

INSTITUTO DE GEOGRAFIA PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE  
AMBIENTAL E SAÚDE DO TRABALHADOR (PPGAT)

LILIAN CAZAROTTI ARANTES

**NOTIFICAÇÃO DOS ACIDENTES DE TRABALHO GRAVES NA REDE SUS  
UBERLÂNDIA (MG).**

UBERLÂNDIA  
2018

LILIAN CAZAROTTI ARANTES

**NOTIFICAÇÃO DOS ACIDENTES DE TRABALHO GRAVES NA REDE SUS  
UBERLÂNDIA (MG).**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador da Universidade Federal de Uberlândia, Instituto de Geografia (PPGAT), como requisito obrigatório para obtenção do título de Mestre.

Linha de Pesquisa: Saúde do Trabalhador

Orientador(a): Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Rosiane de Araújo Ferreira Polido

UBERLÂNDIA  
2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
Sistema de Bibliotecas da UFU, MG, Brasil.

---

A662n  
2018

Arantes, Lilian Cazarotti, 1970-  
Notificação dos acidentes de trabalho graves na rede SUS  
Uberlândia (MG) [recurso eletrônico] / Lilian Cazarotti Arantes. - 2018.

Orientadora: Rosiane de Araújo Ferreira Polido.  
Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Federal de  
Uberlândia, Programa de Pós-Graduação em Geografia.  
Modo de acesso: Internet.  
Disponível em: <http://dx.doi.org/10.14393/ufu.di.2018.958>  
Inclui bibliografia.  
Inclui ilustrações.

1. Geografia médica. 2. Saúde e trabalho. 3. Acidentes de trabalho -  
Uberlândia (MG). 4. Saúde pública - Uberlândia (MG). I. Polido,  
Rosiane de Araújo Ferreira (Orient.) II. Universidade Federal de  
Uberlândia. Programa de Pós-Graduação em Geografia. III. Título.

---

CDU: 910.1:61

Gerlaine Araújo Silva - CRB-6/1408

## LILIAN CAZAROTTI ARANTES

### SUBNOTIFICAÇÃO DOS ACIDENTES DE TRABALHO GRAVES NA REDE SUS UBERLÂNDIA, MG.

Data: 14/05/2018.

Resultado: \_\_\_\_\_.

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador (PPGAT) como parte das exigências à obtenção do título de mestre.

Área de concentração: Saúde do Trabalhador.

### BANCA EXAMINADORA

*Rosiane Polido*

---

Profa. Dra. Rosiane Araújo Ferreira Polido(Orientadora)  
Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFU)

---

*João Donizete de Lima*  
Prof. Dr. João Donizete de Lima – Convidado Externo  
Universidade Federal de Goiás- Regional de Catalão

---

*Antônio Carlos Freire Sampaio*  
Prof. Dr. Antônio Carlos Freire Sampaio– Convidado Interno  
Universidade Federal de Uberlândia (UFU)

## **AGRADECIMENTOS**

À Deus, que nunca me abandonou, sempre presente em todos os momentos da minha vida, sobretudo os mais difíceis;

Aos meus pais e irmãos, que me deram força e coragem;

Aos meus filhos Maurity, Pedro, Laura e a minha nora Paola que me incentivaram e apoiaram em mais uma conquista em minha carreira;

Ao meu esposo, Rogério por suas palavras constantes de incentivo para atingir meu objetivo;

Aos colegas de trabalho pela disponibilidade e pela demonstração de amizade e companheirismo;

A Universidade Federal de Uberlândia (UFU), por proporcionar a possibilidade de realizar uma pós-graduação de qualidade;

Por fim, agradeço com todo carinho minha orientadora Prof. Dra. Rosiane Araújo Ferreira Polido pelo incentivo na realização desta pesquisa e por sua paciência na correção de meus erros.

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho a minha amada família, meus irmãos por sempre estarem presentes, aos meus filhos e nora pelo apoio, amizade e companheirismo e ao meu amado esposo pela atenção e carinho nesses anos de convivência.

## **RESUMO**

Os acidentes relacionados ao trabalho tornaram-se, nos últimos anos, objeto de estudo crescente por parte dos pesquisadores, uma vez que trazem prejuízos sociais e financeiros relevantes não só aos trabalhadores e empregadores, mas para toda sociedade, motivo pelo qual constitui-se um importante problema de saúde pública. Conhecer o impacto do trabalho sobre a saúde é imprescindível para a obtenção de informações confiáveis que auxiliem na formulação de políticas públicas voltadas a saúde do trabalhador. O Ministério da Saúde, a partir da Política Nacional de Saúde do Trabalhador, instituiu a notificação compulsória dos acidentes de trabalho graves por meio de ficha específica sistematizada pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN. Contudo, a subnotificação é uma realidade constatada em vários estudos já publicados o que dificulta o levantamento de dados fidedignos. A partir dessa lógica, a Notificação Compulsória de Acidentes de Trabalho Graves se torna uma ferramenta essencial para o conhecimento da realidade. Porquanto, o presente estudo teve por objetivo dimensionar a subnotificação dos ATG's em Uberlândia e fatores relacionados, na perspectiva dos profissionais notificadores das unidades notificadoras da rede SUS municipal. Para tanto, utilizou-se como instrumento de pesquisa duas técnicas: a pesquisa documental e a pesquisa de campo, sendo que essa última contemplou a aplicação de um questionário aos profissionais de saúde da rede SUS responsáveis pelo preenchimento das fichas de notificação compulsória em nove Unidades Notificadoras. Concluiu-se que no Município de Uberlândia (MG) a subnotificação de acidentes de trabalho graves deve-se e a inexistência de núcleos epidemiológicos em todas as unidades notificadoras; a falta de conscientização dos profissionais notificadores quanto a sua importância no processo de vigilância; a efetivação do trabalho em rede nas unidades do SUS; a consolidação de estratégias interinstitucionais entre INSS e CEREST.

**Palavras-Chave:** Saúde do Trabalhador. Notificação. Acidentes de Trabalho. Subnotificação

## ABSTRACT

In recent years, work-related accidents have become growing study subject by researchers, since they bring significant social and financial harm not only to workers and employers, but also to society as a whole, reason why it is such an important public health problem. Knowing the impact of work on health is essential for obtaining reliable information that helps in the formulation of public policies aimed at worker health. The Ministry of Health, based on the National Policy on Occupational Health, instituted compulsory notification of serious work accidents by means of a specific form systematized by the Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN. However, underreporting is a reality in several published studies, which makes it difficult to collect reliable data. From this logic, the Compulsory Notification of Serious Occupational Accidents becomes an essential tool for the knowledge of reality. The purpose of this study was to assess the underreporting of ATG's in Uberlândia and related factors, from the perspective of the notifying professionals of the notifying units of the municipal SUS network. For this purpose, two techniques were used: documentary research and field research, the latter of which contemplated the application of a questionnaire to health professionals from the SUS network responsible for completing the compulsory notification sheets in nine Units Notifiers. It was concluded that in the Municipality of Uberlândia (MG) the underreporting of serious work accidents is due to the absence of epidemiological nuclei in all the reporting units; the lack of awareness among the notifying professionals of their importance in the surveillance process; the implementation of networking in SUS units; the consolidation of interinstitutional strategies between INSS and CEREST.

**Keywords:** Workers health. Notification. Work's Accident. Subnotification

## LISTA DE SIGLAS

AT	Acidente do Trabalho
ATG	Acidente de Trabalho Grave
CAT	Comunicação de Acidente de Trabalho
CEMEPI	Centro Nacional de Epidemiologia
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CIPA	Comissão Interna de Prevenção de Acidentes
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
HCU	Hospital de Clínicas de Uberlândia
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
INSS	Instituto Nacional de Previdência Social
MPT	Ministério Público do Trabalho
TEM	Ministério do Trabalho e Emprego
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OPAS	Organização Pan Americana de Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PA	Pronto Atendimento
PIB	Produto Interno Bruto
PNST	Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RENAST	Rede Nacional de Atenção Integrada a Saúde do Trabalhador
SAT	Seguro de Acidente de Trabalho
SIS	Sistema de Informação em Saúde
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINDUSCON-TAP	Sindicato da Indústria da Construção Civil do Triângulo Mineiro e Alto Paranaíba
SINTEST	Sindicato dos Técnicos de Segurança do Trabalho de Minas Gerais
SINTICOM TAP	Sindicato dos Trabalhadores nas Indústrias da Construção e Mobiliário de Triângulo Mineiro e Alto Paranaíba
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e esclarecido
UAI	Unidades de Atendimento Integrado
UBS	Unidade Básica de Saúde
UBSF	Unidade Básica de Saúde da Família
UFU	Universidade Federal de Uberlândia
VISAT	Vigilância em Saúde do Trabalhador

## **LISTA DE QUADROS**

Quadro 1 – Requisitos para o acidente de trabalho.....	17
Quadro 2 – Critérios objetivos para a definição de ATG.....	18
Quadro 3 – Relatórios do ATG (INSS x SINAN).....	38
Quadro 4 – Preparo dos profissionais para o exercício da função.....	47

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 - Dados demográficos, profissionais e de capacitação dos profissionais notificadores de ATG nas unidades de pronto atendimento do SUS, Uberlândia, 2017.....	41
---	----

## **LISTA DE GRÁFICOS**

Gráfico 01 - Importância da notificação compulsória de ATG.....	44
Gráfico 02 - Dificuldades no preenchimento da ficha de notificação compulsória de ATG....	45

## **LISTA DE FIGURAS**

Figura 01 - Macro Triângulo Norte.....	34
--	----

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>13</b>
<b>2. REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>16</b>
<b>2.1 Conceito de acidente de trabalho e classificação do ATG .....</b>	<b>16</b>
<b>2.2 Aspectos epidemiológicos do ATG no mundo e no Brasil .....</b>	<b>19</b>
<b>2.3 A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora e a Rede de Atenção à Saúde do Trabalhador .....</b>	<b>24</b>
<b>2.4 A problemática da subnotificação .....</b>	<b>29</b>
<b>3. MATERIAIS E MÉTODOS .....</b>	<b>31</b>
<b>3.1 Tipo de Estudo.....</b>	<b>31</b>
<b>3.2 Etapas da pesquisa, local do estudo, população, amostra, instrumentos de pesquisa. ....</b>	<b>32</b>
<b>3.3 Critérios de inclusão e exclusão.....</b>	<b>33</b>
<b>3.4 Local da pesquisa de campo .....</b>	<b>34</b>
<b>3.5 Questões éticas da pesquisa .....</b>	<b>36</b>
<b>3.6 Análise dos dados .....</b>	<b>36</b>
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>38</b>
<b>4.1 Análise dos dados secundários.....</b>	<b>38</b>
<b>4.2 Análise descritiva dos dados primários.....</b>	<b>41</b>
<b>4.3 Análise temática.....</b>	<b>44</b>
<b>5 CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>48</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>50</b>
<b>APÊNDICE A- INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....</b>	<b>59</b>
<b>ANEXO A – FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE ATG .....</b>	<b>60</b>
<b>ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO NO CEP .....</b>	<b>62</b>
<b>ANEXO C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....</b>	<b>67</b>

## 1. INTRODUÇÃO

Os acidentes de trabalho constituem-se um importante problema de saúde pública no Brasil e no mundo, especialmente em uma sociedade industrial capitalista onde o trabalhador vende sua força de trabalho para o dono do capital. (BRASIL, 2006b).

Com a Revolução Industrial no século XIII, as mudanças na organização produtiva das indústrias tornou o ambiente de trabalho mais perigoso para o trabalhador.

No Brasil, desde o início do século XXI, tem-se assistido a um aumento substancial do crescimento econômico. Com o processo de globalização mundial da economia e a maior abertura dos mercados, o mundo tornou-se uma aldeia global com adoção de estratégias neodesenvolvimentistas que tiveram como consequência visível o aumento de acidentes de trabalho. (CAMPOS; GURGEL 2016).

Conceitualmente, o acidente de trabalho é explicado como o acidente que decorre do exercício do trabalho a serviço da empresa provocando lesão corporal ou perturbação funcional, causando a morte, a perda ou redução permanente ou temporária, da capacidade laboral (OLIVEIRA, 1996; MARTINS, 2010).

O elevado número de acidentes de trabalho, bem como das doenças ocupacionais tem como causa principal as falhas no cumprimento das normas regulamentadoras, nas falhas quanto aos projetos de trabalho, nas longas jornadas de trabalho e na falta de utilização de equipamentos de segurança (TEIXEIRA, 2012).

No Brasil a Portaria GM/Ministério da Saúde nº 1679, implanta a Rede de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), em 2002, responsável pela Vigilância e a indução das políticas de saúde do trabalhador, tais como as ações de promoção, prevenção e atenção integral da saúde em contextos complexos envolvendo a produção, o trabalho, ambiente e saúde (BRASIL, 2002a).

A principal estratégia da RENAST foi à implantação dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) em todo território nacional, buscando operacionalizar as ações de vigilância em saúde do trabalhador de forma regional à partir das notificação dos acidentes de trabalho no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) do Ministério da Saúde. A Portaria GM/MS nº 777/2004, estabeleceu a lista de doenças e agravos de notificação compulsória relacionada ao trabalho, dos quais destaca-se o Acidente de Trabalho Grave (ATG) (BRASIL, 2004).

A notificação compulsória do ATG representa um grande avanço na Política de Saúde

do Trabalhador, tendo em vista a produção de dados epidemiológicos e a identificação dos riscos ambientais no trabalho, ou seja, uma ação essencial para a produção de um diagnóstico situacional de saúde do trabalhador, mesmo que em sua maioria, as notificações aconteçam considerando apenas os trabalhadores formais (ALVES, 2003; FERREIRA, 2012).

Segundo definição do Ministério da Saúde, é classificado ATG aquele que resulta em morte, aquele que resulta em mutilações e aquele que acontece com menores de dezoito anos (BRASIL, 2014a).

A notificação do ATG é uma ferramenta de suma importância para o planejamento da saúde do trabalhador, pois permite o conhecimento e monitoramento de situações de riscos e vulnerabilidades socioambientais (AUGUSTO, 2009; FERREIRA, 2012; GALDINO, SANTANA & FERRITE, 2012).

Acerca das informações sobre o ATG, a notificação é uma exigência legal, fornecendo dados relativos ao número e distribuição dos acidentes, as características das ocorrências e das vítimas. Considerando que a linha de cuidado para a prevenção do ATG tem como uma das principais portas de entrada os serviços de pronto atendimento do SUS, responsáveis pelo preenchimento da ficha de Notificação Compulsória de ATG (Anexo A), para posterior encaminhamento ao CEREST, que fará a investigação, vigilância e inclusão da ficha no SINAN, destaca-se a importância do papel do profissional notificador nestas unidades de saúde (NAPOLEÃO et al., 2000; ALVES, 2003; SANTANA & SILVA, 2009).

Após 14 anos da Portaria GM/MS nº 777/2004, revogada em 2014 pela Portaria GM/MS 1271/2014, vários estudos apontam a subnotificação dos acidentes de trabalho, sendo esse um dos principais desafios da Política Nacional de Saúde do Trabalhador em todo o território nacional (DIAS et al., 2011; BRASIL, 2012b).

A subnotificação dos ATG's impede o conhecimento da realidade e, consequentemente, a inserção nas agendas técnica e política dos gestores e conselhos de saúde.

Sabe-se que os registros sobre as ocorrências de acidentes de trabalho graves no mercado formal são mais precisos junto ao Ministério da Previdência, pelo Instituto Nacional de Serviço Social (INSS), tendo em vista as exigências da legislação para receberem os benefícios durante o afastamento do trabalho, do que os dados no SINAN (BRASIL, 2006a). Assim, são os trabalhadores cobertos pelo Seguro de Acidente de Trabalho (SAT) que acabam sendo a população objeto de notificação.

É ponto pacífico na literatura que a Saúde do Trabalhador no Brasil só terá seus objetivos alcançados com um planejamento estratégico e, para que isso ocorra, é primordial a

produção de indicadores confiáveis, que demonstrem a realidade da situação de saúde do trabalhador, incluindo aí o empregado formal, com vínculo na Previdência Social, e o trabalhador informal, que muitas vezes são vítimas da subnotificação (CORTEZ, 2001; CHIAVEGATTO & ALGRANTI, 2013; DRUMOND & SILVA, 2013; CAVALCANTE, 2015).

Trabalhando no CEREST desde 2007, uma das atividades desenvolvidas pela pesquisadora é a investigação e digitação de acidentes de trabalho graves no município. Tendo a certeza de que muitos dos ATG's atendidos nas unidades de pronto atendimento da rede SUS não são notificados e sabedora de que a falta de informações dificulta sobremaneira o conhecimento das reais condições que envolvem o trabalho, além de causar prejuízos significativos ao trabalhador, inclusive no que diz respeito a realização das vigilâncias no intuito de tornar mais seguro os ambientes e processos de trabalho, é necessário, urgentemente, fazer uma reflexão sobre essa questão e apontar soluções para melhora qualitativa e quantitativa das notificações de acidentes de trabalho graves. Sendo assim a pesquisadora possui interesse em verificar as causas da subnotificação no município de Uberlândia.

Feitas essas considerações de cunho preliminar, questiona-se: O preenchimento da ficha de notificação compulsória do ATG está sendo realizado nas unidades notificadoras de Uberlândia?

A partir desta problemática, o objetivo da presente pesquisa é dimensionar a subnotificação dos ATG's em Uberlândia e fatores relacionados, na perspectiva dos profissionais notificadores das unidades notificadoras da rede SUS municipal.

Quanto aos objetivos específicos buscar-se-á:

- a) Caracterizar o perfil dos profissionais responsáveis pelo preenchimento das fichas de notificação compulsória de ATG na rede SUS;
- b) Identificar as dificuldades na realização da notificação de ATG, na perspectiva do profissional notificador;

Assim, espera-se obter informações sobre a realidade no município de Uberlândia no que tange a subnotificação e propor recomendações para auxiliar em uma maior eficácia na notificação do ATG.

## 2. REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 Conceito de acidente de trabalho e classificação do ATG

Em linhas gerais, entende-se o acidente de trabalho como aquele que ocorre em razão das atividades exercidas pelo trabalhador, dentro da empresa ou fora dela, mas a serviço do empregador.

De acordo com Martins (2010), o acidente de trabalho é um acontecimento imprevisto ou de força maior, que resulta em dano à pessoa ou a coisa.

Para Nobre (2007), o acidente de trabalho é um fenômeno determinado, previsível e passível de prevenção.

Em seus estudos, Costa (2008) define que para classificar um acidente como de trabalho, deverá ter como resultado a lesão corporal, a perturbação funcional ou doença, no qual se constata a redução da capacidade de trabalho (temporária ou permanente) ou de morte para o trabalhador.

A legislação brasileira também se preocupou em estabelecer um conceito para o acidente de trabalho.

Art. 19. 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 a perda ou a redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho (BRASIL, 1991, p.1).

Conforme Martins (2010), o termo “*lesão corporal*” a qual faz referência ao artigo 19 da Lei nº 8.213/1991, considerando que pode ser entendido como qualquer agressão ao corpo, ou a debilitação de um órgão do corpo humano. Para o autor, também a perturbação funcional se caracteriza pelo prejuízo do funcionamento de qualquer órgão ou sentido do corpo humano, decorrente de doença ocupacional ou profissional, enfim, do acidente de trabalho propriamente dito.

Ao interpretar o artigo em tela, é possível concluir, a exemplo do que está relatado nas pesquisas que abordam este fenômeno, que o acidente de trabalho tem relação direta com as atividades exercidas pelo trabalhador, seja dentro da empresa ou a serviço dela.

Nesse sentido, Oliveira (2009) propõe a seguinte classificação para o acidente de trabalho:

[...]acidentes ou doenças provenientes de causas diversas, conjugando fatores do trabalho e extralaborais; acidentes ocorridos no local do trabalho, mas que não têm ligação direta com o exercício da atividade profissional; acidentes ocorridos fora do local da prestação dos serviços, mas com vínculo direto ou indireto com o cumprimento do contrato de trabalho e acidentes ocorridos no trajeto de ida ou volta da residência para o local do trabalho (...) (p.39).

Segundo a explanação de Oliveira et al., (2013), para que fique caracterizado o acidente de trabalho, este deve ter como resultado uma lesão física, psicológica ou doença para o trabalhador. A lesão, por sua vez, deve ter tido como resultado a incapacidade permanente, temporária ou na morte do trabalhador.

O autor supracitado acima também propõe uma classificação dos requisitos para a configuração do acidente de trabalho, relacionados no Quadro 01.

Quadro 01 – Requisitos para o acidente de trabalho

Causa	Trata-se do evento súbito que tenha causado lesão física ou mental ao trabalhador, sendo considerada como um evento inesperado e fortuito, não existindo, a priori, o dolo, a ação ou omissão.
Efeito	Diz respeito ao resultado do acidente de trabalho, que em regra é a lesão ao trabalhador. Essa lesão pode ser de natureza física, como mutilações, e alterações nos sentidos como a visão, a audição, ou ainda, de caráter psicológico.
Nexo causal entre a causa e o efeito	Também denominado como nexo etiológico, trata-se da ligação existente entre o acidente e as atividades exercidas pelo trabalhador.

Fonte: OLIVEIRA et al., 2013. p.32

Todavia, Teixeira (2012) sintetiza que o acidente de trabalho é um evento anormal, que ocorre durante ou pelo exercício laboral e que tem relação direta com a imprudência, negligência ou imperícia e que gera sérias consequências, sobretudo para os trabalhadores.

Por sua vez Martins (2010) amplia o conceito para todos os acontecimentos sofridos pelo empregado, ainda que este esteja fora do local e horário de trabalho: acidente ocorrido na execução de ordem ou na realização de serviço sob a autoridade da empresa; acidente ocorrido na prestação espontânea de qualquer serviço à empresa ou em viagem a serviço da empresa; ou ainda, o acidente sofrido durante o estudo quando este for financiado pela empresa visando à capacitação profissional, qualquer que seja o meio de locomoção utilizado pelo trabalhador.

Como se percebe, não existe um único conceito relacionado ao de acidentes de trabalho e são vários os fatores que isoladamente ou em conjunto podem levar a ocorrência do

mesmo.

Oportuno esclarecer que o conceito amplo de acidente de trabalho é resultado da luta empreendida pelos trabalhadores ao longo do tempo por melhores condições de trabalho. Nesse sentido Pereira e Stuchi (2014) explicam que essa luta começou no século XVIII, com a Revolução Industrial e continua até os dias de hoje.

Em relação à classificação dos acidentes de trabalho, eles podem ser: a) acidentes de trajeto, que ocorre entre o trajeto da casa para o trabalho e vice versa, sendo bastante comum a ocorrência de acidentes de trânsito que podem resultar em mutilações ou na morte do trabalhador; b) o acidente típico, que ocorre dentro do trabalho, como a queda do trabalhador de uma escada; c) e o acidente atípico que é aquele relacionado à doença profissional ou do trabalho (SILVA, 2014).

Quanto às causas dos acidentes, muitos deles estão relacionados com a conduta dos empregadores e dos trabalhadores ou com o ambiente e o processo de trabalho (MARTINS, 2010).

O ATG pode ser classificado conforme a sua natureza: acidente de trabalho fatal, acidente de trabalho com mutilações e acidente de trabalho com crianças e adolescentes (BRASIL, 2006a).

Segundo definição do Ministério da Saúde, são classificados como ATG aqueles que “resultam em morte, mutilações ou aqueles que acontecem com menores de dezoito anos”. (BRASIL, 2014a). Oportuno esclarecer que para o ATG seja considerado como tal é necessário à ocorrência de alguns fatores, conforme demonstrado no Quadro 02.

Quadro 02 – Critérios objetivos para a definição de ATG

Necessidade de tratamento em regime de internação hospitalar
Incapacidade para as ocupações habituais, por mais de 30 dias
Incapacidade permanente para o trabalho
Debilidade permanente de membro, sentido ou função
Perda ou inutilização do membro, sentido ou função
Deformidade permanente
Aceleração de parto
Aborto
Fraturas, amputações de tecido ósseo, luxações
Queimaduras graves
Desmaio (perda de consciência) provocado por asfixia, choque elétrico ou outra causa externa; qualquer outra lesão: levando à hipotermia, doença induzida pelo calor ou inconsciência; requerendo ressuscitação; ou requerendo hospitalização por mais de 24 horas.

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2006a, p.15-16

Porquanto, a ocorrência de alguns dos fatores relacionados no Quadro 2 estar-se-á diante da ocorrência de ATG que conjuntamente com o acidente fatal ou abarcando crianças e adolescentes deverão ser objeto de notificação compulsória.

## **2.2 Aspectos epidemiológicos do ATG no mundo e no Brasil**

A partir da Revolução Industrial deflagrada pela Inglaterra no século XVIII, o homem ingressou em uma nova era de organização da produção e do trabalho, pois com a utilização de máquinas e equipamentos no processo produtivo e com a especialização no trabalho, começou a alavancar a produção em massa (MENDES, 2003).

Nos primórdios da Revolução Industrial, as condições de trabalho eram péssimas, não havia limites de jornada de trabalho estabelecidos para homens, mulheres e até mesmo crianças, tampouco condições seguras no ambiente de trabalho. Esses dois fatores em conjunto, aliados a ausência de normas regulamentadoras de trabalho contribuíram sobremaneira para a disseminação de acidentes de trabalho. Milhares de trabalhadores morriam ou ficavam mutilados ou doentes em razão desses fatores (MENDES, 2003).

Em estudos produzidos nesta época percebe-se um número significativo de acidentes de trabalhos com mineiros e com os operários das indústrias fabris, fato este que acabou chamando a atenção para o desenvolvimento da medicina do trabalho.

Mas, é somente durante a Revolução Industrial que começamos a perceber uma preocupação mais formal com o tema, e também o surgimento de uma medicina voltada para essa questão. Seu foco de atenção concentrava-se principalmente no ambiente fabril gerador de um elevado contingente de doentes, mutilados e mortos. Era a medicina do trabalho, com a finalidade de responder as expectativas do capital quanto à diminuição dos custos gerados pelos acidentes de trabalho (CORTEZ, 2001, p.05).

O progresso científico e tecnológico, sobretudo no século XX, também teve impactos consideráveis no trabalho, na sua forma de organização e na consolidação da medicina do trabalho como área de conhecimento científico dos efeitos do trabalho em relação à saúde do homem (CORTEZ, 2001).

De um lado, observou-se um aumento no número de profissões e de vagas no mercado de trabalho, tendo em vista a demanda crescente por produtos e serviços. Todavia, por outro lado, aumentou-se de forma surpreendente a ocorrência de ATG em todo o mundo, especialmente em nações onde as leis trabalhistas não são cumpridas.

Como bem apreende Areosa & Dwyer (2010), desde a intensificação da Revolução

Industrial, observou-se não apenas benesses para a sociedade como também efeitos sociais adversos, pois aumentou na mesma média o nível de produção de acidentes de trabalho que, segundo palavras dos autores são resultado de novas formas de organização do trabalho decorrentes da dita Revolução.

A Organização Internacional do Trabalho (OIT) foi criada em 1919 com a finalidade precípua de sistematizar políticas voltadas para o trabalho. Segundo a OIT, atualmente ocorrem cerca de 270 milhões de acidentes de trabalho e dois milhões de mortes por ano em todo o mundo (SANTANA et al., 2006).

No Brasil, os números relativos aos acidentes de trabalho não são apenas preocupantes, como também alarmantes. São registrados anualmente no país cerca de 700 mil acidentes de trabalho, fato que coloca o Brasil na quarta posição em ocorrências desse tipo de acidente no mundo, ficando atrás somente da China, Índia e Indonésia (NITAHARA, 2016).

Os dados do Ministério da Previdência Social também são preocupantes, pois apontam sempre um crescimento no número de acidentes de um ano para o outro. A Título de exemplificação, o número total de acidentes de trabalho registrados no Brasil aumentou de 709.474 casos em 2010, para 711.164 em 2011. O número de óbitos também aumentou em relação ao período analisado, pois registrou um número de 2.753 mortes em 2010, para 2.884 em 2011. O número de acidentes típicos seguiu a mesma tendência de crescimento, pois passou de 417.167 em 2010 para 423.167 registros em 2011 (BRASIL, 2011).

Em seus estudos, Lourenço (2009) discute que, apesar do Brasil ter uma legislação robusta quanto ao Direito do Trabalho, incluindo as Normas Regulamentadoras, ainda é um dos recordistas mundiais em acidentes de trabalho, com três mortes a cada duas horas e três acidentes não fatais a cada um minuto.

Analizando as cinco macrorregiões do Brasil, constata-se que a região Sudeste é a que registra um maior número de acidentes, contabilizando 70% das ocorrências de acidentes de trabalho. Isso guarda relação com o fato desta região ser a mais desenvolvida do país, de conglomerar maior número de indústrias quando comparado às outras regiões, ou seja, o Sul, Norte, Nordeste e Centro Oeste (BRASIL, 2011).

Estatísticas mais recentes da Previdência Social contabilizam que, em 2012, foram tabulados os dados de 724.169 acidentes de trabalho no Brasil, sendo 2.731 casos com óbito. Em termos comparativos, os acidentes de trabalho fatais ocorrem em maior número durante o trajeto do trabalhador para a empresa (BRASIL, 2012a).

Dentre os ATG's, o que resulta em maiores prejuízos sociais e financeiros é a morte do trabalhador. Infelizmente, tais acidentes ainda tem uma prevalência considerável em todo o

mundo. De acordo com os dados mais recentes da OIT, 2,34 milhões de pessoas morrem todos os anos no mundo em razão de acidentes de trabalho. O Brasil ocupa o quarto lugar não apenas em relação ao número de acidentes de trabalho como também em acidentes fatais, ficando atrás somente da China, Índia e Indonésia (NITAHARA, 2016).

O acidente de trabalho fatal, de acordo com o SINAN, caracteriza-se por ocasionar o óbito do trabalhador, imediatamente ou até 12 horas após a sua ocorrência.

No entendimento dos órgãos competentes:

Acidente de trabalho fatal é aquele que leva a óbito imediatamente após sua ocorrência ou que venha a ocorrer posteriormente, a qualquer momento, em ambiente hospitalar ou não, desde que a causa básica, intermediária ou imediata da morte seja decorrente do acidente (BRASIL, 2006a).

No ano de 2016, o Brasil registrou uma média 2,5 mil acidentes fatais, fato este que revela a gravidade do problema no país (SOUZA, SANTANA, 2016). Os setores que apresentam maior índice de acidentes são os seguintes:

- a) Acidentes na exploração do petróleo, com riscos associados à explosão;
- b) Acidentes na agroindústria, no qual as causas mais comuns estão relacionadas aos equipamentos e a falta de segurança;
- c) Acidentes com a construção civil, sobretudo os relacionados a quedas e a falta de treinamento dos trabalhadores em várias atividades relacionadas à construção civil;
- d) Acidente com energia elétrica, que também é uma área bastante propensa à ocorrência de lesões graves e acidentes fatais;
- e) Acidentes relacionados ao setor de mineração que é considerado pela OIT como um dos mais perigosos do mundo, sendo o que menos oferece segurança e treinamento para o trabalhador;
- f) Acidente no setor químico que também registra um número significativo de acidentes fatais no mundo e no Brasil.

Lucca e Mendes (2014) consideram que o acidente de trabalho fatal é uma forma de violência relacionada ao trabalho, que pode ocorrer dentro ou fora da empresa. As consequências sociais tanto no acidente fatal quanto no acidente com mutilações são inquestionáveis.

O ATG com mutilações é aquele que ocasiona poli traumatismos, amputações, esmagamentos, traumatismos crânio-encefálico, fratura de coluna, lesão de medula espinhal, trauma com lesões viscerais, eletrocussão, asfixia, queimaduras, perda de consciência e aborto

que resulte em internação hospitalar, a qual poderá levar à redução temporária ou permanente da capacidade para o trabalho (BRASIL, 2006a).

Segundo os registros do INSS, em 2007, no Brasil, 493.349 trabalhadores foram afastados do trabalho por mais de 15 dias devido à ocorrência de acidentes de trabalho graves (BRASIL, 2008).

Os AT com crianças e adolescentes, são aqueles que acometem crianças e adolescentes menores de dezoito anos. Assim, pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), considera-se criança o indivíduo com até 12 anos completos e, adolescente, a pessoa entre a faixa etária dos 12 anos completos até o alcance da maioridade que é de 18 anos (BRASIL, 2016b).

Considerando a legislação em vigor, nota-se que no Brasil admite-se o trabalho do menor aprendiz, ou seja, do indivíduo entre a faixa etária dos 14 a 18 anos de idade, segundo estatui o artigo 418 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT).

A CLT, por sua vez, segue as determinações da Constituição Federal no que tange a proibição do trabalho aos menores de idade, que traz a seguinte redação: art. 7º. Inciso XXXIII “proibição de trabalho noturno, perigoso ou insalubre a menores de 18 anos e de qualquer trabalho a menores de 16 anos, salvo na condição de aprendiz” (MACHADO, 2010, p.57).

Conforme a explanação de Silva (2014), a CLT possui um capítulo inteiro destinado à proteção do trabalho do menor de idade, uma vez que o legislador considera os menores como indivíduos em desenvolvimento e que não estão devidamente aptos ao trabalho.

Os principais fundamentos para o trabalho do menor são os seguintes:

De ordem cultural: o menor deve poder estudar e receber instruções; de ordem moral: o menor deve ser proibido de trabalhar em locais que prejudiquem a sua moralidade; de ordem fisiológica: o menor não deve trabalhar em local insalubre, penoso, perigoso, à noite, para que possa se desenvolver de maneira normal; de ordem de segurança: o menor deve ser resguardado com normas de proteção, para que se evitem acidentes de trabalho (SILVA, 2014, p.04).

Apesar desta proteção, crianças e adolescentes também estão sujeitos à ocorrência de acidentes de trabalho graves, inclusive os fatais, pois o trabalho infanto-juvenil é uma realidade não apenas no Brasil como em várias nações, sendo decorrente da evolução do capitalismo, que criou as condições para o desenvolvimento deste tipo de trabalho (BRASIL, 2002b).

Os dados da OIT, relativos ao ano de 1996 mostraram um crescimento significativo do trabalho infanto-juvenil em países da África e América Latina. Em continentes mais

avançados, como a Europa e a América do Sul, o crescimento do trabalho infanto-juvenil ocorre com menor frequência do que o observado nos países mais pobres.

No Brasil, a expansão do trabalho infanto-juvenil ocorre em proporções alarmantes:

No Brasil, as mudanças que vêm ocorrendo na organização do trabalho desde os anos 70, entre elas a terceirização, têm provocado repercussões nas condições de vida e trabalho nos diferentes grupos da sociedade. Entre elas, destaca-se a situação do trabalho infanto-juvenil, que tem assumido proporções dramáticas e preocupantes, levando um grande contingente de menores a situações extremas de trabalho, as quais, além de interferir no seu processo de crescimento e desenvolvimento, colocam-nos vulneráveis à aquisição de doenças e, até mesmo, de sequelas que acabam sendo irreversíveis para a sua vida adulta. Configura-se, desta forma, um quadro de graves riscos, que interferem na saúde desta população, especialmente nas diversas formas da economia informal (MEIRELLES, 2012, p.02).

No Brasil, em 1997 foram registrados 4.314 benefícios a adolescentes menores de 18 anos de idade devido a acidentes de trabalho, além do registro de 218 óbitos nesta faixa etária em consequência deste tipo de acidente (BRASIL, 2000).

Pelo que se percebe, a problemática da ocorrência de ATG também é uma realidade que ronda o trabalho infanto-juvenil e o seu enfrentamento passa necessariamente pelo desenvolvimento e implementação de políticas públicas que visem à melhoria das condições de trabalho e de redução de acidentes.

Assim como em todo território nacional, Uberlândia também apresenta elevada taxa de ATG.

O Município de Uberlândia (MG) é considerado, na atualidade, como um dos mais importantes do estado de Minas Gerais. Desde a década de 1970, a cidade tem apresentado um crescimento significativo, impulsionado pelo desenvolvimento do comércio varejista e do setor industrial.

A cidade ocupa a posição de vigésimo sétimo município com maior Produto Interno Bruto (PIB), se comparado aos outros Municípios do Brasil, sendo que o setor de serviços tem uma posição de destaque na economia, seguido do setor industrial e do setor agrícola (IBGE, 2014).

Seguindo a tendência nacional, percebe-se pelos dados obtidos junto ao Ministério do Trabalho que entre o período de 2009 a 2016 ocorreu um aumento de 60% de acidentes de trabalho, a maioria envolvendo trabalhadores da construção civil de Uberlândia (BARBOSA; RAMOS, 2012).

De acordo com Barbosa e Ramos (2012), em Uberlândia a indústria da construção

civil tem apresentado índices altos de acidentes de trabalho, sendo que a maioria ocorre em razão da falta de treinamento e fornecimento de equipamentos para os trabalhadores. Na verdade, existem obras irregulares e isso contribui para a ocorrência de ATG, sendo necessária uma atuação mais eficiente do poder público através de fiscalizações e ações educativas.

Desde janeiro de 2017 até maio do mesmo período foi registrado uma média mensal de 74,4 acidentes de trabalho na cidade de Uberlândia. Esses dados tendem a ser subestimados, pois a exemplo do que ocorre em todo o Brasil, nem todos os casos de acidentes de trabalho graves são notificados, a despeito dessa notificação ser obrigatória. (REVISTA CIPA, 2017).

### **2.3 A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora e a Rede de Atenção à Saúde do Trabalhador**

Devido à forte relação entre o trabalho, o adoecimento e a morte do trabalhador, foi necessário buscar estratégias ao longo do tempo para a prevenção de acidentes. A título de exemplo cita-se a Portaria nº 1.823, de 2012 que criou a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNST), que tem por finalidade a construção de uma nova ordem para o estabelecimento de diretrizes e estratégias quanto à saúde integral do trabalhador (OLIVEIRA; VASCONCELOS, 1992).

Mas antes de fazer comentários mais detalhados sobre essa política convém fazer um breve resumo das ações que foram implantadas anteriormente com vistas à promoção da saúde do trabalhador.

Historicamente, no Brasil as discussões sobre a saúde do trabalhador têm início na década de 1970, com a Declaração de Alma Ata em encaminhamentos que reforçam a importância da proteção e promoção da saúde e da segurança no trabalho, mediante a prevenção e o controle dos fatores de risco nos ambientes de trabalho (DIAS, 1994; DIAS, HOEFEL, 2005).

A década de 1980, por sua vez, foi um período de grande transformação para a saúde do trabalhador, pois foi a partir deste momento que o mesmo deixou de ser apenas consumidor de serviços de saúde e passou a ser reconhecido como sujeito possuidor de saber (LACAZ, 1996). Um acontecimento neste período que acabou auxiliando no desenvolvimento de políticas públicas para a promoção da saúde do trabalhador foi à promulgação da Constituição Federal de 1988, que trouxe várias mudanças referentes à saúde (BONAVIDES,

2009).

A Constituição Federal de 1988, em seu Capítulo II, seção II, delineia as regras concernentes à saúde, que é um direito social fundamental (art.196). Segundo mandamento constitucional, a saúde é um direito subjetivo público, exigível do Estado, que deve atuar de forma preventiva, reparativa ou curativa (BONAVIDES, 2009; MACHADO, 2010). Em outras palavras, a saúde com as novas disposições constitucionais passou a ser um direito de todos (KARINO, MARTINS, BODROFF, 2011).

No Brasil, pelas normas contidas na Carta Magna, o acesso à saúde orienta-se pelo princípio da universalidade da cobertura e do atendimento, sendo manifestação do Princípio da Dignidade da Pessoa Humana e da Igualdade (MACHADO, 2010). Devido a isso, o Estado deve tomar medidas preventivas genéricas, promovendo o acesso à realização de consultas, exames, internações, enfim tudo o que for necessário para a promoção da saúde.

A nova Carta Magna possibilitou a criação do SUS, a promulgação da Lei Orgânica de Saúde, bem como a institucionalização e a execução das ações voltadas para a saúde do trabalhador (MACHADO, 2010).

Nessa linha de pensamento, é a Lei nº 8080, de 1990 que determina a responsabilidade da assistência médica e hospitalar ao doente e ao acidentado do trabalho (BRASIL, 1990). A referida lei buscou seguir algumas das recomendações da Organização Internacional do Trabalho (OIT) e da Organização Mundial de Saúde (OMS), no que tange a promoção da saúde do trabalhador.

Conforme preceitua a literatura especializada, desde o final da década de 1980, especialmente com o advento da nova Carta Magna, a perspectiva de promoção da saúde e prevenção das doenças ocupacionais passou a fazer parte da área de atuação do SUS.

Já na década de 1990, observou-se avanços significativos em relação à consolidação de políticas públicas voltadas para a saúde do trabalhador. Normas regulamentadoras foram criadas bem como ações com a finalidade de estabelecer normas de segurança e medicina do trabalho e o incentivo de formar pessoas com conhecimento na saúde do trabalhador.

No entanto, muito ainda precisa ser feito em termos de política de saúde para os trabalhadores, até porque o campo da saúde do trabalhador é uma área pouco conhecida e que está em construção no Brasil, embora no âmbito do SUS tenha ocorrido avanços quanto a criação de ações na saúde do trabalhador (KARINO, MARTINS, BODROFF, 2011).

Na contemporaneidade, a saúde do trabalhador constitui uma importante área da Saúde Pública, que apresenta como elemento de estudo e intervenção as relações entre trabalho e saúde (KARINO, MARTINS, BODROFF, 2011).

Os objetivos de promoção e de proteção da saúde do trabalhador são atingidos através do desenvolvimento de ações de vigilância dos riscos presentes nos ambientes e condições de trabalho, dos agravos e a prestação e organização da atenção à saúde dos trabalhadores, que compreendem os procedimentos diagnósticos, de tratamento e reabilitação de maneira integrada no SUS (BRASIL, 2001).

Nessa seara, a Portaria que criou a PNST em 2012, sem dúvida alguma é um avanço significativo para o país. Haja vista a sua importância urge fazer menção a alguns trechos da lei, dentre os quais a sua finalidade:

Art. 2º. A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora tem como finalidade definir os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observados pelas três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), para o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador, com ênfase na vigilância, visando à promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos (BRASIL, 2012b, p.1).

Ante ao exposto, nota-se que no âmbito das intenções da Política Nacional da Saúde do Trabalhador está a redução da morbimortalidade associada ao trabalho. Com isso tem-se aqui uma estratégia de enfrentamento das doenças relacionadas ao trabalho e dos acidentes de trabalho como regra geral.

Quanto aos princípios e diretrizes, que estão descritos no artigo 5º da lei em epígrafe esses são os seguintes: universalidade, integralidade, a participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social, a descentralização, hierarquização, a equidade e a precaução (BRASIL, 2012b).

No que tange aos objetivos, que estão discriminados no art. 8º do mesmo diploma legal, foram estabelecidos vários, dentre eles:

- a) Buscar o fortalecimento da Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) e a integração com os demais componentes da Vigilância em Saúde, o que pressupõe a ampliação do entendimento de que a saúde do trabalhador deve ser concebida como uma ação transversal, devendo a relação saúde-trabalho ser identificada em todos os pontos e instâncias da rede de atenção;
- b) Incorporar a categoria trabalho como determinante no processo saúde-doença dos indivíduos e da coletividade, incluindo-a nas análises de situação de saúde e nas ações de promoção em saúde;
- c) Assegurar que a identificação da situação do trabalho dos usuários seja considerada nas ações e serviços de saúde do SUS e que a atividade de trabalho realizada pelas

- pessoas, com as suas possíveis consequências para a saúde, seja considerada no momento de cada intervenção em saúde;
- d) Melhorar a qualidade da atenção à saúde do trabalhador usuário do SUS (BRASIL, 2012b).

Como se percebe, os objetivos da PNST são amplos e abarcam uma série de ações. Para dar efetividade aos objetivos propostos, bem como atender a finalidade da lei, o artigo 9º da Portaria Nº 1.823º (BRASIL, 2012b), estabelece as estratégias desta política, sendo que essas abarcam o SINAN e a RENAST.

A partir de sua criação em 2002, por meio da Portaria nº 1679/GM, a RENAST passa a ser a principal estratégia de organização de saúde do trabalhador no SUS, com o intuito de promover ações assistenciais, de vigilância e promoção da saúde. Desde então, organiza-se em rede os CEREST's com ações nas demais esferas do SUS, com o objetivo de proporcionar suporte técnico, educação permanente, coordenação de projetos de assistência, promoção e vigilância à saúde dos trabalhadores, além de serem polos irradiadores de conhecimento sobre a relação trabalho/processo saúde/ doença (BRASIL, 2002a).

Desde o advento da RENAST têm sido realizadas mudanças normativas com a finalidade de aperfeiçoar a sua atuação e forma de estruturação:

A RENAST, cuja finalidade era criar uma rede, como o próprio nome preconiza, articulando as ações de saúde do trabalhador no contexto do SUS, conferindo organicidade aos serviços existentes no país e buscando dar visibilidade à área na estrutura do SUS, foi sendo revista por meio de novas normativas, que também dispõem sobre sua estruturação. Em 2005, portanto, a RENAST foi revista e ampliada, por meio da Portaria GM/MS nº<sup>3</sup>2.437, de 07/12/2005, e novamente em 2009, pela necessidade de adequação ao Pacto Pela Vida e em Defesa do SUS, com a Portaria nº 2.728, de 11/11/2009 (LEÃO, VASCONCELLOS, 2011, p.03).

Em linhas gerais, a RENAST compreende uma rede nacional de informações e práticas de saúde, cujo propósito maior é o de implementar ações assistenciais de vigilância, prevenção e promoção da saúde, do ponto de vista da saúde do trabalhador (LEÃO, VASCONCELLOS, 2011).

Como previsto na RENAST, os CEREST's não representam a porta de entrada da linha de cuidado de saúde do trabalhador no SUS, mas devem ser a retaguarda técnica e científica, além de coordenar as ações de vigilância, buscando minimizar os principais fatores relacionados às inadequações da organização e práticas de trabalho adotadas que possam levar a ocorrência de acidentes de trabalho (BRASIL, 2006c; MARZIALI, 2010).

O ponto inicial para as ações de vigilância do ATG no SUS é o preenchimento das

fichas de notificação pelos profissionais notificadores das unidades de pronto atendimento. Com base na ficha de notificação, encaminhada ao CEREST são realizadas as investigações e a inserção de dados no SINAN.

O SINAN é um sistema que começou a ser desenvolvido a partir dos primórdios da década de 1990, visando criar uma ferramenta que fosse capaz de coletar e processar dados sobre agravos de notificações no território nacional bem como de trazer informações mais concisas sobre a morbidade e o seu perfil no país como um todo (BRASIL, 2006b).

Tais informações têm por finalidade facilitar o processo de tomada de decisões dos entes federados na prevenção dos agravos. Desde este período tem-se observado a implantação de estratégias com a finalidade de consolidar a sua implantação em todo o território nacional (BRASIL, 2006b).

No caso específico dos agravos relacionados ao trabalho, a partir de 2007 foram iniciadas ações com o objetivo de implantação das notificações no SINAN, incluindo nos treinamentos conteúdos relativos à saúde do trabalhador, procedimentos para preenchimento das fichas e encaminhamentos no fluxo de dados previamente definido, implantação das unidades notificadoras e unidades de saúde responsáveis em registrar estes agravos (SANTANA; SILVA, 2009).

A alimentação regular da base de dados nacional do SINAN é obrigatória pelos municípios, estados e Distrito Federal (BRASIL, 2007).

No que tange aos municípios, estes têm a obrigatoriedade de alimentar regularmente a base de dados nacional de ATG no SINAN propiciando a melhora qualitativa e quantitativa dos registros disponíveis sobre o tema, uma vez que, neste sistema são registrados os acidentes com trabalhadores formais e informais.

De acordo com Araújo, Silva (2016), a implantação deste sistema representa um avanço significativo para a saúde como um todo no Brasil, uma vez que traz possibilidades reais de desenvolvimento de ações visando o controle e a prevenção de doenças e acidentes de trabalho. Para os autores o SINAN tem uma importância vital na vigilância epidemiológica, pois dá ênfase a questão da informação dos agravos, imprescindível para a gestão dos serviços de saúde e para a implantação de modelos de saúde. A notificação do ATG representa uma ação essencial para a produção de um diagnóstico situacional de saúde do trabalhador. (FERREIRA, 2012).

No passado, o sistema de informações sobre agravos e doenças não conseguiam refletir a situação real no país. O Sistema de Informação de Saúde (SIS) era o órgão responsável pela geração de informações e notificações. No entanto, havia diversas falhas na

coleta dos dados e estes não eram feitos de forma abrangente.

[...] as informações não eram prontamente disponíveis e nem sempre completas ou abrangentes; e decisões eram tomadas sem evidências e, como resultados não obtinham o impacto almejado no setor de saúde. No entanto sabe-se que a efetividade e sustentabilidade de um programa de controle de doença dependem da existência de informações detalhadas, acuradas e conhecimento do fluxo para apoiar a tomada de decisões e alocação de recurso como também fazer uma análise, perfil da morbidade no país (ARAÚJO, SILVA, 2016, p.26).

O SINAN foi implantado com a finalidade de equacionar este problema e embora também apresente alguns pontos críticos, dentre os quais a falta de uniformização e a necessidade constante de aprimoramento, a sua importância é inquestionável. Considerando que a notificação do ATG é o ponto de partida para as ações de vigilâncias, a subnotificação é considerada um grave problema de saúde pública na atualidade.

## **2.4 A problemática da subnotificação**

Para Alves (2003), as notificações dos acidentes do trabalho configuram como fonte efetiva para se investir na vigilância em saúde do trabalhador, aprofundando o conhecimento sobre o sofrimento, adoecimento e morte dos trabalhadores.

Acerca das informações sobre o acidente de trabalho, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006b), esclarece que durante décadas o país vem sentido os efeitos da falta de informações concisas sobre o acidente de trabalho. De fato, essa questão tem sido objeto de inúmeras pesquisas pontuais na qual se percebe a preocupação dos estudiosos em destacar as causas e os efeitos da subnotificação dos acidentes de trabalho (ALVES, 2003; SANTANA, SILVA, 2009).

A precariedade ou inexistência de informações dificulta sobremaneira o conhecimento dos reais números de acidentes de trabalho, especialmente no que diz respeito ao trabalho informal.

De acordo com Pereira et al. (2013) o trabalho informal pode ser entendido como aquele no qual as atividades produtivas são executadas à margem da lei, sobretudo da legislação trabalhista vigente em um determinado país. Segundo o autor, estima-se que 50% da população brasileira trabalhem informalmente.

Sendo assim, o trabalhador exerce suas atividades por conta própria, e na maioria dos casos não há contribuição para a previdência. Trabalhadores informais não tem carteira assinada e pelo fato de não contribuírem com o sistema previdenciário não contam com

qualquer tipo de benefício na hipótese de acidente de trabalho.

De acordo com os apontamentos do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006c), os trabalhadores com carteira assinada são os que, em regra, informam a ocorrência de acidente de trabalho, tendo em vista as exigências da legislação neste sentido. Contudo, mesmos nesses casos há relatos na literatura da ocorrência da subnotificação do acidente de trabalho (ALMEIDA, 1996; PADILHA, COSTA, 1996; WALDMAN, 1998; DIAS, HOEFEL 2005).

Conforme assinala Santana e Silva (2009), apesar dos esforços a fim de melhorar gradualmente os registros dos agravos à saúde do trabalhador nos sistemas de informação do SUS, a subnotificação ainda é um fator relevante. De acordo com as informações das autoras, os registros atuais têm pouca expressividade, representando baixo percentual dos registros da Previdência Social. O baixo número ou ausência de registros dos agravos relacionados à saúde do trabalhador nos sistemas de informação do SUS dificultam o conhecimento da realidade e, consequentemente, a inserção nas agendas técnica e política dos gestores e conselhos de saúde.

Num estudo avaliativo sobre as políticas públicas de saúde do trabalhador no Brasil, realizado por Chiavegatto e Algranti (2013), os autores afirmaram que a Saúde do Trabalhador só terá seus objetivos alcançados por meio da implantação de um planejamento estratégico e, para que isso ocorra, é primordial a produção de indicadores confiáveis, que demonstrem a realidade da situação de saúde do trabalhador no Brasil, incluindo aí o empregado formal, com vínculo na Previdência Social, e o trabalhador informal, que muitas vezes são vítimas da subnotificação de suas doenças.

Cortez (2001) enfatiza que a subnotificação do ATG impede o conhecimento da real situação da ocorrência do ATG, dificultando o planejamento e a implantação de estratégias de prevenção e redução dos mesmos no ambiente de trabalho.

Cavalcante et al. (2015) consideram que a magnitude dos efeitos da subnotificação do ATG causa prejuízos significativos nos direitos sociais e securitários do trabalhador, e enfatizam a necessidade urgente de se fazer uma reflexão sobre essa questão e apontar soluções para este problema.

Diante desses entraves quanto à produção de dados epidemiológicos referentes aos trabalhadores formais e informais, constata-se que, de fato, essa questão se constitui um dos principais desafios da vigilância em saúde do trabalhador e do SUS.

### **3. MATERIAIS E MÉTODOS**

#### **3.1 Tipo de Estudo**

Trata-se de um estudo descritivo, de cunho quanti-qualitativo. As pesquisas descritivas são relevantes para descrever as características de certa população e do objeto de estudo, sendo que uma de suas principais características está na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados (GIL, 1999).

A pesquisa quantitativa é uma metodologia que procura quantificar os dados e para o qual se aplica, em regra, uma análise estatística (SILVA & MENEZES, 2000; MALHOTRA, 2006).

Uma das vantagens da pesquisa quantitativa é o fato dos resultados poderem ser mensurados, sendo particularmente interessante para amostras que sejam grandes e consideradas representativas da população, tendo o condão de proporcionar um retrato real da população alvo da pesquisa. Esse tipo de pesquisa apresenta como principal característica a objetividade posto que tem influência direta do positivismo, o qual remete a ideia de que a realidade acerca de determinado fenômeno só pode ser compreendida com base na mensuração e análise de dados brutos, sendo tais dados coletados através de instrumentos padronizados e neutros (FONSECA, 2002).

A pesquisa qualitativa é uma metodologia que torna possível descrever a complexidade de determinados problemas, possibilita a compreensão dos processos dinâmicos vividos por grupos sociais, além de tornar possível o entendimento das especificidades do comportamento dos indivíduos (RICHARDSON, 1999).

De acordo com Minayo (1998), a pesquisa qualitativa tem o objetivo de compreender e interpretar as relações sociais, que, por sua vez, são depositárias de crenças, valores, atitudes e hábitos. A abordagem qualitativa propicia a investigação de questões relacionadas a um determinado problema, mediante contato direto com a situação e se preocupando em retratar na perspectiva dos participantes (GIL, 1999).

A associação de metodologias de pesquisa quanti-qualitativa considera a complementariedade dos métodos, correlacionando a análise estatística à investigação dos significados das relações humanas, tornando possível o entendimento do problema a ser estudado e a interpretação dos dados obtidos na pesquisa (FIGUEIREDO, 2004). Portanto, as abordagens qualitativas e quantitativas, não devem ser vistas como concorrentes, e sim como complementares (MINAYO, 1998; LAVILLE & DIONNE, 1999; MALHOTRA, 2001).

Nesse sentido, a articulação entre as duas abordagens favorece uma análise mais detalhada das questões investigadas (BRUGGEMANN & PARPINELLI, 2008).

### **3.2 Etapas da pesquisa, local do estudo, população, amostra, instrumentos de pesquisa.**

A presente pesquisa foi realizada em duas etapas. Inicialmente foi realizado um levantamento documental que deu consistência à parte introdutória deste estudo. Nesta primeira etapa, a coleta dos dados secundários foi realizada por meio da pesquisa documental dos bancos oficiais de dados do INSS e do banco de dados do SINAN municipal.

As fontes de dados da primeira etapa foram:

- site da previdência social, disponível em: <<http://www.previdencia.gov.br/wp-content/uploads/2016/07/AEPS-2014.pdf>>, acessado em março de 2017 (BRASIL, 2014b);
- Banco de dados do SINAN, acessado no CEREST de Uberlândia, local de trabalho da pesquisadora.

Cabe destacar o caráter público destas informações, sendo solicitado à dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o CEP.

Na segunda etapa, foi realizada uma pesquisa de campo, com a coleta de dados primários, por meio da aplicação de um questionário semiestruturado (Apêndice A) junto aos profissionais notificadores nas unidades de saúde de pronto atendimento.

De acordo com Gil (1999), o questionário é uma técnica de investigação que estabelece determinado número de perguntas fechadas e/ou abertas, cujo objetivo é o de colher informações acerca do objeto de estudo do pesquisador, através do levantamento da percepção, crenças, valores e expectativas da população do estudo.

Ademais, este instrumento de pesquisa apresenta vantagens como a possibilidade de interrogar um elevado número de pessoas em um curto espaço de tempo, além de apresentar outras vantagens como: o anonimato dos sujeitos da pesquisa; não interferência do pesquisador nas respostas, facilidade em sua administração e baixo custo (AMARO, PÓVOA & MACEDO, 2005).

A presente pesquisa optou pela escolha desta técnica e o instrumento de coleta foi elaborado da seguinte maneira:

- a) A primeira parte do questionário contemplou perguntas fechadas, cuja finalidade foi à obtenção de informações referentes ao perfil demográfico e profissional dos profissionais de saúde da rede SUS (sexo, idade, categoria profissional, tempo no trabalho atual, vínculo empregatício, número de vínculos, carga horária semana).

- b) A segunda parte do questionário, relativas às questões abertas e fechadas buscou informações acerca do conhecimento, importância e dificuldades no preenchimento das fichas de notificação compulsória de ATG.

O campo de estudo desta segunda etapa foram os serviços de pronto atendimento da rede SUS do município de Uberlândia (MG), principais unidades notificadoras do ATG.

A população da segunda etapa configurou-se no trabalhador de saúde indicado pela instituição como responsável pelo preenchimento das fichas de notificação compulsórias do ATG.

A população foi obtida por maximização, ou seja, responderam ao questionário 100% dos notificadores.

Os participantes foram contatados via telefone e convidados a participar, esclarecendo nesta oportunidade os objetivos, métodos, benefícios previstos e riscos, na medida de sua compreensão e respeitando suas singularidades.

Após o aceite, foram agendados encontros individuais para aplicação do questionário pela pesquisadora e nesta ocasião foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em conformidade a Resolução 466/ do Conselho Nacional de Saúde (Anexo C). O termo foi lido e assinado depois de sanadas quaisquer dúvidas remanescentes. A aplicação dos questionários foi realizada nas unidades notificadoras, em horários alternados, tendo a preocupação em não prejudicar os serviços prestados.

A população estudada foi constituída por 41 profissionais de saúde composta por técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos.

### **3.3 Critérios de inclusão e exclusão**

Os critérios de inclusão:

- a) Ser profissional de saúde das unidades notificadoras da rede SUS responsável pelo preenchimento das fichas de notificação compulsória do ATG;
- b) Aceitar participar da pesquisa por meio da assinatura do TCLE.

Os critérios de exclusão:

- a) Profissionais que não façam parte da amostra específica do estudo;
- b) Profissionais que não tenham interesse em participar ou que não concordem com as condições estabelecidas pela pesquisa.

### 3.4 Local da pesquisa de campo

A cidade de Uberlândia está localizada no Estado de Minas Gerais, com uma área territorial de 4.115,206 km<sup>2</sup>. De acordo com estimativa divulgada no Diário da União pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), apresenta uma população de 654.681 habitantes (IBGE, 2014).

A rede SUS em Uberlândia é composta por: 09 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 56 Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), 08 Unidades de Atendimento Integrado (UAI), 01 Hospital Municipal, 01 Hospital Regional (UBERLANDIA, 2014).

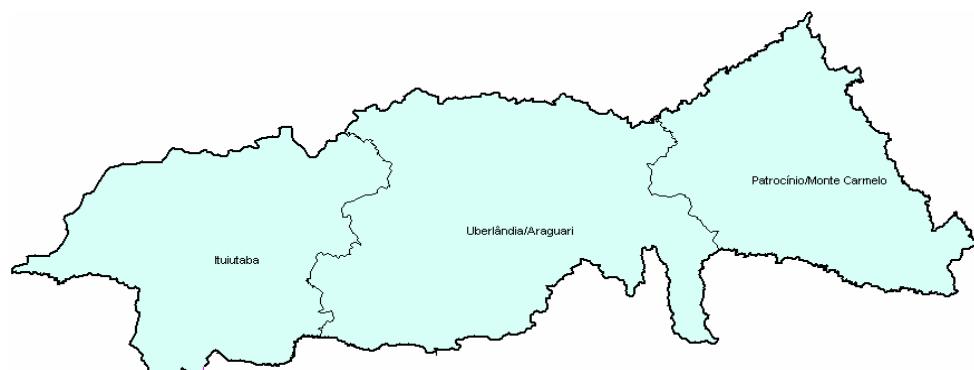
O município conta com um CEREST cuja finalidade é de ampliar a RENAST, integrando os serviços do SUS, com o objetivo de atuar prevenindo, controlando e enfrentando, de forma estratégica, integrada e eficiente, os problemas de saúde coletiva como as mortes, acidentes e doenças relacionados ao trabalho. O CEREST foi habilitado em 2004, e inaugurado em setembro de 2005, possui uma equipe multiprofissional constituída por 02 médicos do trabalho, 01 médico ortopedista, 02 psicólogas, 01 cirurgiã dentista, 01 advogado, 01 assistente social, 01 fisioterapeuta, 03 técnicos de segurança do trabalho, 01 fiscal sanitário, 02 assistentes administrativos e 02 auxiliares de serviços gerais.

As ações de Saúde do Trabalhador contemplam desde atividades de assistência nos mais diferentes níveis (médico, enfermagem, fisioterapia, assistência social, psicóloga), a ações de vigilância nos ambientes de trabalho.

Com uma abordagem profissional interdisciplinar e uma gestão participativa, o CEREST Regional de Uberlândia tem abrangência em 30 municípios inseridos na Região do Triângulo Norte, subsidiando-os através de apoio técnico nas ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação em saúde dos trabalhadores.

Os municípios são divididos em três microrregiões, conforme figura 01:

Figura 01. Macro Triângulo Norte



Fonte: [www.saude.mg.gov.br](http://www.saude.mg.gov.br)

1-Microrregião Ituiutaba: Campina Verde, Canápolis, Capinópolis, Ituiutaba, Cachoeira Dourada, Centralina, Gurinhatã, Ipiraçu e Santa Vitória;

2-Microrregião de Uberlândia e Araguari da qual fazem parte os municípios: Uberlândia, Araguari, Cascalho Rico, Indianópolis, Araporã, Monte Alegre de Minas, Nova Ponte, Prata, Tupaciguara;

3-Microrregião de Patrocínio/Monte Carmelo: Coromandel, Patrocínio, Abadia dos Dourados, Cruzeiro da Fortaleza, Guimarânia, Serra do Salitre, Douradoquara, Grupiara, Estrela do Sul, Iraí de Minas, Monte Carmelo e Romaria.

Oportuno esclarecer que a demanda do Centro Regional de Referência de Saúde do Trabalhador de Uberlândia vem através de encaminhamentos das Unidades Básicas de Saúde, Unidade Básica de Saúde da Família, Hospital de Clínicas de Uberlândia, Unidades de Atendimento Integrado, Sindicatos e Empresas.

O CEREST presta assistência especializada aos trabalhadores acometidos por doenças ou agravos relacionados ao trabalho, através de atuação multiprofissional e o desenvolvimento de práticas interdisciplinares. Além disso, realiza atividades educativas, atividades de pesquisa/intervenção, palestras e educação permanente em Saúde do Trabalhador para Unidades do SUS e sociedade em geral, envolvendo os Sindicatos, Empresas, Universidades. Promove ainda ações de vigilância realizando intervenções nos ambientes e processos de trabalho com o intuito de solucionar e/ou minimizar a ocorrência de adoecimentos e acidentes relacionados ao trabalho.

Os atendimentos aos trabalhadores acidentados são realizados nas oito Unidades de Atendimento Integrado (Luizote, Martins, Morumbi, Pampulha, Planalto, Roosevelt, São Jorge e Tibery), e no Hospital de Clínicas de Uberlândia (HCU) que contam com pronto atendimento 24 horas por dia todos os dias da semana.

As Unidades de Atendimento Integradas são unidades de atendimento 100% SUS, que prestam serviços de média complexidade e urgências. Estão distribuídas em diversos setores da cidade de Uberlândia: Região Norte – UAI Roosevelt; Região Sul – UAI Pampulha e UAI São Jorge; Região Leste – UAI Morumbi e UAI Tibery; Região Oeste – UAI Luizote e UAI Planalto e Região Central – UAI Martins.

O Hospital de Clínicas de Uberlândia, 100% SUS é referência para atendimentos de média e alta complexidade para municípios do Triângulo Mineiro e Alto Paranaíba.

O presente estudo foi realizado com profissionais de nove unidades notificadoras da rede SUS (Unidades de Atendimento Integrado: Luizote, Martins, Morumbi, Pampulha, Planalto, Roosevelt, São Jorge, Tibery) e Hospital de Clínicas de Uberlândia que além de

prestar assistência aos acidentados são responsáveis por preencher as fichas de notificação compulsória de ATG e encaminhá-las ao CEREST onde é realizada a busca ativa para investigação dos acidentes e digitação no SINAN.

### **3.5 Questões éticas da pesquisa**

Ressalta-se que o presente trabalho se iniciou após autorização dos responsáveis técnicos das unidades notificadoras. A aplicação do questionário semiestruturado foi realizada após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) em 13 de dezembro de 2016 sob o Parecer de nº 1.864.936/2011 (Anexo B).

### **3.6 Análise dos dados**

Os dados secundários da primeira pesquisa foram sistematizados na tabela 1 e analisados estatisticamente segundo o número absoluto e percentual.

Para análise dos dados primários quantitativos foi utilizado o Programa Microsoft Office Excel 15.0 (versão do ano 2013), onde os dados foram digitados em dupla planilha e, posteriormente, realizada a verificação de inconsistência. Quando houve diferença de dados, recorreu-se ao instrumento original para correções e, em seguida, procedeu-se à validação do material coletado. A partir daí foram calculadas as frequências absolutas e percentuais de ocorrência de cada variável. Em seguida a análise descritiva dos dados foi apresentada através de tabelas.

Na apreciação das perguntas subjetivas utilizou-se o método de análise de conteúdo, conforme recomendações de Minayo (1988) e Bardin (1979).

Foram observadas as três etapas, propostas por Bardin (1979):

1) Pré-análise - correspondeu ao período em que os conteúdos foram organizados e submetidos a várias leituras a fim de tornar mais claros o conteúdo das mensagens;

2) Exploração do material – consistiu em analisar as informações dos participantes do estudo, buscando identificar as mensagens comuns das entrevistas com vistas à sua categorização;

3) Tratamento dos resultados obtidos e interpretação - Realizou-se a interpretação das mensagens, utilizando-se de inferências que foram relacionadas aos subsídios teóricos adotados.

Os temas produzidos pela análise das questões abertas do questionário foram classificados por análise temática e incidente crítico (% de respostas) e apresentados por meio de gráficos.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 4.1 Análise dos dados secundários

Os dados secundários levantados nos relatórios de afastamentos do INSS e dos relatórios do SINAN, em Uberlândia, no ano de 2014, estão apresentados no quadro abaixo.

Quadro 03 – Relatórios do ATG (INSS x SINAN)

<b>Fonte de informação</b>	<b>ATG em Uberlândia, MG, período de janeiro a dezembro de 2014.</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>INSS – Relatório de afastamento do trabalho por ATG</b>	3.916	100%
<b>CEREST – Relatório do SINAN</b>	309	7,89%

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

A análise do quadro 3 indica uma subnotificação importante do ATG no banco de dados do SINAN em relação ao INSS.

Destaca-se que os registros oficializados no INSS contemplam apenas os trabalhadores acidentados com vínculo empregatício formal, enquanto no SINAN são registrados os acidentes de trabalho graves com os trabalhadores dos mercados formais e informais, o que aponta para a gravidade do problema da subnotificação dos ATG.

Vários outros estudos também apontam para um subregistro de acidentes de trabalho graves e fatais, estando às notificações longe da realidade (ALMEIDA, 1996; PADILHA & COSTA, 1996; WALDMAN, 1998; CORTEZ, 2001; SILVA, 2017).

Mendes et al., (2008), apontam como objetivo da notificação o ato de informar, orientar e definir prioridades nos serviços, promovendo assim a melhora da qualidade na assistência à saúde. A notificação dos acidentes do ATG permite construir informações epidemiológicas e desenvolver ações através de medidas corretivas e preventivas que evitem novos acidentes. Além de importantes para o levantamento de dados, as notificações do ATG devem ser vistas como ferramentas importantes no aprimoramento dos processos e ambientes de trabalho.

Segundo Robazzi et al., (2006), o ato de notificar torna possível a investigação das

causas e características dos acidentes, possibilitando a efetivação de medidas preventivas. A criação de Políticas públicas e programas voltados para a saúde e segurança do trabalhador, baseiam-se no uso de informações (SANTANA, NOBRE & WALDVOGEL, 2005).

Apesar da notificação do ATG ser uma obrigação do profissional de saúde ainda não há uma cultura que valorize o ato de notificar. A notificação e consequente investigação são essenciais para que aconteça a vigilância em locais e processos laborais.

Conforme Alves (2003), para que se possa conhecer o processo de sofrimento, doença e morte da classe trabalhadora é primordial investir em ações de vigilância em saúde do trabalhador.

Faz-se necessário a melhora quantitativa e qualitativa das informações registradas nas fichas de notificação do ATG a fim de combater a insuficiência de informações e a má qualidade de dados, pois somente assim, será possível desenvolver ações de atenção à saúde do trabalhador com qualidade.

De acordo com o Ministério da Saúde, ao SUS cabe a tarefa de promover e proteger a saúde, garantindo atenção qualificada e contínua aos indivíduos e às coletividades, de forma equitativa.

Considerando o conceito de saúde ampliado, da atual legislação brasileira, a saúde é resultante de vários fatores determinantes e condicionantes, como alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer, acesso a bens e serviços essenciais (BRASIL, 1988).

Sendo assim, as gestões municipais do SUS – em articulação com as demais esferas de governo – devem desenvolver ações conjuntas com outros setores governamentais, como meio ambiente, educação, urbanismo etc., que possam contribuir, direta ou indiretamente, para a promoção de melhores condições de vida e da saúde para a população. É um processo de aprendizagem e de determinação dos sujeitos, que resulta também na gestão integrada das políticas sociais e que procura responder com eficácia aos problemas da população de um determinado território.

Nessa perspectiva, as ações intersetoriais são uma estratégia importante na busca de novos modelos organizacionais e pode ser entendida como uma articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de políticas, programas e projetos dirigidos a comunidades e a grupos populacionais específicos, num dado espaço geográfico, com o objetivo de atender as suas necessidades e expectativas de forma sinérgica e integral (JUNQUEIRA, 2004)

Segundo Feuerwerker e Souza (2000) a intersetorialidade no campo da saúde, pode ser

entendida como uma forma articulada de trabalho que pretende superar a fragmentação do conhecimento e das estruturas sociais para produzir efeitos mais significativos na saúde da população. Mais do que um conceito, é uma prática social que vem sendo construída a partir da insatisfação com as respostas do setor saúde perante os problemas complexos do mundo moderno.

Considerando o princípio da intersetorialidade no SUS, foi instituído no ano de 2013 em Uberlândia o Fórum Municipal de Saúde do Trabalhador do Triângulo Mineiro. Fazem parte do fórum: CEREST Uberlândia, Universidade Federal de Uberlândia (UFU), Instituto Nacional de Previdência Social (INSS), Ministério Público do Trabalho (MPT), Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), Sindicato dos Trabalhadores nas Indústrias da Construção e Mobiliário de Uberlândia, Triângulo Mineiro e Alto Paranaíba (SINTICOM TAP), Sindicato da Indústria da Construção Civil do Triângulo Mineiro e Alto Paranaíba (SINDUSCON-TAP), Sindicato dos Técnicos de Segurança do Trabalho de Minas Gerais (SINTEST).

Esse espaço interinstitucional foi criado com o objetivo de discutir os problemas relacionados à saúde do trabalhador em nosso município e região, propiciando o diálogo entre diversos atores sociais relevantes para a área.

Vem sendo discutido no Fórum o compartilhamento sistemático dos bancos de dados entre o INSS e o CEREST, ou mesmo a disponibilização da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), o que permitiria a identificação das unidades da rede SUS que mais subnotificam os dados, tornando possível o planejamento de estratégias de Educação Permanente em Saúde, além da intensificação das ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador, já que atualmente o CEREST investiga apenas o ATG notificado no SINAN.

No que se refere ao trabalho em rede, Merhy (2006) enfatiza que essa é uma iniciativa fundamental no SUS, pois traz benefícios para toda a sociedade inclusive no que diz respeito aos acidentes de trabalho. O autor defende a necessidade de que o trabalhador da área de saúde entenda a importância da coletividade, e a partir daí procure construir um processo que se propague nas diversas instituições com responsabilização compartilhada frente aos serviços prestados no atendimento às necessidades do usuário.

É fundamental a implantação de uma linha de cuidado em saúde do trabalhador por meio de novos pactos sociais, estabelecendo-se o trabalho em rede intersetorial.

## 4.2 Análise descritiva dos dados primários

As variáveis demográficas, profissionais e de capacitação dos profissionais notificadores foram tabuladas e apresentadas na tabela 01.

Tabela 01 – Dados demográficos, profissionais e de capacitação dos profissionais notificadores de ATG nas unidades de pronto atendimento do SUS, Uberlândia, 2017.

Gênero	N	%
Feminino	35	85,4
Masculino	06	14,6
Total	41	100,0
Faixa etária	N	%
20 a 30 anos	12	29,3
31 a 40 anos	23	56,1
41 a 50 anos	01	02,4
51 a 60 anos	02	04,9
Não informou	03	07,3
Total	41	100,0
Categoria Profissional	N	%
Enfermeiro	38	92,7
Técnico de enfermagem	02	04,9
Médico	01	02,4
Total	41	100,0
Tempo de profissão	N	%
Menos de 10 anos	26	63,4
De 10 a 20 anos	14	34,2
De 21 a 30 anos	00	00
Mais de 30 anos	01	02,4
Total	41	100,0
Tempo da função atual	N	%
Até 5 anos	20	48,8
De 5 a 10 anos	15	36,6
De 11 a 15 anos	05	12,2
Superior a 15 anos	01	02,4
Total	41	100,0
Vínculo empregatício	N	%
Estatutário	04	09,8

CLT	37	90,2
Total	41	100,0
<b>Possui mais de um vínculo</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Sim	16	39,0
Não	25	61,0
Total	41	100,0
<b>Carga horária semanal (em horas)</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
21 a 30 horas	09	22,0
31 a 40 horas	17	41,5
Mais de 40 horas	15	37,5
Total	41	100,0
<b>Preenche a ficha de notificação</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Sim	40	97,6
Não	01	02,4
Total	41	100,0
<b>Foi capacitado</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Sim	16	39,0
Não	25	61,0
Total	41	100,0
<b>Conhece a portaria 777/2004</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Sim	31	75,6
Não	10	24,4
Total	41	100,0
<b>Sente-se preparado</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Sim	27	65,8
Não	14	34,2
Total	41	100,0

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Segundo os dados da tabela 01, o perfil do notificador nos serviços de PA do SUS é o seguinte: 35 (85,4%) são mulheres, 23 (56,1%) na faixa etária de 31-40 anos, sendo 38 (92,7) da categoria da enfermagem, 26 (63,4%) com menos de 10 anos na profissão e 20 (48,8%) com menos de 5 anos no emprego atual, 37 (90,2%) apresentam vínculo profissional Celetista, 17 (41,5%) com carga horária semanal entre de 31 a 40 h e 16 (39%) com duplo vínculo empregatício.

Estes resultados não surpreenderam, haja vista que diversas pesquisas mostram a prevalência do gênero feminino na área de saúde, sobretudo na área de enfermagem, que é o

profissional que mais preenche as fichas de notificação neste estudo (RIBEIRO, et al., 2013; SOUZA et al., 2014).

Chama a atenção que o profissional de enfermagem representa a maior parte dos profissionais notificadores (92,7%). Este dado pode estar relacionado ao caráter generalista do notificador, ou seja, função designada para “todos”. Historicamente, a enfermagem sempre assume as funções “de todos”, ou função “de ninguém”, mesmo sendo sobrecarregada no trabalho com diversas funções administrativas e assistenciais.

Destaca-se o tempo de profissão e de serviço do notificador, com menos que 10 anos de profissão e menos de 5 anos na função, ou seja, menos experiente. Esse achado está relacionado ao fato de que 90,2% dos profissionais notificadores trabalham por meio de contratos regidos pela Consolidação das leis do Trabalho (CLT), sem estabilidade, o que promove a alta rotatividade de mão de obra, prejudicando o acúmulo de experiência e a qualificação para o trabalho. Tal dado está de acordo com outros estudos já publicados como Magnago & Pierantoni (2014) que criticam a terceirização da saúde para as OS's e Fundações de Saúde, o que, na visão dos autores, contribui para o aumento da rotatividade, para a baixa qualificação e a desmotivação dos trabalhadores na área de saúde.

Lima, Góis e Souza (2014) estudaram a precarização do trabalho dos profissionais de saúde na atenção básica e concluíram que vínculos frágeis, baixos salários, contratos temporários e a falta de planos de cargos e carreiras são responsáveis por condições precárias de trabalho e baixa motivação do trabalhador de saúde.

O duplo vínculo e o acúmulo de cargos do profissional de saúde, presente em 39% dos entrevistados, também é um fator de sobrecarga de trabalho e está relacionado à baixa remuneração e a necessidade de complementação de renda, em decorrência do achatamento do piso salarial desses trabalhadores em nosso país e que contribui para o baixo rendimento e a desmotivação desses profissionais (FEUERWERKER, 1998).

No que se refere ao preenchimento da ficha de notificação compulsória do ATG, 61% dos entrevistados referiram não ter recebido nenhum tipo de capacitação para o preenchimento da ficha de notificação, 75,6% dos entrevistados afirmaram conhecer a Portaria n. 777/2004 que define a lista de agravos de notificação compulsória de saúde do trabalhador. Uma questão importante é que 65,8% dos profissionais se julgam preparados para executar tal procedimento.

Essa peculiaridade demonstra que a prática diária e a sensibilização dos profissionais colaboram para a realização do trabalho (FERNANDES, SOUZA, MAFRA, D'OLIVEIRA, PIRES, COSTA; 2016). Mas a experiência do trabalho cotidiano apesar de contribuir

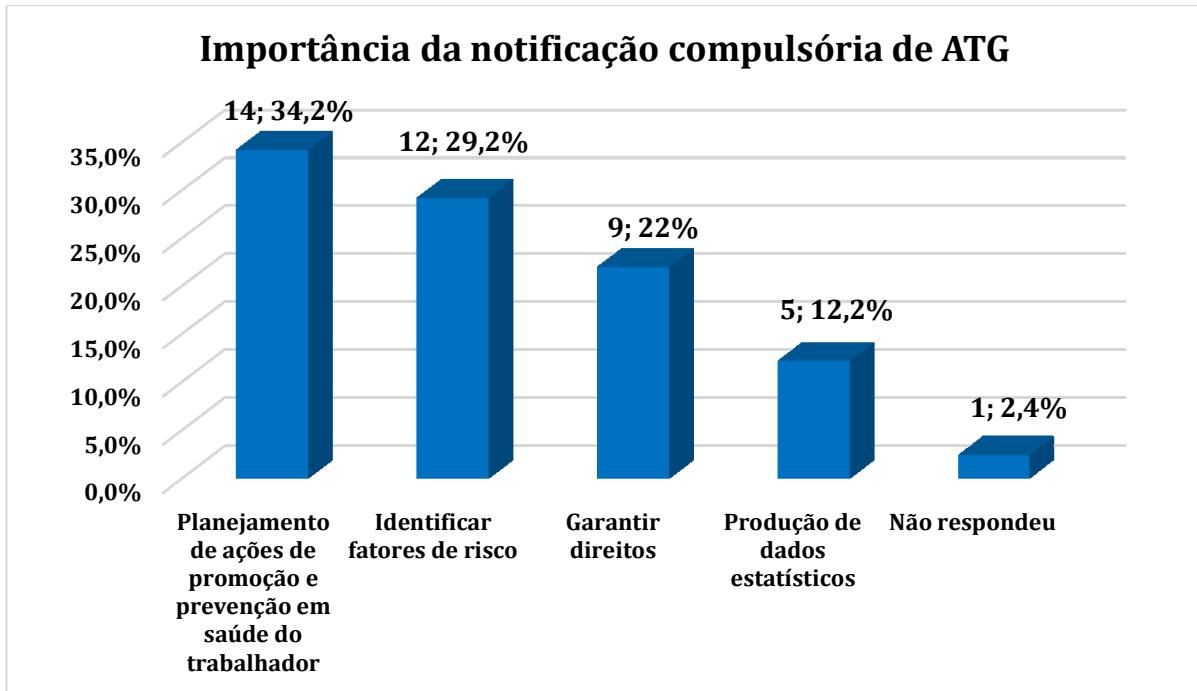
sobremaneira para o desenvolvimento de conhecimentos não é suficiente para a qualificação dos notificadores (DIAS, 2013).

O fato é que os serviços de saúde apresentam uma precariedade em relação à preparação desses profissionais notificadores que muitas vezes não tem a compreensão do trabalho como determinante da saúde. Além de ser uma política relativamente nova, a saúde do trabalhador é uma área que abarca muitas informações e necessita de um estudo aprofundado para o correto entendimento. A própria Política Nacional de segurança e Saúde do Trabalhador chama à atenção quanto à urgência na mudança dos cursos de graduação, no tocante a formação em saúde do trabalhador e em segurança do trabalho (BRASIL, 2011).

#### **4.3 Análise temática**

Questionados sobre a importância da notificação do ATG, a análise temática apontou para 4 temas classificados pela técnica de incidente crítico tabulados no Gráfico 1.

Gráfico 01 - Importância da notificação compulsória de ATG



Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

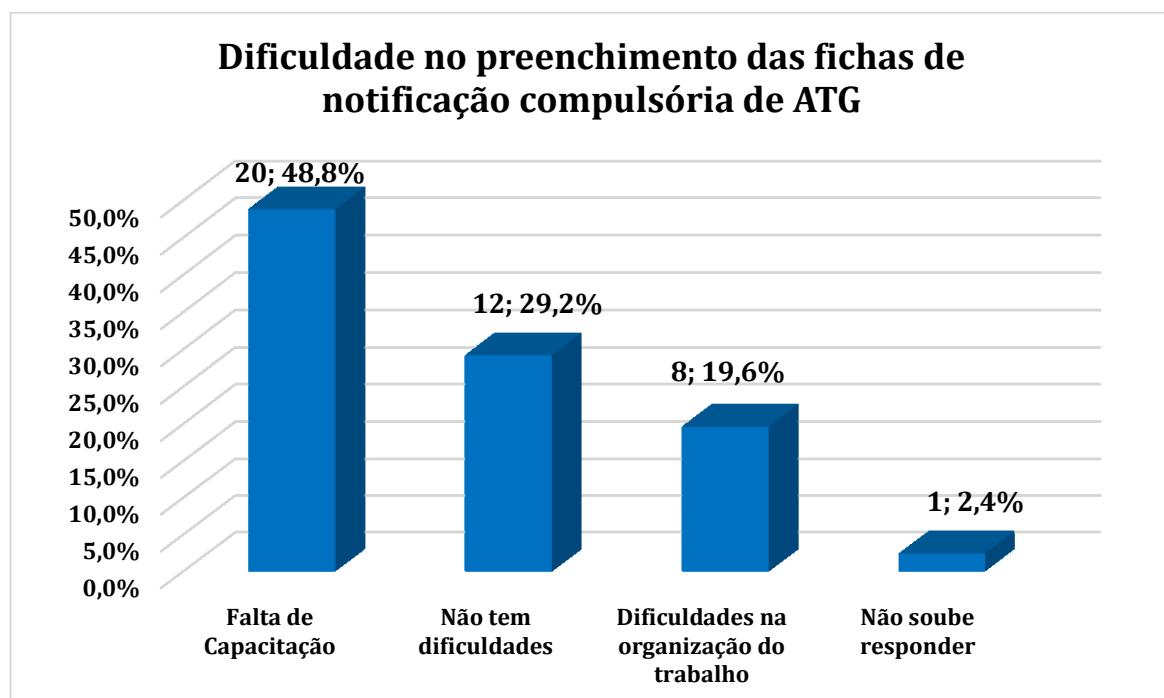
De acordo com o gráfico 01, 14 (34,2%) dos entrevistados consideram que as notificações do ATG são importantes para subsidiar o planejamento das ações de prevenção e promoção a saúde do trabalhador; 12 (29,2%) referem que as notificações permitem a

identificação dos fatores de riscos; 9 (22%) afirmaram que as notificações são necessárias para a garantia dos direitos das vítimas de ATG; 5(12,2%) entendem que as notificações são um instrumento para produzir dados estatísticos e 1(2,4%) não respondeu.

Estes resultados apontam para uma alienação dos trabalhadores de saúde notificadores do ATG nas unidades de pronto atendimento do SUS, sendo que 34,2 acreditam que os dados das fichas orientam o planejamento de estratégias de enfrentamento do ATG e apenas 22% compreendem a notificação como um ato de garantia de direitos, entretanto 41,4% entrevistados (29,2% - identificação de fatores de risco e 12,2% - produção de dados estatísticos) descrevem a notificação como um ato técnico de produção de dados.

No que se refere às dificuldades encontradas para o preenchimento das fichas de notificação, após a análise temática observou-se três fatores críticos, apresentados no gráfico 02.

Gráfico 02 - Dificuldades no preenchimento da ficha de notificação compulsória de ATG



Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Observa-se no gráfico 02 que, 28 (68,4%) dos entrevistados referiram dificuldades no preenchimento da ficha, dos quais 20(48,8%) apontam a falta de capacitação e 8(19,6%) associam as dificuldades à organização do trabalho. Relataram não ter dificuldades 12(29,2%) dos profissionais e 1 (2,4%) não soube responder.

Dias & Hoefel (2005) também evidenciaram o despreparo dos profissionais da rede de

saúde e relataram as dificuldades dos profissionais de saúde em lidar com os agravos relacionados à saúde do trabalhador devido ao escasso conhecimento em relação ao tema. De acordo com Cavalcante et al., (2015), o Brasil, por ser um dos recordistas em acidentes de trabalho em todo o mundo deve se preocupar com soluções para o enfrentamento das causas da subnotificação, sendo a capacitação e o treinamento dos profissionais notificadores estratégias fundamentais na prevenção e combate a subnotificação.

Como bem asseveram Drumond & Silva (2013), essa é uma questão que precisa ser revista em relação à Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, posto que sem informações corretas, compromete-se toda a estratégia de prevenção e minimização dos acidentes de trabalho no país. Conforme prediz a literatura, treinamentos e capacitações são essenciais para o correto preenchimento das fichas de notificação de acidentes graves e, consequentemente, para a fidedignidade das informações (CORTEZ, 2001; DRUMOND & SILVA, 2013).

As dificuldades apontadas no processo de trabalho por 19,6% dos profissionais estão relacionadas às informações incompletas nos prontuários médicos, falta de tempo, sobrecarga de trabalho, falta de impressos.

Essa informação vai de encontro a outros estudos, posto que, a falta de tempo gerada pela falta de profissionais e o ritmo acelerado de trabalho são algumas das causas relacionadas à subnotificação de acidentes de trabalho. Esses fatores muitas vezes são responsáveis ainda por desencadear uma desmotivação no profissional, fazendo com que haja um sentimento de desresponsabilização para a execução de determinadas atividades. (FIGUEIREDO, 1992; SILVA, 1996; JANSEN, 1997).

#### **4.4 Avaliação sobre o impacto da capacitação**

Quanto ao impacto da capacitação no preenchimento da ficha de notificação compulsória do ATG, os dados da pesquisa revelaram o seguinte cenário.

Quadro 04 – Preparo dos profissionais para o exercício da função

	Profissionais Treinados N=16 (39%)		Profissionais não Treinados N=25 (61%)		Total 41(100%)	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	Não
	14 (87,5)	2 (12,5%)	13 (52%)	12 (48%)	27 (65,8%)	14 (34,2%)
<b>Sentem-se preparado</b>	10 (62,5)	6 (37,5%)	19 (76%)	6 (24%)	29 (70,7%)	12 (29,3%)
<b>Tem dificuldades</b>	4 (25%)	12 (75%)	16 (64%)	9 (36%)	20 (48,7%)	21 (51,3%)
<b>Necessitam de capacitação</b>						

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Segundo dados da pesquisa dos 16 (39%) profissionais notificadores treinados, 14 (87,5%) sentem-se preparados, 4 (25%) necessitam de capacitação e 10 (62,5%) tem dificuldades no preenchimento da ficha de notificação do ATG.

Em relação aos 25 (61%) dos profissionais notificadores que não receberam treinamento, 13 (52%) sentem-se preparados, 16 (64%) necessitam de capacitação e 19 (76%) referem dificuldades para realizar o registro do ATG.

Os dados demonstram que apenas 2 (12,5%) dos profissionais treinados não se sentem preparados enquanto que, entre os profissionais não treinados quase metade da amostra entrevistada, 12 (48%) relataram não se sentirem preparados para realizarem o preenchimento da ficha de ATG. Entre os profissionais não treinados 16 (64%) referiram necessitar de capacitação, percentual significativamente menor entre os profissionais treinados, que somam 4 (25%). Quando questionados em relação às dificuldades, 62,5% dos profissionais treinados e 76% dos profissionais não treinados afirmaram ter dificuldades no preenchimento da ficha do ATG. Esse alto percentual está relacionado à necessidade de capacitação e a aspectos relacionados organização do trabalho na unidade.

Os números apresentados chamam a atenção não só para a pouca efetividade dos treinamentos já realizados, mas também para o alto índice (70,7%) de profissionais notificadores que apresentam dificuldades para preencher as fichas de notificação do ATG.

Dessa forma destaca-se a relevância da realização de capacitações mais abrangentes sobre a Política de Saúde do Trabalhador, que abordem a temática de forma sistêmica e articulada visando uma atuação mais eficiente e não apenas treinamentos operacionais com o objetivo de cumprir tarefas fragmentadas que levem em consideração somente à prática no trabalho.

## 5 CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa foi desenvolvida com a finalidade de compreender os desafios para a realização da notificação do ATG nas unidades de pronto atendimento da rede SUS. Ademais, pretendeu-se caracterizar o perfil dos profissionais notificadores e conhecer as principais dificuldades na realização da notificação compulsória do ATG.

Os resultados do presente estudo apontaram para uma subnotificação dos ATG's registrados no SINAN (309) acima de 90% quando comparados ao banco de dados do INSS (3916).

E importante destacar que os casos registrados no banco de dados do INSS são referentes apenas ao mercado formal, ou seja, o trabalhador vinculado à Previdência Social, indicando que a subnotificação no SINAN é ainda maior, por se tratar de um banco de dados sensível aos casos de ATG's ocorridos com trabalhadores inseridos no mercado informal.

O perfil dos notificadores nas unidades de pronto atendimento é o seguinte: enfermeiras, com idade entre 31 a 40 anos, com menos de 10 anos de profissão, menos de 5 anos no trabalho atual, Celetista, com mais de um vínculo empregatício.

Esse perfil aponta para a alta rotatividade nas unidades, a sobrecarga de trabalho e para a necessidade de formação de profissionais notificadores.

De acordo com as entrevistas, os principais fatores relacionados à subnotificação são a necessidade de capacitação e problemas relacionados à organização do trabalho nas unidades de pronto atendimento da rede SUS.

Outro fato limitante para a melhora das notificações apontado neste estudo diz respeito à inexistência do trabalho em rede e a falta de diálogo entre as diversas instituições, dificultando assim a construção de mecanismos e estratégias para a efetivação das políticas de promoção e proteção à saúde dos trabalhadores.

A fim de enfrentar este problema, sugere-se:

1 - A implantação de núcleos epidemiológicos em todas as unidades notificadoras constituídos por profissionais de carreira, evitando a alta rotatividade nas unidades, o que interfere negativamente na continuidade de qualquer programa de saúde.

2 - A construção de um sistema de informação sobre a saúde dos trabalhadores que leve em consideração a resolução dos problemas aqui apontados, sobretudo a conscientização dos profissionais notificadores da sua importância no processo de vigilância, assim como sensibilizá-los quanto aos benefícios desses registros para os trabalhadores do município de Uberlândia. Mais que capacitações, sugere-se uma educação permanente no intuito de

reorientar ações, de acordo com as necessidades identificadas no dia a dia.

3 - A efetivação do trabalho em rede nos diversos setores da rede SUS em Uberlândia, além da consolidação de estratégias interinstitucionais entre INSS e CEREST. Com certeza a disponibilização da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), pelo INSS, seria uma ação positiva para o conhecimento e desenvolvimento de ações por parte do CEREST no que diz respeito à investigação, vigilância e inserção desses acidentes no SINAN. Essas são, pois, as recomendações em relação a este estudo.

A autora espera que esse estudo contribua para a revisão de estratégias promovendo a efetivação da notificação do ATG no município de Uberlândia (MG) e a consequente melhora nas condições e segurança nos ambientes e processos de trabalho.

Por fim, que possamos contribuir para que a classe trabalhadora do nosso município não perca a “[...] esperança de poder voltar a sonhar com um trabalho sem *pathos*, isto é, sem dor, doença ou morte” (MENDES; WAISSANN, 2005, p. 36).

## REFERÊNCIAS

- ABRÃO, A. N. **Curso de aperfeiçoamento em Gerência de Unidades Básicas de Saúde, Gestão da Clínica e do Cuidado.** Niterói: CEAD-UFF, 2016. ISBN: 978-85-62007-58-3. Saúde Pública. 2. Gestão em Saúde. 3. Unidades Básicas de Saúde – SUS. 4. Trabalho em Saúde. I. Título.
- ALMEIDA I. M.; BINDER M. C. P. Metodologia de Análise de Acidentes: Investigação de acidentes do trabalho. In: **Combate aos Acidentes Fatais Decorrentes do Trabalho.** Brasília: MTE/SIT/DSST/FUNDACENTRO, 2000, p.35-5.
- ALMEIDA, C. Novos modelos de atenção à saúde. In: **Políticas de Saúde e Inovação Institucional:** uma agenda para os anos 90. Rio de Janeiro, ENSP, 1996. p. 69-98.
- ALVES, R. B. Vigilância em saúde do trabalhador e promoção da saúde: aproximações possíveis e desafios. **Caderno Saúde Pública**, v.19, n. 1. Rio de Janeiro, 2003.
- AMARO, A; PÓVOA, A; MACEDO, L. **A arte de fazer questionários.** Porto, Portugal: Faculdade de Ciência da Universidade do Porto, 2005.
- ARAÚJO, M. M. P; SILVA, C, G. A importância do sistema de informação de agravos de notificação - SINAN para a vigilância epidemiológica do Piauí. **Revista Interdisciplinar Ciências e Saúde**, v. 2, n.3, Piauí, 2015.
- AREOSA, J, DWYER, T. Acidentes de trabalho: uma abordagem sociológica. **Configurações**, 7, 2010, p. 107-128. <https://doi.org/10.4000/configuracoes.213>
- AUGUSTO, L. G. S. **Saúde do Trabalhador e Sustentabilidade do Desenvolvimento Humano Local:** Ensaios em Pernambuco. Recife: Editora Universitária da UFPE, 2009.
- BARBOSA, O. L.; RAMOS, W. Importância da prevenção de acidentes no setor da construção civil: um estudo de caso em Uberlândia, Minas Gerais, Brasil. **Revista Conhecendo Online**, v. 2, n. 4, 2012.
- BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo.** Portugal: Edições 70, 1979.
- BONAVIDES, P. **Curso de Direito Constitucional.** 24. ed. São Paulo: Malheiros, 2009.
- BOTTOSSO, R. M. Biossegurança na Assistência à Saúde. **Revista Nursing**, Cuiabá, v.70, n. 7, p. 35-92, mar. 2005.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicacomilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicacomilado.htm)>. Acesso em: 10 jun. 2016.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Lei n. 8.080/90, de 19 de setembro de 1990.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set 1990. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=134238>>. Acesso em: 18 jun. 2017.

\_\_\_\_\_. **Lei 8.213, de 24 de julho de 1991.** Dispõe sobre os planos de benefícios da Previdência Social e dá outras providências. 1991. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/Leis/8213cons.html>>. Acesso em 02 fev. 2015

\_\_\_\_\_. Ministério do Trabalho. **Trabalho Infantil - 2000.** Disponível em: <<http://www.mtb.gov.br/esta/acidentes97/>> Acesso em 20 de março de 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde - Brasil. **Doenças Relacionadas ao Trabalho:** Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde do Brasil, 2001. 580 p.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 1.679 de 19 de setembro de 2002.** Dispõe sobre a estruturação da rede nacional de atenção integral à saúde do trabalhador no SUS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set. 2002 a. Disponível em: <<https://goo.gl/nhxH5d>>. Acesso em: 22 nov. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Notificação de acidentes do trabalho fatais, graves e com crianças e adolescentes /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2002 b. 32 p.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 777 de 28 de abril de 2004.** Dispõe sobre os procedimentos técnicos para a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador em rede de serviços sentinela específica, no Sistema Único de Saúde - SUS Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTRARIAS/Port2004/GM/GM-777.htm>>. Acesso em 26 de julho 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Notificação de acidentes de trabalho fatais, graves e com crianças e adolescentes.** Saúde do Trabalhador: protocolos de complexidade diferenciada. Secretaria de Atenção à Saúde, 2006a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação de Agravo de Notificação.** Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Brasília, 2006b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Manual de Gestão e Gerenciamento.** Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador. Brasília, 2006c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Manual de normas e rotinas do Sistema de Informação de Agravos de Notificação.** Brasília, DF, 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Previdência Social. **Anuário Estatístico da Previdência Social 2008.** Disponível em:<<http://www.previdenciasocial.gov.br/conteudoDinamico.php?id=850>>Acesso em 28 de março em 2018.

\_\_\_\_\_. Tribunal Superior do Trabalho. **Dados oficiais de acidentes de trabalho em 2011.** Disponível em: <<http://www.tst.jus.br/web/trabalhoseguro/dados-nacionais>>. Acesso em: 12 jul. 2017.

- \_\_\_\_\_. Ministério da Previdência Social. **Anuário Estatístico de Acidentes do Trabalho, 2012a.** Disponível em: <<http://www.previdencia.gov.br/estatisticas>>. Acesso em: 20 ago. 2016
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.823 de 23 de agosto de 2012.** Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Disponível em: <[http://saude.es.gov.br/Media/sesa/CEREST/site%20%20Portaria\\_1823\\_12\\_institui\\_politica.pdf](http://saude.es.gov.br/Media/sesa/CEREST/site%20%20Portaria_1823_12_institui_politica.pdf)> 2012b. Acesso em: 22 jul. 2017.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1271 de 6 de junho de 2014.** Define a lista nacional de notificação compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo território nacional. Brasília, DF; jun. 2014a.
- \_\_\_\_\_. Ministério do Trabalho e Previdência Social. **Anuário Estatístico da Previdência Social.** 2014b. Disponível em: <<http://www.previdencia.gov.br/wp-content/uploads/2016/07/AEPS-2014.pdf>>. Acesso em: 24 mar. 2017.
- \_\_\_\_\_. **Implantação das redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS.** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Brasília, 2014c.
- \_\_\_\_\_. **Consolidação das Leis do Trabalho.** Vade Mecum. São Paulo: Saraiva, 2016a.
- \_\_\_\_\_. **Estatuto da Criança e do Adolescente.** Vade Mecum. São Paulo: Saraiva, 2016b.
- BUDEL, D. G. O. Acidente de trabalho: conceito, caracterização e competência. **Revista UNIFACS**, Salvador n. 140, 2012.
- BRUGGEMANN, O. M., PARPINELLI, M. A. Utilizando as abordagens quantitativa e qualitativa na produção do conhecimento. **Rev. esc. Enferm**, USP, v.42, n.3, São Paulo, set. 2008.
- CAMPOS, A. G; GURGEL, A. M. Acidentes de trabalho graves e atividades produtivas nas regiões administrativas de saúde em Pernambuco: uma análise a partir da identificação de aglomerados produtivos locais. **Rev. bras. saúde ocup.**, v.41, São Paulo, 2016.
- CAVALCANTE, C. A. A, et al. ATG no Rio Grande do Norte: estudo transversal. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v.14, n. 4, 2015.
- CHIAVEGATTO, C. V.; ALGRANTI, E. Políticas públicas de saúde do trabalhador no Brasil: oportunidades e desafios. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 38, n. 127, p. 25-27, 2013. <https://doi.org/10.1590/S0303-76572013000100005>
- CORTEZ, S. A. E. **Acidente de trabalho: uma realidade ainda a ser desvendada:** Ribeirão Preto S.P, 1989. Os descaminhos que não levam aos acidentes de trabalho. Dissertação de Mestrado. 181 fls. Curso de Medicina do Trabalho, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, São Paulo, 2001.
- COSTA, H. J. **Manual de acidente do trabalho.** 3<sup>a</sup> ed. Curitiba: Juruá, 2008.
- DALRI, R. S. M. B et al. Carga horária de trabalho dos enfermeiros e sua relação com as reações fisiológicas do estresse. **Revista Latino-Americana**, nov.- dez. 2014; 22(6):959-65.

<https://doi.org/10.1590/0104-1169.3292.2503>

DIAS, E. C. **Atenção à Saúde dos Trabalhadores no Setor Saúde, no Brasil: Realidade, Fantasia ou Utopia?** Tese (Doutorado em Medicina). 335 fls. Universidade de Campinas, Campinas, 1994.

DIAS, E. C. et al. Desenvolvimento de ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST). In: Gomez CM, Machado JMH, Pena PGL, organizadores. **Saúde do Trabalhador na Sociedade Contemporânea Brasileira**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011. 540 p.

DIAS, E. C.; HOEFEL, M. G. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. **Ciência e Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n.8, p. 817-825, 2005.

DIAS, M. D. A. Compreendes o trabalho na atenção primária à saúde para desenvolver em saúde do trabalhador: o caso de um município de médio porte. **Rev. bras. saúde ocup**, v.38, n.127, São Paulo, jan./jun., 2013.

DRUMOND, E. F; SILVA, J. M. Avaliação de estratégia para identificação e mensuração dos acidentes de trabalho fatais. **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, maio 2013.

FERNANDES, M. C; SOUZA, N. V. D. O; MAFRA, I. F. D'OLIVEIRA, C. A. F. B; PIRES, A. S; COSTA, C. C. P. The content of occupational health and teaching methods in nursing education. **Esc. Anna Nery**, v.20, n.3, Rio de Janeiro, 2016, jun. 14, 2016.

FERREIRA, D. M. **Morbi-mortalidade de Agravos Relacionados ao Trabalho em Pernambuco de 2007 a 2010**. Dissertação (Mestrado profissional em Saúde Pública). 77 fls. Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Recife, 2012.

FEUERWERKER, Laura C. M. Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil. **Interface** (Botucatu), v.2, n.3, Botucatu, ago. 1998.

FEUERWERKER, L. C. M.; SOUSA, M. F. Em busca de um novo paradigma: a arte de trabalhar em rede. **Divulg. Saúde para Debate**, n.21, p.49-53, 2000.

FIGUEIREDO, R. M. Opinião dos servidores de um hospital escola a respeito de acidentes com material perfuro-cortante na cidade de Campinas - SP. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 20, n. 76, p. 26-33, 1992.

FIGUEIREDO, N. M. A. **Método de metodologia na pesquisa científica**. São Paulo: Difusão Paulista de Enfermagem, 2004.

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UEC, 2002. Apostila.

GALDINO, A.; SANTANA, V. S; FERRITE, S. Os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador e a notificação de acidentes de trabalho no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, jan. 2012.

GAZIGNATO, E. C. S; SILVA, C. R. C. Saúde mental na atenção básica: o trabalho em rede

e o matriciamento em saúde mental na Estratégia de Saúde da Família. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 101, p. 296-304, abr./jun. 2014.

GERHARDT, T. E; SILVEIRA, D. T. **Métodos de pesquisa**. Métodos de pesquisa. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE divulga as estimativas populacionais dos municípios em 2014. **Agência IBGE Notícias**, 28/08/2014.

\_\_\_\_\_. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Produção da Pecuária Municipal**, 2015. v. 43. Rio de Janeiro: IBGE, 2015.

\_\_\_\_\_. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Produto Interno Bruto dos Municípios**, 2014.

JANSEN, A. C. **Um novo olhar para os acidentes de trabalho na enfermagem**: a questão do ensino. Dissertação (Mestrado). 175 fls. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1997.

JUNQUEIRA, L. A. P. A gestão intersetorial das políticas sociais e o terceiro setor. **Saude soc.** [online]. 2004, vol.13, n.1, pp.25-36. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902004000100004>

KARINO, M. E; MARTINS, J. T; BODROFF, M. C. C. Reflexão sobre as políticas de saúde do trabalhador no Brasil: avanços e desafios. **Cienc Cuid Saude**, 2011, abr./jun. 10(2):395-400.

LACAZ, F. A. C. **Saúde do trabalhador**: um estudo sobre as formações discursivas da academia, dos serviços e do movimento sindical. Dissertação de Mestrado. 435 fls. Curso de Medicina, área de Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1996.

LAVILLE, C.; DIONNE, J. **A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas**. Belo Horizonte: UFMG, 1999.

LEÃO, L. H. C; VASCONCELLOS, L. C. F. Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast): reflexões sobre a estrutura de rede. **Epidemiologia. Ser. Saude**, v.20, n.1, Brasília, Mar, 2011.

LIMA, L. C; GOIS, R. M. O; SOUZA, H. L. Precarização do trabalho dos profissionais de saúde na atenção básica: uma revisão integrativa no período de 2000 2013. **Anais do 11º Congresso Internacional da Rede Unida**, Interface (Botucatu) Online supl.3, 2014.

LOURENÇO, E. Â. S. **Na trilha da saúde do trabalhador**: a experiência de Franca/SP. Franca: UNESP, 2009.

LUCCA, S. R; MENDES, R. Epidemiologia dos acidentes de trabalho fatais em região metropolitana da região sudeste do Brasil 1979 – 1989. **Revista Saúde Pública**, v.27, n. 3, São Paulo, 2014.

- MACHADO, C. **Constituição Federal Interpretada**. São Paulo: Manole, 2010.
- MACHADO FILHO, L. CIPA e SIPAT. **PROTEÇÃO**, São Paulo, n. 139, p. 50-64, jul.2003.
- MAGNAGO, C.; PIERANTONI, C.R. A percepção de gestores dos municípios de Duque de Caxias e Rio de Janeiro quanto à rotatividade de profissionais na Estratégia Saúde da Família. **Revista Cereus**, Gurupi, v. 6, n. 1, p. 3-18, jan./abr. 2014.
- MALACHIAS, I.; LELES, F. A. G.; PINTO, M. A. S. **Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2010.
- MALHOTRA, N. **Pesquisa de marketing: uma orientação aplicada** 3.ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.
- MALHOTRA, N. **Pesquisa de marketing: uma orientação aplicada**. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2006.
- MARTINS, S. P. **Direito a Seguridade Social**. 29. ed. São Paulo: Atlas, 2010.
- MARZIALI, M. H. Rede de prevenção de acidentes de trabalho: uma estratégia de ensino a distância. **Rev Bras Enferm**, Brasília 2010 mar-abr; 63(2): 250-6.  
<https://doi.org/10.1590/S0034-71672010000200013>
- MEIRELLES, Z.V. **Crianças e adolescentes trabalhadores**: um compromisso para a saúde coletiva. CD Acervo - Direitos da Criança e do Adolescente, Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Humana, Rio de Janeiro, s/d.
- MENDES, J. M. R. **O verso e o anverso de uma história**: o acidente e a morte no trabalho. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2003.
- MENDES, R.; WAISSANN, W. Aspectos históricos do trabalho. In: MENDES, R. (Org.). **Patologia do trabalho**: atualiza e ampliada. Rio de Janeiro: Atheneu, 2005.
- MENDES, W. et al. Adaptação dos instrumentos de avaliação de eventos adversos para uso em hospitais brasileiros. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 11, n.1, p. 55-66, 2008. <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2008000100005>
- MERHY, E. E. A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. In. E. E. Merhy & R. Onocko (Orgs.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 2006, p. 197-228.
- MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 1998.
- MORO, G. M. B; MATTOS, K. M; SARTORI, F. **Aspectos éticos envolvendo seres humanos**. EFDeportes.com, Revista Digital. Buenos Aires, Ano 15, n. 153, fev. de 2011.
- NAPOLEÃO, A. A. et al. Causas de subnotificação de acidentes do trabalho entre trabalhadores de enfermagem. **Revista Latino Americana Enfermagem**, v.8, n.3, Ribeirão

Preto, jul. 2000.

NITAHARA, A. O Brasil é o quarto país no mundo em acidente de trabalho, alertam os juízes. **Agência Brasil**, Rio de Janeiro, 28/04/2016.

NOBRE, L. C. C. **Trabalho precário e mortes por acidentes de trabalho: a outra face da violência e a invisibilidade do trabalho.** 2007. 283 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva), Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007.

OLIVEIRA, E. R.; LUÍS, M. A. V. Distúrbios relacionados ao álcool em um setor de urgências psiquiátricas. **Caderno de Saúde Pública**. v. 2, n. 2, p. 171-9, 1996.  
<https://doi.org/10.1590/S0102-311X1996000200006>

OLIVEIRA, M. H. B; VASCONCELOS, L. C. F. Política de Saúde do Trabalhador no Brasil: muitas questões sem respostas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 8 (2), 150-158 p, 1992.

OLIVEIRA, Q.B. et al. Acidentes de trabalho na equipe de enfermagem: uma revisão de literatura. **Revista Enfermagem Contemporânea**, Salvador, v. 2, n. 1, p. 32-52, ago. 2013.

OLIVEIRA, S. G. **Indenizações por acidente de trabalho ou doença ocupacional**. 3. ed. São Paulo: LTr. 2009.

PADILHA, H.; COSTA, C. H. L. O Plano Diretor de Informações do Ministério da Saúde: uma estratégia para a sua elaboração. **Informe Epidemiológico SUS**. n. 2, p. 61-64, abril/junho, 1996.

PEREIRA, C. N. V; STUCHI, V. H. N. A interpretação constitucional do artigo 20 da Lei 8.213/91: uma nova visão da responsabilidade civil do empregador. **XV Congresso de Iniciação Científica da Universidade de Mogi das Cruzes**, 2012.

PEREIRA, R. C. et al. O sofrimento dos trabalhadores informais, vítimas de acidente de trabalho. **Revista Eletrônica de Enfermagem do Centro de Estudos de Enfermagem e Nutrição**, 2012 ago-dez 1(1) 1-13.

REVISTA CIPA. Uberlândia registra uma média mensal de 74.4% de acidentes de trabalho. **Notícias**, 18 jun. 2015.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa Social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas. 1999.

RIBEIRO, G. K. N. A. et al. Profissionais de enfermagem habilitados para o mercado de trabalho em Minas Gerais. **Revista Mineira de Enfermagem**, v.18, 2013.

ROBAZZI, M. L. C. C. et al. O prontuário hospitalar auxiliando na identificação da violência no trabalho. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, V.14, n.4, p. 499-505, out./dez. 2006.

RUIZ, M. T.; BARBOZA, D. B; SOLER, Z. A. S. G. Acidentes de trabalho: um estudo sobre a ocorrência em um hospital geral. **Arquivos de Ciências da Saúde**, São José do Rio Preto,

v. 11, n.4, p. 119-124, 2004.

SANTANA, V.; NOBRE, L.; WALDVOGEL, B. C. Acidentes de Trabalho no Brasil entre 1994 a 2004: uma revisão. **Ciência e Saúde coletiva**, v.10, n. 4, p. 841-855, 2005.  
<https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000400009>

SANTANA, V. S. et al. Acidentes de trabalho: custos previdenciários e dias de trabalho perdidos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 6, p. 1005, 2006.  
<https://doi.org/10.1590/S0034-89102006000700007>

SANTANA, V. S; GOUVEIA, A.M; SOARES, J. A Vigilância Epidemiológica em Saúde do Trabalhador. In: EXPOEPI, Oficina de Vigilância em Saúde do Trabalhador, 2008, Brasília: A Vigilância Epidemiológica em Saúde do Trabalhador: Salvador: ISC/UFBA, 2008, p.25-26.

SANTANA, V. S; SILVA, J. M. Os 20 anos da saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde do Brasil: limites, avanços e desafios. In: Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

SCHMIDT, D. R. C.; DANTAS, R. A. S. Qualidade de vida no trabalho de profissionais de enfermagem, atuantes em unidades do bloco cirúrgico, sob a ótica da satisfação. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 1, p. 54-60, 2006.  
<https://doi.org/10.1590/S0104-11692006000100008>

SCUSSIATO, L. A.; MANSANO, L. M.; KIRCHHOF, A. L. C.; KALINKE, L. P. Perfil epidemiológico dos ATG no Estado do Paraná, Brasil, 2007 a 2010. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, 22(4):621-630, out-dez 2013.

SILVA, A. P; SOUZA, Q. E. O estresse e sua relação com a jornada de trabalho da enfermagem em unidade hospitalar. NBC - Periódico Científico do Núcleo de Biociências, v.01, n.01, ago.2011.

SILVA, E. L; MENEZES, E. M. **Metodologia de pesquisa e elaboração de dissertação**. Laboratório de Ensino a Distância. USFC, 2000.

SILVA, F. A. V. **Ação de sensibilização dos profissionais de saúde quanto a importância da notificação de acidentes de trabalho em uma Unidade hospitalar de Belo Horizonte – MG**. Dissertação, 2012, Belo Horizonte, MG.

SILVA, F. M. A. Trabalho da criança e do menor aprendiz. **DireitoNet**, Artigos, 30 mai. 2006.

SILVA, G. G. **Subnotificação de acidente de trabalho fatal**: um estudo de caso no Município de Uberlândia. 2017. 82 fls. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Uberlândia, Minas Gerais, 2017.

SILVA, V. E. F. **O desgaste do trabalhador de enfermagem**: relação trabalho de enfermagem e saúde do trabalhador. São Paulo, 1996. 236fls. Tese (Doutorado). Escola de

Enfermagem, Universidade de São Paulo.

SOUZA, F. N. F; SANTANA, V. S. Mortalidade por acidentes de trabalho entre trabalhadores da agropecuária no Brasil, 2000-2010. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 32(4): e 00071914, abr, 2016.

SOUZA, A. A. A importância do trabalho em rede para o SUS. **Coopera SUS – Boletim virtual**, 2016.

SOUZA, K.R. et al. A categoria saúde na perspectiva da saúde do trabalhador: ensaio sobre interações, resistências e práxis. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. Especial, p. 254-263, jun. 2017.

SOUZA, L. L. et al. Representações de gênero na prática de enfermagem na perspectiva de estudantes. **Ciências & Cognição**, 2014; vol 19(2) 218-232.

TEIXEIRA, M. C. A invisibilidade das doenças e acidentes de trabalho na sociedade atual. **Revista do Direito Sanitário**, São Paulo, v.13, n.11, 2012, p.102-131.

UBERLÂNDIA. Prefeitura Municipal de Uberlândia. Secretaria Municipal de Saúde. Setores de Atendimento à Saúde, 2014.

WALDMAN, E. A. Usos da vigilância e da monitorização em saúde pública. **Informe Epidemiológico SUS**. n.3, p. 7-26, jul./set. 1998.

WALDVOGEL, B. C. A população paulista e os acidentes de trabalho fatais. In: **São Paulo em Perspectiva**. 17(2):42-53, 2003. <https://doi.org/10.1590/S0102-88392003000200006>

## APÊNDICE A- INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

**1.** Gênero    Masc ( )    Fem ( )

Idade: \_\_\_\_\_ anos

Categoria Profissional: \_\_\_\_\_

Tempo de Profissão: \_\_\_\_\_

Tempo no Trabalho Atual: \_\_\_\_\_

Vínculo Empregatício: \_\_\_\_\_

**2.** Você tem outro (s) vínculo (s) empregatício(s)?

( ) SIM              ( ) NÃO

**3.** De quantas horas semanais é sua jornada de trabalho (incluindo todos os vínculos de emprego):

- ( ) Até 20 horas
- ( ) De 21 a 30 horas
- ( ) De 31 a 40 horas
- ( ) Mais de 40 horas

**4.** Sua unidade preenche a ficha de notificação compulsória de acidentes graves relacionados ao trabalho?

( ) SIM              ( ) NÃO

**5.** Você tem conhecimento da Portaria que define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos relacionados ao trabalho?

( ) SIM              ( ) NÃO

**6.** Já participou de alguma capacitação sobre o preenchimento das fichas de notificação compulsória de acidentes graves relacionados ao trabalho?

( ) SIM              ( ) NÃO

**7.** Sente-se preparado para preencher a Ficha de Notificação Compulsória de ATG?

( ) SIM              ( ) NÃO

**8.** Descreva a importância da Notificação Compulsória de ATG relacionados ao trabalho e quais os benefícios do preenchimento dessa ficha para o trabalhador?

---



---



---

**9.** Quais as dificuldades no preenchimento da ficha de notificação compulsória de acidente grave?

---



---



---

## ANEXO A – FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE ATG

República Federativa do Brasil  
Ministério da Saúde

**SINAN**  
**SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO**  
**FICHA DE INVESTIGAÇÃO**      **ACIDENTE DE TRABALHO GRAVE**

Nº

**Definição de caso:** São considerados acidentes de trabalho aqueles que ocorram no exercício da atividade laboral, ou no percurso de casa para o trabalho e vice-versa (acidentes de trajeto), podendo o trabalhador estar inserido tanto no mercado formal quanto no informal de trabalho. São considerados Acidentes de Trabalho Graves aqueles que resultam em morte, aqueles que resultam em mutilações e aqueles que acontecem com menores de dezoito anos.

\*Acidente de trabalho fatal: é quando o acidente resulta em óbito imediatamente ou até 12 horas após sua ocorrência.

\*Acidentes de trabalho com mutilações: é quando o acidente ocasiona lesão (polid traumáticos, amputações, esmagamentos, traumas ao crânio-encefálico, fratura de coluna, lesão de medula espinhal, trauma com lesões viscerais, eletrocussão, asfixia, queimaduras, perda de consciência e aborto) que resulte em internação hospitalar, a qual poderá levar a redução temporária ou permanente da capacidade para o trabalho.

\*Acidentes do trabalho em crianças e adolescentes: é quando o acidente de trabalho acontece com pessoas menores de dezoito anos.

<b>Dados Gerais</b>	1 Tipo de Notificação 2 - Individual  2 Agravo/doença <b>ACIDENTE DE TRABALHO GRAVE</b> Código (CID10) <b>Y 96</b>  3 Data da Notificação  4 UF <b>UF</b> 5 Município de Notificação Código (IBGE)  6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) Código  7 Data do Acidente  8 Nome do Paciente  9 Data de Nascimento  10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano  11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado  12 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Índice gestacional ignorado 5-Riso 6-Não se aplica  13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Indígena 4-Parda 5-Ignorado  14 Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Escola fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Escola médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Escola médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10-Não se aplica
<b>Notificação Individual</b>	15 Número do Cartão SUS 16 Nome da mãe  17 UF <b>UF</b> 18 Município de Residência Código (IBGE)  19 Distrito  20 Bairro 21 Logradouro (rua, avenida,...)  22 Número 23 Complemento (apto., casa, ...)  24 Geo campo 1  25 Geo campo 2 26 Ponto de Referência  27 CEP  28 (DDD) Telefone 29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periférica 9 - Ignorado  30 País (se residente fora do Brasil)
<b>Dados de Residência</b>	<b>Dados Complementares do Caso</b>
<b>Anexos Epidemiológicos</b>	31 Ocupação  32 Situação no Mercado de Trabalho 01- Empregado registrado com carteira assinada 02 - Empregado não registrado 03- Autônomo conta própria 04- Servidor público estatutário 05 - Servidor público celetista 06- Apresentado 07- Desempregado 08 - Trabalho temporário 09 - Cooperativado 10- Trabalhador avulso 11- Empregador 12- Outros  33 Tempo de Trabalho na Ocupação 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano  34 Local Onde Ocorreu o Acidente 1- Instalações do contratante 2 - Via pública 3- Instalações de terceiros 4- Domicílio próprio  35 Registro/ CNPJ ou CPF  36 Nome da Empresa ou Empregador  37 Atividade Econômica (CNAE)  38 UF 39 Município  40 Distrito  41 Bairro  42 Endereço  43 Número 44 Ponto de Referência  45 (DDD) Telefone  46 O Empregador é Empresa Tercelizada 1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9- Ignorado

<b>Antecedentes Epidemiológicos</b>	<b>47</b> Se Empresa Tercelizada, Qual o CNAE da Empresa Principal	<b>48</b> CNPJ da Empresa Principal	
	<b>49</b> Razão Social (Nome da Empresa)		
<b>Dados do Acidente</b>	<b>50</b> Hora do Acidente H (hora) M (minutos)	<b>51</b> Horas Após o Início da Jornada H (hora) M (minutos)	
	<b>52</b> UF <b>53</b> Município de Ocorrência do Acidente <b>Código (IBGE)</b>	<b>54</b> Código da Causa do Acidente CID 10 (de V01 a Y98) <b>CID 10</b>	
<b>Dados do Atendimento Médico</b>	<b>55</b> Tipo de Acidente 1- Típico 2- Trajeto 9- Ignorado	<b>56</b> Houve Outros Trabalhadores Atingidos 1- Sim 2- Não 9- Ignorado	<b>57</b> Se Sim, Quantos
	<b>58</b> Ocorreu Atendimento Médico? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	<b>59</b> Data do Atendimento	<b>60</b> UF
<b>Conclusão</b>	<b>61</b> Município do Atendimento <b>Código (IBGE)</b>	<b>62</b> Nome da U. S de Atendimento <b>Código</b>	
	<b>63</b> Partes do Corpo Atingidas 01- Olho 04- Tórax 07- Membro superior 10- Todo o corpo 02- Cabeça 05- Abdome 08- Membro Inferior 11- Outro 03- Pescoço 06- Mão 09- Pé 99- Ignorado	<b>64</b> Diagnóstico da Lesão <b>CID 10</b>	<b>65</b> Regime de Tratamento 1- Hospitalar 2- Ambulatorial 3- Ambos 9- Ignorado
<b>66</b> Evolução do Caso 1- Cura 2- Incapacidade temporária 3- Incapacidade parcial	4- Incapacidade total permanente 5- Óbito por acidente de trabalho grave 6- Óbito por outras causas	7- Outro 9- Ignorado	
<b>67</b> Se Óbito, Data do Óbito	<b>68</b> Foi Emitida a Comunicação de Acidente no Trabalho - CAT 1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9 - Ignorado		

### Informações complementares e observações

Descrição sumária de como ocorreu o acidente/ atividade/ causas/ condições/ objeto/ agentes que concorreram direta ou indiretamente para a ocorrência do acidente

Outras informações:

<b>Investigador</b>	Município/Unidade de Saúde	<b>Cód. da Unid. de Saúde</b>
	Nome	Função

Acidente de Trabalho Grave

SVS 27/09/2005

## ANEXO B – PARECER CONSUSTANCIADO NO CEP



### PARECER CONSUSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** A NOTIFICAÇÃO DE ACIDENTES DE TRABALHO GRAVES: PERSPECTIVA DOS TRABALHADORES DAS UNIDADES NOTIFICADORAS NO MUNICÍPIO DE UBERLÂNDIA, MG

**Pesquisador:** ROSIANE DE ARAUJO FERREIRA POLIDO

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 60547616.9.0000.5152

**Instituição Proponente:** PPGAT- MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE AMBIENTAL E SAÚDE DO

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.864.936

#### Apresentação do Projeto:

Conforme apresenta o protocolo: Os acidentes relacionados ao trabalho tornam-se objeto de estudo crescente por trazerem prejuízos relevantes à saúde do trabalhador, constituindo assim um importante problema de saúde pública. Conhecer o impacto do trabalho sobre a saúde é imprescindível para a obtenção de informações confiáveis que auxiliem na formulação de políticas públicas voltadas a saúde do trabalhador. A partir dessa lógica, a Notificação Compulsória de Acidentes de Trabalho Graves se torna uma ferramenta essencial para o conhecimento da realidade. O projeto será executado em duas etapas: A primeira etapa terá abordagem quantitativa através de pesquisa documental e a coleta de dados registrados SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação no banco de dados no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador - CEREST.

A segunda etapa será realizada a partir da análise de entrevista semi estruturada contendo 4 perguntas objetivas e 1 subjetiva. A entrevista será realizada com 37 profissionais de saúde responsáveis pelo preenchimento das fichas de notificação compulsória, em nove Unidades Notificadoras (Unidades de Atendimento Integrado: Luizote, Martins, Morumbi, Pampulha, Planalto, Roosevelt, São Jorge, Tibery) e Universidade Federal de Uberlândia. Em seguida realizar-se-á uma abordagem qualitativa para identificação de possíveis dificuldades dos profissionais na realização

**Endereço:** Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica

**Bairro:** Santa Mônica **CEP:** 38.408-144

**UF:** MG **Município:** UBERLANDIA

**Telefone:** (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4335 **E-mail:** cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 1.864.936

das notificações dos acidentes de trabalho graves. O presente estudo visa contribuir para a melhoria das notificações de acidentes de trabalho graves, possibilitando o desenvolvimento de estratégias de atuação no campo da promoção e da prevenção dos problemas de saúde coletiva relacionados ao trabalho.

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário: Conhecer na percepção dos profissionais das unidades notificadoras a importância do registro e as dificuldades no preenchimento das fichas de notificação compulsória dos acidentes de trabalho graves.

Objetivos Secundários: Identificar a importância que os profissionais de saúde atribuem em relação ao processo de notificação dos acidentes de trabalho graves; Identificar na percepção dos profissionais de saúde das unidades notificadoras os aspectos dificultadores na notificação dos acidentes de trabalho graves; Indicar estratégias para a melhoria na notificação dos acidentes de trabalho grave.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Segundo os pesquisadores:

Riscos: Não existe uma pesquisa sem riscos, verifica-se que nesta pesquisa o cuidado se refere a preservar o sigilo e a identidade do sujeito de pesquisa, conforme esta conforme a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde CNS. Contudo é importante salientar que a metodologia da pesquisa prevê que não serão utilizadas variáveis que possam identificar os participantes ou causar-lhes constrangimento. Além disso, a equipe de pesquisadores se compromete com o sigilo absoluto da identidade dos sujeitos.

Benefícios: Com relação aos benefícios, é esperado obter o diagnóstico da percepção dos profissionais de saúde que favorecerá a sensibilização dos mesmos quanto a importância da realização das notificações de acidente de trabalho graves, através do preenchimento das fichas de notificação e consequentemente a consolidação de serviços de saúde voltados a atenção Integral a Saúde do Trabalhador.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Não há.

<b>Endereço:</b>	Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica				
<b>Bairro:</b>	Santa Mônica				
<b>UF:</b>	MG	<b>Município:</b>	UBERLANDIA	<b>CEP:</b>	38.408-144
<b>Telefone:</b>	(34)3239-4131	<b>Fax:</b>	(34)3239-4335	<b>E-mail:</b>	cep@propp.ufu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
UBERLÂNDIA/MG



Continuação do Parecer: 1.864.936

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Adequados.

**Recomendações:**

Não há.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

As pendências apontadas no parecer consubstanciado número 1.833.558, de 22 de Novembro de 2016, foram atendidas.

De acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12, o CEP manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto.

O protocolo não apresenta problemas de ética nas condutas de pesquisa com seres humanos, nos limites da redação e da metodologia apresentadas.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Data para entrega de Relatório Final ao CEP/UFU: Novembro de 2017.

**OBS.:** O CEP/UFU LEMBRA QUE QUALQUER MUDANÇA NO PROTOCOLO DEVE SER INFORMADA IMEDIATAMENTE AO CEP PARA FINS DE ANÁLISE E APROVAÇÃO DA MESMA.

O CEP/UFU lembra que:

- a- segundo a Resolução 466/12, o pesquisador deverá arquivar por 5 anos o relatório da pesquisa e os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, assinados pelo sujeito de pesquisa.
- b- poderá, por escolha aleatória, visitar o pesquisador para conferência do relatório e documentação pertinente ao projeto.
- c- a aprovação do protocolo de pesquisa pelo CEP/UFU dá-se em decorrência do atendimento a Resolução CNS 466/12, não implicando na qualidade científica do mesmo.

Orientações ao pesquisador :

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 466/12 ) e deve receber uma via original do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e

**Endereço:** Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica

**Bairro:** Santa Mônica

**CEP:** 38.408-144

**UF:** MG

**Município:** UBERLÂNDIA

**Telefone:** (34)3239-4131

**Fax:** (34)3239-4335

**E-mail:** cep@propp.ufu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
UBERLÂNDIA/MG



Continuação do Parecer: 1.864.936

descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS 466/12), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata.

- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS 466/12). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.
- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprobatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res.251/97, item III.2.e).

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJECTO_782719.pdf	24/11/2016 19:59:14		Aceito
Outros	carta_pendencias.doc	24/11/2016 19:50:54	ROSIANE DE ARAUJO FERREIRA POLIDO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_de_pesquisa.pdf	24/11/2016 19:47:49	ROSIANE DE ARAUJO FERREIRA POLIDO	Aceito
Outros	Declaracao_uais_sal_da_terra.jpg	24/11/2016 14:13:33	ROSIANE DE ARAUJO FERREIRA POLIDO	Aceito
Outros	Declaracao_UAIS_fundasus.jpg	24/11/2016 14:12:34	ROSIANE DE ARAUJO FERREIRA POLIDO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	30/09/2016 17:02:12	ROSIANE DE ARAUJO FERREIRA POLIDO	Aceito
Folha de Rosto	Folha_rosto.pdf	29/09/2016 14:55:05	ROSIANE DE ARAUJO FERREIRA POLIDO	Aceito

**Endereço:** Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica

**Bairro:** Santa Mônica

**CEP:** 38.408-144

**UF:** MG

**Município:** UBERLANDIA

**Telefone:** (34)3239-4131

**Fax:** (34)3239-4335

**E-mail:** cep@propp.ufu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
UBERLÂNDIA/MG



Continuação do Parecer: 1.864.936

Outros	Ficha_notificacao.pdf	29/09/2016 14:54:05	ROSIANE DE ARAUJO FERREIRA POLIDO	Aceito
Outros	Decalaracao_inst_coparticipante.pdf	29/09/2016 14:53:06	ROSIANE DE ARAUJO FERREIRA POLIDO	Aceito
Outros	Link_lattes.pdf	23/09/2016 15:05:00	ROSIANE DE ARAUJO FERREIRA POLIDO	Aceito
Outros	Termo_compromisso.pdf	23/09/2016 15:04:26	ROSIANE DE ARAUJO FERREIRA POLIDO	Aceito
Outros	Instrumento_coleta_dados.pdf	23/09/2016 15:03:04	ROSIANE DE ARAUJO FERREIRA POLIDO	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

UBERLANDIA, 13 de Dezembro de 2016

Assinado por:

**Sandra Terezinha de Farias Furtado**  
(Coordenador)

<b>Endereço:</b> Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica	
<b>Bairro:</b> Santa Mônica	<b>CEP:</b> 38.408-144
<b>UF:</b> MG	<b>Município:</b> UBERLÂNDIA
<b>Telefone:</b> (34)3239-4131	<b>Fax:</b> (34)3239-4335
<b>E-mail:</b> cep@propp.ufu.br	

## **ANEXO C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa intitulada “A Notificação de ATG: Perspectiva Dos Trabalhadores Das Unidades Notificadoras No Município de Uberlândia.” Sob a responsabilidade das pesquisadoras Prof. Dr<sup>a</sup>. Rosiane de Araújo Ferreira Polido (orientadora/responsável) e Lilian Cazarotti Arantes.

Nesta pesquisa nós estamos buscando conhecer as dificuldades que os Trabalhadores Das Unidades Notificadoras enfrentam no preenchimento das Fichas de Notificação Compulsória de ATG, visando aprofundar a discussão sobre a importância das notificações no desenvolvimento de estratégias de atuação no campo da promoção e prevenção dos problemas de saúde coletiva relacionada ao trabalho no município de Uberlândia.

Na sua participação você responderá uma entrevista semiestruturada e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será obtido pelo pesquisador no momento da entrevista. Em nenhum momento você será identificado. Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim a sua identidade será preservada. Você não terá nenhum gasto e ganho financeiro por participar na pesquisa. Em de caso despesas com deslocamento, os pesquisadores garantem o ressarcimento ao participante.

Os riscos da pesquisa relacionam-se ao vazamento de informações que por ventura não desejem que se tornem públicas. Contudo, a pesquisa não pretende trabalhar com dados que possam provocar algum transtorno para os participantes. Ademais, é importante salientar que a metodologia da pesquisa prevê que não serão utilizadas variáveis que possam identificar os participantes como nome ou endereço. Além disso, o pesquisador se responsabiliza por manter o sigilo das informações.

Os benefícios serão indiretos, pois obter o diagnóstico da percepção dos profissionais de saúde favorecerá a sensibilização dos mesmos quanto à importância da realização das notificações de ATGs através do preenchimento das fichas de notificação e consequentemente a consolidação de serviços de saúde voltados a atenção Integral a Saúde do Trabalhador.

Você é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo ou coação. Uma via original deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com você. Qualquer dúvida a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com: Lilian Cazarotti Arantes – Centro de Referência em Saúde do Trabalhador fone: (34) 3236-5266; Rosiane de Araújo Ferreira Polido – Instituto de Geografia/UFU, email: [ig@ufu.br](mailto:ig@ufu.br); fone: (34) 3239-4169 / 3239-4210 / 3239-4221.

Poderá também entrar em contato com o Comitê de Ética na Pesquisa com Seres-Humanos – Universidade Federal de Uberlândia: Av. João Naves de Ávila, nº 2121, bloco A, sala 224, Campus Santa Mônica – Uberlândia – MG, CEP: 38408-100; fone: (34) 3239-4131.

O Comitê de Ética na Pesquisa com Seres-Humanos (CEP) é um colegiado independente criado para defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos conforme resoluções do Conselho Nacional de Saúde.

Uberlândia, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

---

Pesquisadora Rosiane de A. F. Polido

---

Pesquisadora Lilian Cazarotti Arantes

Eu aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido.

---