IX

Fonte: CEAT/GESAS

Esta tabela mostra que do total de 487 acidentes, 301 (61,8%) decorrem de acidentes com instrumentos pontiagudos ou cortantes e com provável contato com material biológico.

Distribuição de Acidente em Serviço em Servidores da Secretaria de Estado da Saúde, segundo a natureza da lesão, em 1997, 1998 e 1999 - Santa Catarina.

NATUREZA DA LESÃO	FREQÜÊNCIA	PERCENTUAL
Contaminação	28	5,7 %
Contusão	28	5,7 %
Corpo estranho	03	0,6 %
Corte profundo	24	4,9 %
Corte superficial	47	9,7 %
Distensão	04	0,8 %
Entorse, luxação	08	1,6 %
Visceração, arranhão	07	1,4 %
Fratura	07	1,4 %
Hematomas, manchas	16	3,3 %
Ignorado	02	0,4 %
Intoxicação	02	0,4 %
Lesão superficial	04	0,8 %
Lombalgia	06	1,2 %
Outro	09	1,8 %
Perfuração profunda	21	4,3 %
Perfuração superficial	249	51,1 %
Queimadura	13	2,7 %
Traumatismo	09	1,8 %
TOTAL	487	100 %

Tabela X

Fonte: CEA/GESAS

Distribuição de Acidente em Serviço em Servidores da Secretaria de Estado da Saúde, segundo a parte do corpo atingida, em 1997, 1998 e 1999 - Santa Catarina.

PARTE DO CORPO ATINGIDA	FREQÜÊNCIA	PERCENTUAL
Abdomen	01	0,2 %
Antebraço direito	06	1,2 %
Braço direito	07	1,4 %
Braço esquerdo	06	1,2 %
Cabeça	10	2,1 %
Coluna lombar	02	0,4 %
Coluna vertebral	01	0,2 %
Costa	07	1,4 %
Cotovelo direito	01	0,2 %
Coxa direita	03	0,6 %
Coxa esquerda	01	0,2 %
Dedo da mão	299	61,4 %
Dedo do pé	03	0,6 %
Face	06	1,2 %
Ignorado	01	0,6 %
Joelho direito	04	0,8 %
Joelho esquerdo	04	0,8 %
Mão direita	22	4,5 %
Mão esquerda	28	5,7 %
Múltiplas localizações cabeça e pescoço	02	0,4 %
Múltiplas localizações membro inferior	02	0,4 %
Múltiplas localizações membro superior	01	0,2 %
Múltiplas partes do corpo	07	1,4 %
Olho direito	16	3,3 %
Olho esquerdo	11	2,3 %
Ombro direito	01	0,2 %
Ombro esquerdo	01	0,2 %
Outros	03	0,6 %
Pé direito	04	0,8 %
Pé esquerdo	01	0,2 %
Perna direita	07	1,4 %
Perna esquerda	03	0,6 %
Pescoço	01	0,2 %
Punho direito	04	0,8 %
Punho esquerdo	03	0,6 %
Região glútea direita	01	0,2 %
Tórax	05	1,0 %
Tornozelo direito	01	0,2 %
Tornozelo esquerdo	01	0,2 %
TOTAL	487	100 %

Tabela XI

Fonte: CEA/GESAS

Esta tabela mostra o comprometimento dos membros superiores, evidencia uma incidência relevante com relação aos olhos, tendo em vista que o contato com o material biológico poderia ser evitado com o uso do equipamento de proteção.

ANEXO II

SAÚDE

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
DIRETORIA DE ASSUNTOS AMBULATORIAIS
PORTARIA SES/DIAA Nº 001/93

CRIA E NORMATIZA O PROGRAMA DE SAUDE DO TRABALHADOR NO ESTADO DE SANTA CATARINA

Secretário de Estado da Saúde no uso das suas atribuições e considerando:

a) a competência do SUS com relação à Saúde do trabalhador definida nos novos textos constitucionais federal e estadual em seus artigos 200, item II e 153;

b) o artigo 194, parágrafo único, item II da Constituição Federal que preserva a uniformidade e equivalência dos serviços às populações urbanas e rurais;

c) a resolução CIPLAN no 08/89 notadamente nos itens 1, 2, 3 e 4;

d) e considerando ainda a necessidade da normatização dos procedimentos de atendimento do trabalhador visando integração entre as ações preventivas e assistenciais

resolvo:

1. Revogar as portarias SES nº 044/89 de 05/02/89, 045/89 de 05/12/89 e 046/89 de 06/12/89 referente à formação de grupos de trabalhos, constituição de programa e de Comissão Especial de estudos de Saúde do Trabalhador;
2. Constituir Programa de Saúde do Trabalhador (PROSAT), subordinado à Diretoria de Assuntos Ambulatoriais (DIAA), nos termos desta Portaria.
3. Definir a implantação de um Centro de Referência de Saúde do Trabalhador Estadual (CRST), localizado em Florianópolis e uma rede de Centros de Referência de Saúde do Trabalhador Regionais, com distribuição a ser definida pelo Programa;
4. Os Centros de Referência de Saúde do Trabalhador Regionais e Estaduais (CRST'S) compõem o nível secundário da rede do Sistema Único de Saúde Estadual (SUS), conforme definido em legislação específica;
5. O quadro de pessoal e recursos materiais necessários ao funcionamento dos CRST'S serão providos pelo SUS e por outros órgãos governamentais responsáveis pela saúde do trabalhador, em seus diferentes aspectos;
6. Quanto à estrutura do Programa de Saúde do Trabalhador:
 - 6.1. A Coordenação Executiva Estadual do PROSAT será composta de um representante da Diretoria de Assuntos Ambulatoriais, da Diretoria de Vigilância Epidemiológica e da Diretoria de Vigilância Sanitária, sendo o coordenador geral escolhido entre os mesmos;
 - 6.2. A Comissão Interinstitucional de Saúde do Trabalhador, instituída pela Portaria SES/DIAA nº 02/92, caberá o acompanhamento do funcionamento e avaliação periódica do PROSAT, em caráter deliberativo e permanente;
 - 6.3. A articulação técnica com outras instituições governamentais será desenvolvida pela Coordenação Técnica Colegiada Interinstitucional composta pela Coordenação Executiva do PROSAT e 01 (hum) representante de cada uma das seguintes instituições: Delegacia Regional do Trabalho (DRT); Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS); da Comissão Interinstitucional de Saúde do Trabalhador;
 - 6.4. O CRST comporá a instância do SUS, com a participação da DRT e do INSS, e terá uma equipe mínima composta por sanitarista, médico do trabalho, engenheiro e/ou técnico de segurança, enfermeiro do trabalho, e assistente social, contando com o apoio de profissionais nas áreas de otorrinolaringologia, fonoaudiologia, dermatologia, psicologia, ortopedia ou fisioterapia e outros profissionais disponíveis na rede do SUS;
 - 6.5. O Núcleo de Saúde do Trabalhador (NST) comporá a rede municipal do SUS, devendo ter uma equipe mínima composta por médico do trabalho e técnico de Segurança do Trabalho e/ou outro profissional da área. Os médicos que antes exerciam a Coordenação de Acidente de Trabalho (AT) nas localidades, deverão preferencialmente fazer parte dos núcleos de saúde do trabalhador (NST).

PARÁGRAFO ÚNICO: Caberá a cada município definir a necessidade ou não de criação de Subníveis de Saúde do Trabalhador com base em suas características demográficas, econômicas e produtivas.

7. Ao Programa de Saúde do Trabalhador a nível Estadual compete:
 - 7.1. Programar, coordenar e avaliar as ações relacionadas com a Saúde do Trabalhador;
 - 7.2. Elaborar normas técnicas fixando diretrizes e estabelecendo padrões de qualidade para a promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde do trabalhador;
 - 7.3. Promover a articulação interinstitucional, visando a integração das atividades desenvolvidas pelos diferentes organismos, governamentais ou não, envolvidos com a saúde do trabalhador;
 - 7.4. Implantar um sistema de registro de informações e fluxograma das ações relativas à saúde do trabalhador na rede de serviços do SUS, de forma articulada com outros organismos governamentais, empresas e entidades sindicais;
 - 7.5. Integrar as ações de Vigilância Sanitária e Epidemiológica ao sistema de registro de informações viabilizando a análise epidemiológica dos dados obtidos a partir de notificações de doenças ocupacionais, acidentes de trabalho, instrumentalizando as ações de vigilância sanitária;
 - 7.6. Diagnosticar, através de pesquisa operacional os problemas relacionados com a saúde do trabalhador, identificando a incidência e prevalência por microrregião e propondo medidas de prevenção;
 - 7.7. Promover, organizar e participar de ações educativas relacionadas à saúde do trabalhador dirigidas a:
 - . formação, capacitação e reciclagem de recursos humanos da rede do SUS;
 - . capacitação de sindicalistas e componentes das CIPAS;
 - . conscientização do empresariado;
 - . orientação dos trabalhadores quanto aos riscos do processo de trabalho e do impacto que as tecnologias provocam à saúde.
 - 7.8. Promover e/ou participar em estudos, pesquisas e avaliações de riscos e agravos à Saúde do Trabalhador existentes no processo de trabalho e do impacto que as tecnologias provocam à saúde;
 - 7.9. Formalizar, através de convênios, a integração das ações de Vigilância Sanitária do SUS com as de outros organismos governamentais responsáveis por ações de fiscalização na área de saúde do trabalhador otimizando a utilização de recursos humanos e materiais;
 - 7.10. Formalizar, através de convênios, a articulação entre a Vigilância Epidemiológica do SUS, outros organismos governamentais, em empresas e entidades sindicais, visando a integração e organização do fluxo, registro de dados e análise epidemiológica relativos a notificações de doenças e acidentes de trabalho;
 - 7.11. Promover ação conjunta com os sindicatos de trabalhadores na fiscalização de locais e condições de trabalho que representem exposição a risco eminente e comprovado para a vida e/ou saúde do trabalhador, adotando medidas cabíveis, inclusive interdição de máquinas, setores, serviços e/ou todo o ambiente de trabalho;
 - 7.12. Participar das atividades de controle e avaliação das ações referentes às condições de trabalho, de sua normatização e fiscalização das condições de organização do processo de trabalho, produção, extração, armazenagem, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, produtos, máquinas e equipamentos que representem riscos à saúde do trabalhador;
 - 7.13. Informar ao trabalhador e sua respectiva entidade sindical e as empresas sobre os riscos de acidentes de trabalho, do espaço profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos, de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional, formalizando convites às entidades sindicais das categorias envolvidas para participação em todas as ações de fiscalização e vistoria de locais de trabalho;
 - 7.14. Supervisionar as ações de Saúde do Trabalhador a nível regional e municipal;
 - 7.15. Definir os locais e assessorar a implantação dos Centros de Referência de Saúde do Trabalhador (CRST) a nível estadual e regional, inclusive, participando dos mesmos com

a dotação de recursos humanos e materiais;

7.16. Desenvolver outras atividades relacionadas com o controle das doenças profissionais e do trabalho, acidentes de trabalho e outras de interesse da área de saúde do trabalhador;

7.17. Avaliar a necessidade e adequação ou não da compra de serviços de rede privada de saúde, enquanto ação complementar à capacidade instalada da rede pública;

7.18. Elaborar e firmar convênios com instituições e organismos governamentais ou não, definindo especificamente atribuições e competências de cada uma das mesmas no desenvolvimento das ações do Programa de Saúde do Trabalhador.

8. Ao Centro de Referência de Saúde do Trabalhador compete:

8.1. Desenvolver atividades de Vigilância Epidemiológica, de forma articulada com o INSS, mediante convênio, a partir da tabulação e análise dos dados obtidos das Comunicações de Acidente de Trabalho (CAT) e de investigações epidemiológicas de situações de risco à saúde do trabalhador;

8.2. Desenvolver atividades de Vigilância Epidemiológica e Sanitária de locais de trabalho, de forma articulada com a DRT e FUNDACENTRO, mediante convênio, relacionadas à ocorrência de acidentes de trabalho fatais ou graves, a partir de denúncias sindicais, a partir de critérios epidemiológicos, e com o objetivo de investigar relações de causalidade entre processos morbidos e condições e ambiente de trabalho, garantindo o convite formal à participação nas mesmas, da respectiva entidade sindical;

8.3. Supervisionar e complementar, quando necessário, a assistência médico-odontológica prestada a trabalhadores acidentados;

8.4. Investigar a relação entre processo de trabalho e condições de trabalho em trabalhadores com suspeita de doença ocupacional ou de trabalho, encaminhados pela rede de saúde, pelos serviços médicos das empresas, pelos sindicatos dos trabalhadores; em trabalhadores identificados em perícias de locais de trabalho como estando submetidos a condições inadequadas de trabalho ou por critérios epidemiológicos de risco;

8.5. Desenvolver atividades educacionais na área de saúde do trabalhador com a finalidade de:

- . capacitar o quadro de pessoal na rede do SUS, em todos os seus níveis;
- . capacitar dirigentes sindicais e cipistas;
- . informar trabalhadores quanto a riscos, direitos e mecanismos de prevenção;
- . conscientizar o empresariado;
- . e proporcionar campos de estágio para cursos relativos à área de saúde do trabalhador, seja a nível técnico, de graduação ou pós graduação;

8.6. Desenvolver atividades de pesquisa necessárias ao conhecimento da realidade de saúde do trabalhador em sua região de abrangência, de forma articulada com Instituições de Ensino Superior da região;

8.7. Supervisionar as atividades do Programa de Saúde do Trabalhador em sua área de abrangência, dando encaminhamento adequado ao que lhe for referenciado pela rede municipal;

8.8. Ao CRST Estadual, localizado junto ao Hospital Universitário da UFSC, cabe, além de cumprir as funções de centro de Referência da Região de Grande Florianópolis, a de ser Centro de Referência Estadual para os casos mais complexos e, especificamente, para os casos de intoxicação relacionados ao processo de trabalho;

8.9. O agendamento de pacientes para o CRST será feito a partir da rede básica e conveniada do SUS; dos Sindicatos de Trabalhadores; dos Serviços Médicos das Empresas; da necessidade identificadas em vistorias de locais de trabalho; e de critérios epidemiológicos.

9. À Rede Municipal e conveniada do SUS compete:

9.1. Prever a existência de um Núcleo de Saúde do Trabalhador em sua estrutura, responsável pela coordenação das atividades do Programa de Saúde do Trabalhador a nível municipal cumprindo, dentro de suas capacidades, funções de vigilância sanitária e epidemiológica, assistência e supervisão do acidente de trabalho, identificação e tratamento

profissional e do trabalho, de educação e pesquisa na área de saúde do trabalhador.

Preenchimento da documentação referente a acidente de trabalho e respectiva documentação nos órgãos competentes;

Informar o trabalhador sobre seus direitos em relação ao acidente de trabalho e a saúde profissional e do trabalho.

Florianópolis,

JOÃO CHIZZO FILHO
Secretário de Estado da Saúde
ICMP 4152/936

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ASSUNTOS AMBULATORIAIS
PORTARIA SES/DIAA Nº 002/93

Estabelece e normatiza o fluxo de atendimento ao acidentado do trabalho e portador de doença profissional e do trabalho nos serviços do Sistema Único de Saúde - SUS - SC e das outras providências.

Considerando que a Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação na sua Resolução Nº 11-90, estabelece que a assistência médica ao acidentado do trabalho e ao portador de doença profissional e do trabalho, se executará de forma integrada com os setores responsáveis pela Vigilância Epidemiológica e Sanitária, objetivando a implementação de ações preventivas e de inspeção das condições de trabalho por parte destes setores;

Considerando que a mesma resolução em seu art. 3º IV, atribui à Secretaria Estadual de Saúde a competência de manter integração permanente com os setores do INSS, visando estabelecer procedimento em consonância com os preceitos legais existentes e introduzindo mecanismos que se façam necessários para aprimoramento das ações pertinentes à citada resolução;

Considerando o que dispõe a Portaria SES / DIAA 001/93 de 1993, que cria, dá estrutura e competências do Programa de Saúde do Trabalhador do SUS-SC;

Considerando o que dispõe o Decreto Federal Nº 07-12-91 que aprova o regulamento dos serviços da Previdência Social, resolve:

1 - Ficam transferidas as atribuições anteriormente Coordenador de Competência e Serviços de Trabalho constantes na O.S. Nº 11-08-78, publicada no BS/DG INSS nº 20-10-78 para o âmbito dos Centros de Referência de Saúde do Trabalhador e Núcleos de Saúde do Trabalhador Municipais.

2 - O Centro Único - caberá aos Centros de Referência de Saúde do Trabalhador e Núcleos de Saúde do Trabalhador, a criação dos instrumentos e a delegação de responsabilidades na área de sua abrangência para assumirem o planejamento, execução e avaliação das atividades realizadas pelo ex-INAMPS.

3 - Fica estabelecido o fluxo de atendimento ao acidentado de trabalho e portador de doença profissional e do trabalho nos serviços do SUS-SC, conforme anexo que faz parte integrante desta Portaria.

4 - Esta Portaria entrará em vigor a partir da sua publicação, ficando revogadas as disposições em contrário.

ANEXO

1 - A empresa deverá notificar o acidentado do trabalho, agência profissional ou do trabalho à Previdência Social, preenchendo a documentação de Acidente do Trabalho - CAT, a partir do primeiro dia útil seguinte ao da ocorrência.

2 - Em caso de morte, a comunicação será feita à autoridade competente.

3 - Cópia fiel da notificação deverá ser enviada ao acidentado ou a seus dependentes - bem como ao sindicato a que corresponde a categoria.

2- Ao procurar o serviço de saúde regionalizado ou municipalizado, o trabalhador deverá apresentar-se com a CAT devidamente preenchida e no prazo legal estabelecido.

3- Na falta de notificação por parte da empresa, poderá formalizá-la o próprio acidentado, seus dependentes, a entidade sindical competente, o médico que o assistiu ou qual quer autoridade pública, não prevalecendo nestes casos o prazo previsto no item 1.

4- O serviço de saúde responsável pelo atendimento tomará as medidas cabíveis, para assegurar os direitos previdenciários e a assistência médica, farmacêutica e odontológica gratuita ao trabalhador acidentado.

4.1- O serviço de saúde preencherá o verso da CAT, anotará a evolução, as condutas, os procedimentos médicos e parâmetros na Ficha Clínica do Prontuário Médico - fará o controle do comparecimento do trabalhador, no Cartão de Consulta do Acidentado - CCA ou outro instrumento de registro e comunicará a alta de tratamento que não ultrapasse 15 dias.

4.2- Os eventos morbidos responsáveis por afastamento superiores a 15 dias e aqueles que resultem em sequelas indenizáveis, serão encaminhados à perícia médica do INSS pelo preenchimento do formulário - Requisição de Exame Médico-Pericial - REMP - sem prejuízo no plano terapêutico. No caso do trabalhador rural o encaminhamento deverá ser feito no primeiro dia.

4.2.1 - Estão excluídos desta avaliação os casos internados ou impedidos de se locomoverem, os quais serão submetidos a exame médico pericial em domicílio ou hospitalar.

4.3 - A CAT devidamente preenchida será encaminhada à agência do INSS ou na falta desta à agência do correio, a qual o serviço de saúde esteja vinculado, para caracterização administrativa e técnica do evento com o acidente do trabalho para fins de percepção dos benefícios previdenciários, com recomendação de não ultrapassar 10 dias contados a partir de seu recebimento.

4.4- Ocorrendo agravamento ou seqüela do evento morbido que resulte em reabertura do benefício, caberá ao médico de atendimento preencher a REMP e encaminhá-la à perícia médica do INSS para estabelecer o nexo de causa e efeito.

4.5- Quando a nível de serviço de saúde não houver disponibilidade do recurso necessário à assistência médica, farmacêutica e odontológica o mesmo encaminhará o segurado ao NST para as providências devidas.

4.6- Em casos de necessidade de órteses e próteses o segurado deverá ser encaminhado ao NST que asignará o SUS e INSS para as devidas providências.

5- Os serviços de atendimentos médico ao trabalhador acidentado ou portador de doença profissional ou do trabalho, sejam públicos, filantrópicos ou privados independentemente da sua vinculação com o SUS, deverão encaminhar aos Centros de Referência ou Núcleos de Saúde do Trabalhador, cópia do prontuário médico.

6- O INSS após caracterização ou não do acidente ou doença do trabalho, deverá encaminhar ao Centro de Referência ou Núcleo de Saúde do Trabalhador a 2ª via da CAT já numerada.

Florianópolis,

JOÃO CHIZZO FILHO
Secretário de Estado da Saúde

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

Termo Aditivo ao Contrato Original que entre si firmam a Secretaria de Estado da Saúde/Fundo Estadual de Saúde e a Empresa TAP-ATACADO DE ALIM. E BEBIDAS LTDA OBJETIVO: Prorrogar o prazo por 4 (meses) com início em 01.05.93, o Contrato para prestação de Serviços de Fornecimento nº 01/93

VALOR: R\$ 556.777.472,32
Todas as demais cláusulas contratuais permanecem íntegras e inalteradas.

E assim por estarem acordos as partes assinam o presente instrumento em três vias de igual teor e forma, em duas cópias autênticas, uma para cada parte e uma para os autos.

Florianópolis, 01 de maio de 1993

Representante da Contratada
Luiz José Ferreira
Diretor Administrativo/SES. ICMP 4152/936

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

Termo Aditivo ao Contrato Original que entre si firmam a Secretaria de Estado da Saúde/Fundo Estadual de Saúde e a Empresa TAP-ATACADO DE ALIM. E BEBIDAS LTDA OBJETIVO: Prorrogar o prazo por 4 (meses) com início em 01.05.93, o Contrato para prestação de Serviços de Fornecimento nº 02/93

VALOR: R\$ 698.075.246,80
Todas as demais cláusulas contratuais permanecem íntegras e inalteradas.

E assim por estarem acordos as partes assinam o presente instrumento em três vias de igual teor e forma, em duas cópias autênticas, uma para cada parte e uma para os autos.

Florianópolis, 01 de maio de 1993

Representante da Contratada
Luiz José Ferreira
Diretor Administrativo/SES

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

Termo Aditivo ao Contrato Original que entre si firmam a Secretaria de Estado da Saúde/Fundo Estadual de Saúde e a Empresa INDI-IND. DIST. PROD. BOVINOS LTDA OBJETIVO: Prorrogar o prazo por 4 (meses) com início em 01.05.93, o Contrato para prestação de Serviços de Fornecimento nº 03/93

VALOR: R\$ 10.556.737.216,20
Todas as demais cláusulas contratuais permanecem íntegras e inalteradas.

E assim por estarem acordos as partes assinam o presente instrumento em três vias de igual teor e forma, em duas cópias autênticas, uma para cada parte e uma para os autos.

Florianópolis, 01 de maio de 1993

Representante da Contratada
Luiz José Ferreira
Diretor Administrativo/SES.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

Termo Aditivo ao Contrato Original que entre si firmam a Secretaria de Estado da Saúde/Fundo Estadual de Saúde e a Empresa PEXIAXIPA DO CENCO DE FRV M. JACQUES M OBJETIVO: Prorrogar o prazo por 4 (meses) com início em 01.05.93, o Contrato para prestação de Serviços de Fornecimento nº 03/93

VALOR: R\$ 1.612.348.000,00
Todas as demais cláusulas contratuais permanecem íntegras e inalteradas.

E assim por estarem acordos as partes assinam o presente instrumento em três vias de igual teor e forma, em duas cópias autênticas, uma para cada parte e uma para os autos.

Florianópolis, 01 de maio de 1993

Representante da Contratada
Luiz José Ferreira
Diretor Administrativo/SES.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

Termo Aditivo ao Contrato Original que entre si firmam a Secretaria de Estado da Saúde/Fundo Estadual de Saúde e a Empresa TAP-ATACADO DE ALIM. E BEBIDAS LTDA OBJETIVO: Prorrogar o prazo por 4 (meses) com início em 01.05.93, o Contrato para prestação de Serviços de Fornecimento nº 02/93

VALOR: R\$ 698.075.246,80
Todas as demais cláusulas contratuais permanecem íntegras e inalteradas.

E assim por estarem acordos as partes assinam o presente instrumento em três vias de igual teor e forma, em duas cópias autênticas, uma para cada parte e uma para os autos.

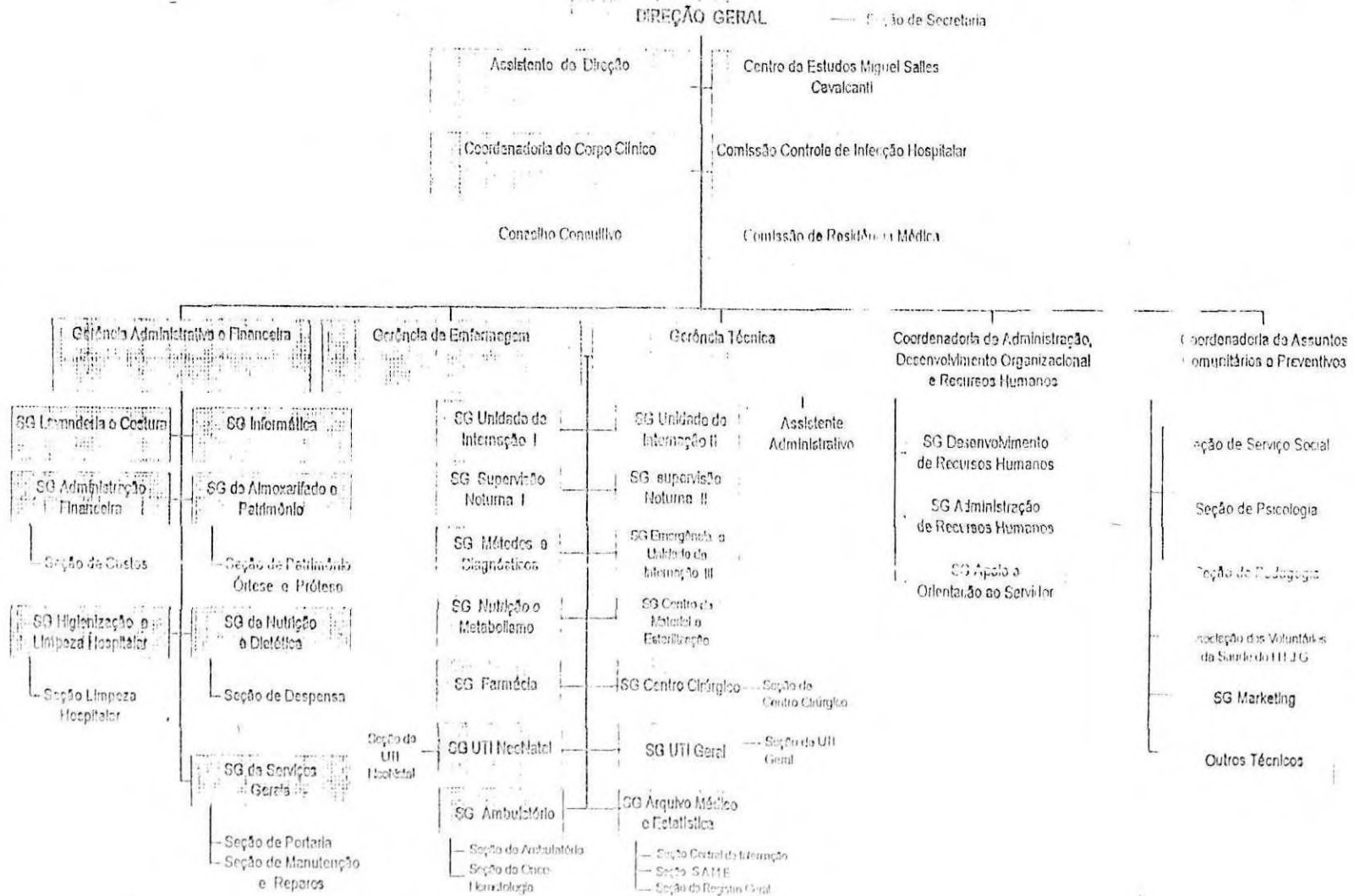
Florianópolis, 01 de maio de 1993

Representante da Contratada
Luiz José Ferreira
Diretor Administrativo/SES.

ANEXO III

ORGANOGRAMA DO HOSPITAL INFANTIL JOANA DE GUSMÃO

Hospital Infantil Joana de Gusmão



ANEXO IV

NR-5 — COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES — CIPA

Com a redação dada pela Portaria SSMT n. 33, de 27.10.1983, DOU 31.10.83

5.1 As empresas privadas e públicas e os órgãos governamentais que possuam empregados regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho — CLT, ficam obrigados a organizar e manter em funcionamento, por estabelecimento, uma Comissão Interna de Prevenção de Acidentes — CIPA.

5.2 A CIPA tem como objetivo observar e relatar condições de risco nos ambientes de trabalho e solicitar medidas para reduzir até eliminar os riscos existentes e/ou neutralizar os mesmos, discutir os acidentes ocorridos, encaminhando aos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho e ao empregador o resultado da discussão solicitando medidas que previnam acidentes semelhantes e, ainda, orientar os demais trabalhadores quanto à prevenção de acidentes.

5.3 A CIPA será composta de representantes do empregador e dos empregados, de acordo com as proporções mínimas estabelecidas no Quadro I desta NR ou com aquelas estipuladas em outras NR.

5.3.1 A composição da CIPA deverá obedecer a critérios que permitam estar representada a maior parte dos setores do estabelecimento, não devendo faltar, em qualquer hipótese, a representação dos setores que ofereçam maior risco ou que apresentem maior número de acidentes.

5.3.2 Haverá, na CIPA, tantos suplentes quantos forem os representantes titulares, sendo a suplência específica de cada titular e pertencendo ao mesmo setor.

5.3.3 Quando o estabelecimento não se enquadrar no Quadro I desta NR, a administração deverá designar um responsável pelo cumprimento das atribuições desta NR, devendo o empregador promover seu treinamento para tal fim, conforme o disposto no item 5.2.1.

5.3.4 Os membros titulares da CIPA, designados pelo empregador, não poderão ser reconduzidos para mais de dois mandatos consecutivos.

5.4 Organizada a CIPA, a mesma deverá ser registrada no órgão regional do Ministério do Trabalho — MTb, até 10 (dez) dias após a eleição.

5.4.1 O registro da CIPA será feito mediante requerimento ao Delegado Regional do Trabalho ou Delegado do Trabalho Marítimo, acompanhado de cópia das atas da eleição e da instalação e posse, contendo o calendário anual das reuniões ordinárias da CIPA, constando dia, mês, hora e local de realização das mesmas.

5.4.2 Após cada eleição, a empresa fica obrigada a encaminhar à DRT ou DTM as atas e o calendário referidos no subitem 5.4.1.

5.5 Os representantes dos empregados, titulares e suplentes, serão eleitos em escrutínio secreto.

5.5.1 Assumirão a condição de membros titulares os candidatos mais votados.

5.5.1.1 Em caso de empate, assumirá o candidato que tiver maior tempo no estabelecimento.

5.5.2 Os demais candidatos votados assumirão a condição de suplentes, obedecendo a ordem decrescente de votos recebidos, respeitando o disposto nos subitens 5.3.2 e 5.5.1.1.

5.5.2.1 Os candidatos votados e não eleitos como titulares ou suplentes deverão ser relacionados na ata da eleição e apuração, em ordem decrescente de votos, possibi-

litando sua nomeação posterior, em caso de vacância de suplentes.

5.5.3 A eleição deverá ser realizada durante o expediente normal da empresa, respeitados os turnos, e será obrigatória, devendo ter a participação de, no mínimo, a metade mais um do número de empregados de cada setor.

5.5.4 Para cada eleição deverá haver uma folha de votação que ficará arquivada na empresa por um período mínimo de 3 (três) anos.

5.5.5 A autoridade regional competente poderá anular a eleição quando constatar qualquer irregularidade na sua realização.

5.5.6 O mandato dos membros eleitos da CIPA terá a duração de 1 (um) ano, permitida uma reeleição.

5.5.6.1 O disposto no subitem 5.5.6 não se aplica ao membro suplente que durante o seu mandato tenha participado de menos da metade do número de reuniões da CIPA.

5.5.7 A eleição para o novo mandato da CIPA deverá ser convocada pelo empregador, com prazo mínimo de 45 (quarenta e cinco) dias antes do término do mandato e realizada com antecedência mínima de 30 (trinta) dias do término do mandato.

5.6 O membro titular perderá o mandato, sendo substituído pelo suplente quando faltar a mais de 4 (quatro) reuniões ordinárias sem justificativa.

5.7 Os membros da CIPA, eleitos e designados para um novo mandato, serão empossados automaticamente no 1º (primeiro) dia após o término do mandato anterior.

5.8 O empregador designará, anualmente, dentre os seus representantes titulares, o Presidente da CIPA.

5.9 O Vice-Presidente da CIPA será escolhido pelos representantes dos empregados, dentre os seus titulares.

5.10 O Presidente da CIPA será substituído pelo Vice-Presidente nos seus impedimentos eventuais ou afastamentos temporários.

5.11 O suplente assumirá como membro titular nas condições a seguir discriminadas, devendo o empregador comunicar ao órgão regional do MTb as alterações e justificar os motivos:

a) quando tiver participado de mais de quatro reuniões ordinárias da CIPA, como substituto do titular, que faltou por motivo não justificado previamente;

b) quando ocorrer cessação do contrato de trabalho do membro titular.

5.11.1 Nos impedimentos eventuais ou afastamentos temporários do Presidente da CIPA o seu suplente assumirá o lugar de representante titular do empregador e não as funções do Presidente.

5.11.2 Nos impedimentos eventuais ou afastamentos temporários do Vice-presidente, o seu suplente assumirá o lugar de representante titular dos empregados e não as funções do Vice-Presidente.

5.12 Ocorrendo cessação do contrato de trabalho do Presidente da CIPA ou o previsto no item 5.6, o empregador deverá designar novo Presidente, preferencialmente dentre os seus representantes titulares, no prazo de 48 (quarenta e oito) horas, devendo ser empossado no ato.

5.13 Ocorrendo cessação do contrato de trabalho do Vice-Presidente da CIPA ou o previsto no item 5.6, os re-

5.21.2 Ficam desobrigados de freqüentar o curso referido no item 5.21 desta NR, os membros da CIPA que tenham registro no Ministério do Trabalho, conforme NR específica, ou os que já possuam certificado deste curso, devendo, entretanto, participarem de cursos de atualização promovidos pela empresa.

5.21.3 O curso referido no item 5.21 deverá ser realizado de preferência pelo SESMT da empresa e, na impossibilidade, por entidades especializadas em segurança do trabalho, entidades sindicais para a categoria profissional correspondente ou ainda por centros e empresas de treinamento, todos credenciados, para esse fim, no órgão regional do MTb.

5.22 Compete ao empregador:

a) prestigiar integralmente a CIPA, proporcionando aos seus componentes os meios necessários ao desempenho de suas atribuições;

b) convocar eleições para escolha dos representantes dos empregados na CIPA, até 45 (quarenta e cinco) dias antes do término do mandato;

c) promover cursos de atualização para os membros da CIPA;

d) cuidar para que todos os titulares de representações na CIPA compareçam às reuniões ordinárias e/ou extraordinárias;

e) encaminhar ao órgão regional do MTb, trimestralmente, até o dia 30 dos meses de janeiro, abril, julho e outubro, o Anexo I, devidamente preenchido, podendo ser entregue contra recibo ou através de serviço postal (A.R.).

5.23 Compete aos empregados:

a) eleger seus representantes na CIPA;

b) indicar à CIPA e ao SESMT situações de risco e apresentar sugestões para melhoria das condições de trabalho;

c) observar as recomendações, quanto à prevenção de acidentes, transmitidas pelos membros da CIPA.

5.24 A CIPA se reunirá com todos os seus membros, pelo menos uma vez por mês, em local apropriado e durante o expediente normal da empresa obedecendo ao calendário anual.

5.25 Sempre que ocorrer acidente que resulte em morte, perda de membro ou de função orgânica e, ainda, cause prejuízo de grande monta, a CIPA se reunirá em caráter extraordinário no prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas após a ocorrência do acidente, podendo ser exigida a presença do responsável pelo setor onde ocorreu o mesmo.

5.26 Registrada a CIPA no órgão regional do MTb, a mesma não poderá ter seu número de representantes reduzido, bem como não poderá ser desativada pelo empregador antes do término do mandato de seus membros, ainda que haja redução do número de empregados da empresa, exceto nos casos em que houver encerramento da atividade do estabelecimento.

5.27 Os membros titulares da CIPA representantes dos empregados não poderão sofrer despedida arbitrária, entendendo-se como tal a que não se fundar em motivo disciplinar, técnico, econômico ou financeiro.

5.27.1 Ocorrendo a despedida, caberá ao empregador, em caso de reclamação à Justiça do Trabalho, comprovar a existência de quaisquer dos motivos mencionados no item 5.27, sob pena de ser condenado a reintegrar o empregado.

5.28 A CIPA das empresas que trabalhem em regime sazonal será constituída considerando-se a média aritmética do número de empregados do ano civil anterior e obedecendo o Quadro I, anexo.

5.29 A CIPA poderá ter acesso aos Quadros III, IV, V e VI referidos na alínea "i", do item 4.12, da NR 4, quando julgar necessário.

5.30 A CIPA, para atender ao disposto na alínea "g", do item 5.16, deverá manter um livro apropriado, previamente autenticado pelo órgão regional do MTb.

5.31 Quando se tratar de empreiteiras ou empresas prestadoras de serviços, considera-se estabelecimento, para fins de aplicação desta NR, o local em que os seus empregados estiverem exercendo suas atividades.

5.31.1 As empreiteiras ou empresas prestadoras de serviços, contratadas que, pelo número de empregados, não se enquadrarem no Quadro I anexo, poderão participar da CIPA da empresa contratante, mediante acordo entre ambas.

ANEXOS V

Caros funcionários, gostaria de contar com sua contribuição para o preenchimento deste formulário, para que a partir dele, possamos propor mudanças em relação ao acidente de trabalho, bem como sua prevenção no Hospital Infantil Joana de Gusmão.

ROTEIRO DE PERGUNTAS

1) IDENTIFICAÇÃO

Nome:.....

Grau de instrução.....Data de admissão.....

Cargo/função:.....Setor:.....

2) O que é para você acidente de trabalho?

.....
.....
.....

3) Você já obteve algum tipo de informação que tratasse da questão sobre acidentes e prevenção de acidente de trabalho?

Curso Palestra Reuniões Não
 outros

4) Você já sofreu algum acidente de trabalho no Hospital Infantil Joana de Gusmão?

Sim Não

Como você procedeu

.....
.....

5) Você conhece algum caso de acidente de trabalho no Hospital Infantil Joana de Gusmão?

Sim Não

O que aconteceu?

.....
.....

6) A função que você exerce proporciona risco de acidente?

Sim Não

Por que?

7) O que você faria caso sofresse um acidente de trabalho?

.....
.....

8) Em caso de acidente de trabalho, você sabe quais são os procedimentos adotados?

Sim Não

Se a resposta for sim, descreva quais são

.....
.....

9) Como você procura evitar acidentes de trabalho?

usando luvas;

cadeiras especiais;

proteção para os pés;

descanso para os pés;

outros.

Quais?

.....
.....

10) Em caso de acidente de trabalho sem afastamento das funções (atestado) você comunica o Departamento de RH?

Sim Não

11) O que você acha que o HIJG poderia fazer para evitar os acidentes de trabalho?

.....
.....

12) O que o HIJG poderia fazer diante da existência de um acidente de trabalho?

.....
.....

ANEXO VI

CONDIÇÕES PATOLÓGICAS PREEXISTENTES

DURAÇÃO PROVAVEL DO TRATAMENTO _____ DIAS	DURAÇÃO PROVAVEL DO AFASTAMENTO DO TRABALHO _____ DIAS	CID
--	---	---------

AVALIAÇÃO INICIAL DA GRAVIDADE DO ACIDENTE

1 - ACIDENTE LEVE: COM LESÃO SEM PERDA FUNCIONAL DA PARTE DO CORPO ATINGIDA.

2 - ACIDENTE MODERADO: COM LESÃO ONDE HÁ PERDA FUNCIONAL DA PARTE DO CORPO ATINGIDA DE FORMA TEMPORÁRIA.

3 - ACIDENTE GRAVE: COM LESÃO ONDE HÁ PERDA FUNCIONAL DA PARTE DO CORPO ATINGIDA, PORÉM PASSAR DE TEMPORÁRIO PARA PERMANENTE.

4 - ÓBITO.

DATA	CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ASSISTENTE
------	---

EXCLUSIVO DA GESAS

PARECER

CHARACTERIZADO COMO AT	DATA	CARIMBO E ASSINATURA DO PERITO
------------------------	------	--------------------------------



ORGÃO		CARGO		NOME	
SERVIDOR		MÁTICULA		NOME	
EMPREGO RESIDENCIAL				FORE	
CARGO			LOTAÇÃO		
DATA DE ENVIO	SEXO	ESTADO CIVIL	ESTRUTURA	GRAU DE INSTRUÇÃO	
DATA DE ADMISSÃO	HORÁRIO DE TRABALHO		HORAS DE TRABALHO SEMANAL		
ATIVIDADE QUE EXECUTA		MÁTICULA		VESPULTINO	
				SETOR	
DATA	ASSINATURA DO SERVIDOR OU RESPONSÁVEL				

ACIDENTE

DESCRIÇÃO					
LOCAL/ENDEREÇO				Nº	CEP
BAIRRO			MUNICÍPIO		UF
NÚM. REGISTRO POLICIAL		TIPO			
<input type="checkbox"/> S - SIM <input type="checkbox"/> N - NÃO		<input type="checkbox"/> 1 - TÍPICO <input type="checkbox"/> 2 - TRAÍTO <input type="checkbox"/> 3 - DOENÇA			
DATA	HORA	OCORREU APÓS QUANTAS HORAS DE TRABALHO			
TAREFA QUE ESTAVA EXECUTANDO					CÓDIGO
AGENTE CAUSADOR DO AT					CÓDIGO
TIPO E FORMA DE CONTATO					CÓDIGO
PARTE DO CORPO ATINGIDA		CÓDIGO	CÓDIGO	CÓDIGO	CÓDIGO
OBJETO OU FONTE CAUSADORA DAS LESÕES					CÓDIGO
NATUREZA DAS LESÕES					CÓDIGO
DATA	CARIMBO E ASSINATURA				

ADP-0031

ANEXO VII

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SANTA CATARINA
 HOSPITAL INFANTIL JOANA DE GUSMÃO
 SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

LEVANTAMENTO DOS ACIDENTES OCUPACIONAIS OCORRIDOS NO HIJG DE
 JANEIRO DE 1999 A ABRIL DE 2000.

Tabela 1- CATEGORIA PROFISSIONAL X ACIDENTES OCUPACIONAIS

Categoria Profissional	Quantidade de acidentes ocorridos	Nº. de profissionais que atuam no HIJG	%
Médicos	8	104	7,6
Enfermeiros	10	35	28,5
Auxiliares e Técnicos de Enfermagem	32	205	15,6
ASG	4	47	8,5
Total	54	391	13,8

No levantamento efetuado no período de jan/99 a abril de 2000 54 funcionários se acidentaram com material perfuro-cortante no HIJG, dando uma incidência de 13,8% das categorias funcionais acima. A maior incidência ocorreu no grupo de enfermeiros, seguido dos técnicos e auxiliares de enfermagem.

Num estudo efetuado em conjunto por Sakaue & Helene e a CCIH do Hospital Emílio Ribas em dois hospitais de São Paulo foi encontrado uma prevalência de 30% de acidentes perfurocortantes, sendo que a notificação dos mesmos ocorreu em apenas 30 a 50% dos casos. Em nosso hospital também percebemos a ocorrência de acidentes onde o profissional envolvido não comunica a ocorrência ou demora muito a notificar, dificultando as providências a serem tomadas e levando a indicadores epidemiológicos falhos.

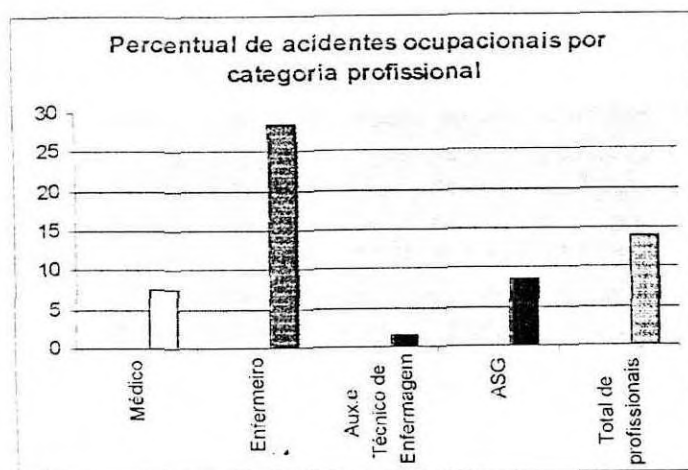


Tabela 3- Percentual de Acidentes Ocupacionais- Jan/97 a Jul/98 X Jan/99 a Abril/00.

Setor	Nº de acidentes Jan/97 a Jul/98	Nº de acidentes Jan/99 a Abril/00
UTI Geral	4	6
E. Ext.	6	15
E. Int.	2	11
Oncologia		1
Ambulatório	1	1
U. D	8	4
U. C		3
U B	2	6
U A	2	3
Berçário		1
C. Cirúrgico	3	3
UTI Neo	3	
Isolamento	1	

Quando comparamos estes dados com o relatório de jan/97 a jul/98 onde o total de acidentes foi de 32 , número pacientes envolvidos 8 HIV + e quando à quimioprofilaxia foram realizadas em 9 funcionários, constatamos que o número de acidentes aumentou muito, fato **bastante preocupante**.