



UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL
CAMPUS DE CERRO LARGO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM DESENVOLVIMENTO
E POLÍTICAS PÚBLICAS - MESTRADO

SINARA DANIELI ZWAN

OS AGRAVOS DE TRABALHO SOB O OLHAR DA POLÍTICA NACIONAL DE
SAÚDE DO TRABALHADOR (A) PARA A 12ª COORDENADORIA REGIONAL DE
SAÚDE DO RS

CERRO LARGO

2018

SINARA DANIELI ZWAN

**OS AGRAVOS DE TRABALHO SOB O OLHAR DA POLÍTICA NACIONAL DE
SAÚDE DO TRABALHADOR (A) PARA A 12ª COORDENADORIA REGIONAL DE
SAÚDE DO RS**

Dissertação de mestrado, apresentada à Banca de Defesa do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu*- Mestrado em Desenvolvimento e Políticas Públicas da Universidade da Fronteira Sul, como requisito para obtenção do título de Mestre em Desenvolvimento Políticas Públicas.

Orientadora: Dr.^a Dionéia Dalcin

CERRO LARGO

2018

Bibliotecas da Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS

, Sinara Danieli Zwan

Os Agravos De Trabalho Sob O Olhar Da Política Nacional De Saúde Do Trabalhador(A) Para A 12ª Coordenadoria Regional De Saúde Do RS / Sinara Danieli Zwan . -- 2018.
139 f.:il.

Orientadora: Doutora Dionéia Dalcin.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal da Fronteira Sul, Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento e Políticas Públicas-PPGDPP, Cerro Largo, RS , 2018.

1. Região 12ª Coordenadoria Regional de Saúde/RS (R11), 2012. 2. Variáveis da pesquisa relacionadas aos agravos de Trabalho. I. Dalcin, Dionéia, orient. II. Universidade Federal da Fronteira Sul. III. Título.

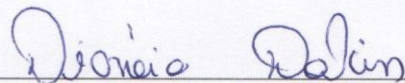
OS AGRAVOS DE TRABALHO SOB O OLHAR DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR (A) PARA A 12ª COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE DO RS

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa *Stricto Sensu* de Pós-Graduação em Desenvolvimento e Políticas Públicas da Universidade da Fronteira Sul – UFFS, *Campus* Cerro Largo, RS, como requisito para obtenção do título de Mestre em Desenvolvimento e Políticas Públicas.

Orientadora: Prof.^a. Dr.^a Dionéia Dalcin

Esta dissertação foi defendida e aprovada pela banca em: 05/12/2018

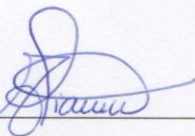
BANCA EXAMINADORA



Prof.^a. Dr.^a Dionéia Dalcin – UFFS – Presidente/Orientadora



Prof.^a. Dr.^a Iara Denise Endruweit Battisti-UFFS



Prof.^a. Dr.^a Eliane Roseli Winkelmann (Membro Externo – UNIJUÍ)

Dedico este trabalho a Deus que sempre me guiou e me fortaleceu mesmo nos momentos mais difíceis

Ao meu esposo Tiago e ao meu filho Davi, razões do meu viver.

Aos meus pais Paulo e Sidônia pela sólida base familiar

Aos meus avós paternos que nos deixaram no curso desta caminhada e que tanto me estimularam nos momentos mais difíceis.

AGRADECIMENTOS

Venho neste momento que finda, agradecer a todas as pessoas que de modo direto ou indireto fizeram um sonho distante se tornar algo possível e concreto.

Ao meu esposo **Tiago** e ao meu **filho Davi**, que me impulsionaram nos momentos mais árduos e cansativos.

Aos **meus pais, meus avós paternos e minha irmã**, pelos ensinamentos e pela base familiar forte que me propiciou ser uma pessoa persistente.

Aos **colegas do Mestrado**, pelos momentos prazerosos, difíceis e construtivos vividos juntos.

Ao **amigo Felipe**, que me estimulou a fazer o mestrado; não há palavras que o descrevem.

Ao **amigo Augusto, Josnei e Débora**, pelo apoio e conhecimento de quem já passou por tudo isso.

Aos **colegas de trabalho** e em especial os da **Secretaria Municipal de Saúde de Roque Gonzalez**, bem como, o **prefeito municipal João S. Haas**.

Aos **professores do Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento e Políticas Públicas** pelas valorosas contribuições em nossas vidas, em especial a professora **Iara Denise Endruweit Battisti** pelo apoio; te tenho em meu coração.

A **Universidade da Fronteira Sul**, em especial o campus de Cerro Largo, por acreditar que o desenvolvimento no sentido mais holístico começa dentro de cada um de nós.

A **minha Orientadora, Prof. Dra. Dioneia Dalcin**, por aceitar este desafio e me conduzir ao aprimoramento pessoal e crescimento intelectual. Agradeço o tempo dispendido e toda a atenção.

Ao **CEVS/RS**, principalmente na pessoa de **Fábio Kalil**, expresso minha gratidão.

A **cada trabalhador e trabalhadora** que com o suor de seu rosto ganham o pão, e que sofrem dores físicas, psíquicas e emocionais. Vale dizer que a luta será constante em prol de condições equitativas para todos.

Aos **gestores de saúde da 12ªCRS/RS**, façam das lutas dos trabalhadores vossas próprias lutas. Também peço-lhes que olhem com atenção os servidores públicos, pois, os mesmos merecem valorização e respeito.

Por Fim... “Se você não lutar por alguma coisa, será vencido por qualquer coisa” (autor desconhecido).

Muito obrigada!

“Os homens que perdem a saúde para juntar dinheiro e depois perdem o dinheiro para recuperar a saúde; Por pensarem ansiosamente no futuro, esquecem o presente, de tal forma que acabam por nem viver no presente nem no futuro; Vivem como se nunca fossem morrer e morrem como se nunca tivessem vivido” Buda (566-483 a.C.)

RESUMO

A presente pesquisa teve como finalidade comparar o perfil de ocorrência dos agravos de trabalho antes e após a Política Nacional de Saúde Do Trabalhador e da Trabalhadora na 12ª Coordenadoria Regional de Saúde do RS no período de 2008 a 2016. O estudo foi exploratório, descritivo, transversal e com abordagem quantitativa. Foram utilizados os dados do banco de dados digital provenientes das fichas de Relatório Individual de Notificação de Agravos (RINA) do Sistema de Informação Estadual. Os dados foram analisados por período: “Anterior” e “Depois” a PNSTT/2012 para os 24 municípios da 12ª CRS/RS. Inicialmente a análise foi descritiva com abordagem das variáveis sociodemográficas, ocupacionais e características dos agravos de trabalho e posteriormente foi aplicado o teste qui-quadrado e cálculo de prevalência. Os resultados da análise descritiva apontaram que os agravos de trabalho foram menores após implementação da PNSTT. Na 12ª CRS/RS os municípios com maior coeficiente de prevalência são Sete de setembro, Mato Queimado e Vitória das Missões e com menor é São Borja. Os trabalhadores do sexo masculino, adultos na faixa etária de 25-44 anos e com escolaridade menor de 11 anos de estudo tem mais probabilidade sofrerem agravos de trabalho. Nas variáveis ocupacionais, o tipo de agravo mais notificado foi o acidente típico, contudo, o acidente de trajeto e as doenças ocupacionais denotaram maiores subnotificações. Os trabalhadores não celetistas possuem risco maior de sofrer agravos, bem como, o CNAE Serviços. Os agravos mais notificados foram causados por “Contatos”, e o tipo de lesão mais comum foram as “Lesões e Ferimentos” de punho e mão. A aplicação do teste denotou que o tipo de agravo possui associação com o sexo, escolaridade, tipo de vínculo empregatício e faixa etária. A probabilidade de ocorrência dos agravos de trabalho foi duas vezes maior no sexo masculino e na Agropecuária. No CNAE Serviços as mulheres apresentam quase duas vezes mais probabilidade de sofrer agravos em comparação com os homens, influenciadas pelas taxas de urbanização na região da pesquisa e pelas condições desiguais de trabalho. O SIST demonstrou ser um valioso instrumento para formular um banco de dados epidemiológicos, elencando fatores responsáveis pela ocorrência dos agravos e traçando perfis regionais dos mesmos para fomentar políticas de prevenção em saúde laboral do estado do RS. A PNSTT parece ter contribuído com a diminuição dos agravos de trabalho que passaram de 52% antes da PNSTT para 36% posterior a PNSTT. Contudo, a saúde do trabalhador possui muitas dificuldades a serem enfrentadas, principalmente na aplicação das diretrizes da PNSTT e problemas de gestão na implementação de ações efetivas. Para tornar prática uma política são necessárias ações coletivas e envolvimento de todos os atores sociais, tais como, trabalhadores, empregadores e sociedade em geral em prol da construção de uma classe trabalhadora ativa socialmente, consciente e com saúde.

Palavras-chave: Política Pública. SIST. SUS. Acidentes de trabalho. Notificações.

ABRASTACT

This research compares the occurrence profile of work injuries, before and after the National Policy of Worker's Health, in the 12nd Regional Health Coordination in Rio Grande do Sul, from 2008 to 2016. This study was exploratory, descriptive, transversal and also, a quantitative approach. It was used data from the Individual Reporting of Harm Notification (RINA) digital database, of State Information System. The data were analyzed in periods "before" and "after" PNSTT/2012 for the 24 cities belonging to 12nd CRS/RS. Initially, the descriptive analysis approached sociodemographic, occupational and work-related variables, following by the Chi-Square test, prevalence calculation. The results of the descriptive analysis indicated that harm to workers' health decreased after implementation of PNSTT. In the 12nd CRS/RS, the municipalities with the highest prevalence coefficient are Sete de Setembro, Mato Queimado and Vitória das Missões. São Borja has the lowest prevalence coefficient. Male workers aged 25-44 years and with less than 11 years of schooling are more likely to suffer from work-related harm. Considering occupational variables, the most reported type of injury was the typical accident. Although, the commuting accident and the occupational diseases denoted greater underreporting. Non-CLT employees are at greater risk of suffering harm, as well as, the CNAE Services. The most notified injuries were caused by "contact", and the most common injury types were in wrist and hand. The test indicated that the type of harm has an association with gender, level of education, type of employment relationship and age group. The probability of occurrence of work injuries was two times higher in males and in agriculture. In the CNAE Services, women present almost two times more chance of suffering from injuries compared to men, since women are influenced by urbanization rates in the research region and by uneven working conditions. SIST has proven to be a valuable tool for formulating an epidemiological database, listing responsible factors for the occurrence of injuries, and drawing regional profiles of them to promote prevention policies in workers' health from RS. PNSTT seems to corroborate to the reduction in work-related injuries from 52% before PNSTT to 36% after PNSTT. Although, many difficulties in worker's health have to be faced, mainly in the application of PNSTT guidelines and management problems considering the implementation of effective actions. In order to apply a policy, collective actions and the involvement of all social actors, such as workers, employers and society in general, are necessary in favor of a socially active, conscious and healthy working class construction.

Keywords: Public Policy, SIST, SUS, Workplace accident, Notifications.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Região 12ª Coordenadoria Regional de Saúde/RS (R11), 2012.....	58
Quadro 1 - Variáveis da pesquisa relacionadas aos agravos de Trabalho	60

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Número de notificações SIST para os anos de 2008 a 2016 na 12ªCRS/RS	68
Gráfico 2 - Notificações por sexo para os anos de 2008 a 2016 na 12ªCRS/RS	75
Gráfico 3 - Totalidade de Notificações por faixa etária nos anos de 2008 a 2016 na 12ªCRS/RS	78
Gráfico 4 - Notificações por Tipo de Agravos nos anos de 2008 a 2016 na 12ªCRS/RS	83

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Notificações SIST por município para os anos de 2008 a 2016 na 12ª CRS/RS	71
Tabela 2 - Coeficiente de Prevalência do Agravos De Trabalho nos Municípios da 12ª CRS/RS.....	73
Tabela 3 - Coeficiente de Prevalência para o sexo Masculino e Feminino de Agravos de trabalho por município para o período de 2008 a 2016 na 12ªCRS/RS.	76
Tabela 4 - Agravos de Trabalho na 12ª CRS/RS no Período de 2008 a 2016, conforme a Escolaridade.....	81
Tabela 5 - Notificações de Agravos de trabalho na 12ª CRS/RS no período de 2008 a 2016, conforme o vínculo empregatício.....	88
Tabela 6 - Agravos de trabalho na 12ª CRS/RS no período de 2008 a 2016, conforme as atividades econômicas	91
Tabela 7 - CID Subgrupo (Fator Causal dos Agravos) na 12ª CRS/RS no período de 2008 a 2016.....	95
Tabela 8 - Agravos de Trabalho Conforme Tipo de Lesão, por período na 12ª CRS/RS	98
Tabela 9 - Agravos de trabalho na 12ª CRS/RS no período de 2008 a 2016, conforme os Fatores Relacionados com os Agravos de Trabalho.....	99
Tabela 10 - Probabilidade de Ocorrência de Agravos de Trabalho em Relação ao Sexo para o Período de 2008 a 2016	102

LISTA DE SIGLAS

ANPT	Associação Nacional dos Procuradores do Trabalho
AT	Acidentes de Trabalho
AB	Atenção Básica
CAT	Comunicação De Acidente De Trabalho
CEREST	Centro De Referência Em Saúde Do Trabalhador
CEVS	Centro Estadual De Vigilância Em Saúde
CID-10	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
CIST	Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador
CF	Constituição Federal
CLT	Consolidação das Leis de Trabalho
CNAE	Código da Classificação Nacional de Atividade Econômica
CNPS	Conselho Nacional de Previdência Social
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
CP	Coefficiente de Prevalência
CIPA	Comissão Interna de Prevenção de Acidente
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
FEE	Fundação de Estatística e Economia
FIS	Ficha de Notificação de Suspeita
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência social
INSS	Instituto Nacional de Seguridade Social
MS	Ministério da Saúde
MPS	Ministério da Previdência Social
NOST-SUS	Norma Operacional De Saúde Do Trabalhador no Sistema Único De Saúde
NRs	Normas Regulamentadoras
NTEP	Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário
OAV	Observatório de Acidentes e Violências
OIT	Organização Internacional Do Trabalho

OMS	Organização Mundial De Saúde
PEA	População Economicamente Ativa
PIB	Produto Interno Bruto
PCMSO	Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional
PNSST	Política Nacional de Saúde e Seguridade do Trabalhador
PNSTT	Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora
PPRA	Programa de Prevenção de Riscos Ambientais
RENAST	Rede Nacional De Saúde Integral Do Trabalhador
RINA	Relatório Individual de Notificação de Agravo
SAT	Seguro Acidente Trabalho
SIAB	Sistema De Informação Da Atenção Básica
SIH-SUS	Sistema De Informações Hospitalares Do Sistema Único De Saúde
SIMPEAQ	Sistema de Monitoramento de Populações Expostas a Agentes Químico
SINAM	Sistema De Informação De Agravos De Notificação
SIST	Sistema de Informações em Saúde do Trabalhador
SUS	Sistema Único de Saúde
TI	Taxa de Incidência
VISAT	Vigilância Em Saúde Do Trabalhador

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
1.1	OBJETIVOS	18
1.1.1	Objetivo Geral.....	18
1.1.2	Objetivos Específicos	18
1.2	JUSTIFICATIVA	19
2	REFERENCIAL TEÓRICO	22
2.1	POLÍTICAS PÚBLICAS.....	22
2.1.1	Políticas de Saúde	25
2.1.1.1	A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.....	31
2.2	ACIDENTES DE TRABALHO:BASES HISTÓRICAS E CONCEITUAÇÃO ...	37
2.2.1	Legislação e seguridade social nos acidentes trabalhistas	40
2.2.1.1	Notificações	45
2.2.1.2	Características, tipos e danos ocasionados pelos agravos de trabalho.....	50
3	METODOLOGIA.....	56
3.1	CLASSIFICAÇÃO DA PESQUISA	56
3.2	CARACTERIZAÇÃO DA ÁREA DE ESTUDO.....	57
3.3	POPULAÇÃO DO ESTUDO	58
3.3.1	Obtenção dos dados	59
3.3.2	Variáveis do Estudo e Categorização de variáveis	59
3.4	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO E INCLUSÃO	65
3.5	ANÁLISE DOS DADOS	65
3.6	ASPECTOS ÉTICOS	67
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	68
4.1	AS NOTIFICAÇÕES DOS AGRAVOS DE TRABALHO NA 12º COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE DO RS.....	68
4.1.1	Variáveis Sociodemográficas	75
4.1.2	Variáveis Ocupacionais.....	82
4.1.3	Características dos Agravos de Trabalho.....	93
5	CONCLUSÃO.....	106
	REFERÊNCIAS.....	111
	ANEXO A - RELATÓRIO INDIVIDUAL DE NOTIFICAÇÃO DE AGRAVO (RINA), 2016.....	129

**ANEXO B - TERMOS PARA CEDÊNCIA DOS DADOS DOS ACIDENTES
DE TRABALHO ENVIADOS PARA A CEVS PORTO ALEGRE 130**

1 INTRODUÇÃO

O conceito de trabalho e suas características passaram por profundas transformações e a sua origem ocorreu concomitantemente com a gênese humana adquirindo significados diferentes de acordo com os valores e culturas de cada civilização. Em síntese, na época pré-histórica era considerada uma atividade lúdica, na antiguidade uma maldição divina, na revolução industrial a expressão da criatividade humana, no século XX a maior obsessão e em tempos atuais algo questionável (FACHONE, 2012).

Na história é possível evidenciar que o ápice para a sociedade foi a tomada de consciência em relação a sua força humana, sendo então chamado de trabalho. O trabalho possui um valor inalienável socialmente e está intrinsecamente ligado às realizações humanas, sendo o determinante para a manutenção da vida individual e coletiva, sob os âmbitos político, econômico, cultural e histórico. Neste âmbito o primeiro relato de trabalho foi na Antiguidade, sinônimo de sobrevivência, através da coleta de frutos, raízes e caça (ARAÚJO; SACHUK, 2007). Já a primeira relação de trabalho foi a escravidão, salvo as controversas, onde nas guerras tribais o povo vencedor subjugava o povo derrotado (SANTOS, 2005).

A idade média foi caracterizada pelo Feudalismo e simboliza a segunda relação de trabalho descrita na história (MARTINS, 2012), organizada em uma economia de subsistência, com predomínio de pessoas ligadas ao campo (ARAÚJO; SACHUK, 2007).

Com o avançar da história, são formadas as corporações de ofício que simbolizam a terceira relação de trabalho e estabeleceram uma estrutura hierárquica. O trabalho que era servil passou a ser livre ou trabalho assalariado, sendo atribuído centralidade ao mesmo. (RUBANO; MOROZ, 2003). Gradativamente se instaurou a revolução industrial (ARAÚJO; SACHUK, 2007).

Com a revolução industrial no século XVIII, em meados de 1760 e 1840 ocorreram mudanças consideráveis nas relações de trabalho com a transformação do trabalho em emprego. Neste período as condições laborais eram precárias, com altos índices de doenças ocupacionais, acidentes de trabalho e formaram-se classes sociais. O estado intervencionista embalado pelas teorias do *welfare state*, ou seja, o estado de bem-estar social, impulsionou a França e Inglaterra a formularem leis trabalhistas hodiernas ligadas a saúde e higiene (MARTINS, 2012). Assim, as leis trabalhistas se difundiram pelo mundo, culminando com a criação em 1914 da Organização Internacional do Trabalho (OIT), e a criação da primeira constituição no México em 1917, que pontuou e regulou as relações de trabalho, dentre elas, a

jornada de trabalho de 8 horas diárias, proteção à maternidade, descanso semanal e proteção contra acidentes de trabalho (SANTOS, 2005).

A história de trabalho influenciou a criação de normas trabalhistas em vários países. No Brasil, o trabalho livre e assalariado ascendeu posteriormente à abolição da escravidão em 1888 e com a chegada dos imigrantes europeus, que fundaram os primeiros sindicatos embasados na OIT. Deste modo, a primeira lei brasileira que mencionou os acidentes de trabalho foi promulgada pelo Decreto Nº 3.724 de 1919, posteriormente foi regulamentada pelo Decreto nº 13.498 de 1919. Este decreto não trazia de forma clara a obrigatoriedade de pagamento do seguro acidentário, apesar de pautar o pagamento do seguro de acidentes de trabalho ao trabalhador ou a família, com base na gravidade dos traumas, além de que as custas de tratamento eram de responsabilidade do patrão (BRASIL, 1919).

A Constituição de 1934 garantiu proteção de trabalho as mulheres e menores, repouso semanal, férias anuais remuneradas, isonomia salarial e liberdade sindical, contudo, nada discutia sobre a legislação dos acidentes de trabalho (BRASIL, 2011).

Em 1943 foi criada a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e posteriormente é promulgada a constituição de 1946, com viés democrático e rompendo com o corporativismo da constituição anterior. Na constituição é assegurado o direito a greve, participação dos trabalhadores nos lucros, estabilidade, direito a greve, mas ainda, não há menção aos acidentes de trabalho (MARTINS, 2012). Com o golpe militar de 1964, a classe operária e os sindicatos sofreram sanções e repressões, conquistando direitos trabalhistas com a CF de 1988, que também instituí novas leis e portarias que regulamentaram o trabalho e o seu desempenho (MARTINS, 2012).

O trabalho é relevante socialmente, contudo, se for desempenhado de modo excessivo e incorreto pode ocasionar doenças laborais e acidentes que são responsáveis por mutilações e óbitos dos trabalhadores. Os agravos de trabalho são todos os acidentes e doenças ocupacionais que lesam a saúde dos trabalhadores e são ocasionadas devido a exposição de riscos durante as atividades laborais (SKAMVETSAKIS, 2013).

O Brasil vem percorrendo um caminho permeado por avanços e retrocessos, com a promulgação de Portarias, legislações e Políticas no âmbito da saúde pública, que preconizam o trabalho em condições salubres (BRAGA, 2000). Os acidentes de trabalho são extremamente impactantes para a sociedade, e em muitos casos poderiam ser evitáveis. (SILVA, 2015), através do fomento das políticas públicas (SOUZA, 2003).

As políticas públicas brasileiras são apontadas como caminho para fomentar ações de saúde laboral e ambientes de trabalho seguro, preconizando assim, a prevenção e a diminuição

dos Agravos de Trabalho (MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL, 2014). De forma simplificada, a política pública objetiva a transformação da realidade social (SOUZA, 2003).

As políticas de saúde são pautadas como políticas sociais essenciais no contexto do estado social e contemplam um conjunto de atividades estruturais e estratégicas para alcançar uma vida mais equânime (RODRIQUEZ, 2016).

As políticas de saúde no Brasil abarcam todas as ações governamentais. A função das mesmas é regular e organizar funções públicas estatais para assim, realizar o ordenamento setorial com vasta abrangência (LUCCHESI, 2004). Ocorre a interação entre as políticas econômicas e sociais (PAIM; TEIXEIRA, 2006).

No Brasil, até 1988, a saúde se resumia a um privilégio dos contribuintes da Previdência Social, que eram os trabalhadores celetistas. Os trabalhadores informais, que não eram contribuintes da Previdência Social não tinham direito a saúde e dependiam de serviços filantrópicos. A exclusão dos trabalhadores informais e suas condições insalubres de saúde fomentaram mudanças na saúde coletiva com ênfase no campo de saúde do trabalhador (JACQUES, 2009). A saúde coletiva sobre o âmago do trabalho é uma área recente, em construção e ganhou notoriedade após a promulgação de Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990) que pontuou a assistência de trabalhador vítima de acidentes de trabalho e o protagonismo do Sistema Único de Saúde (SUS) na promoção e prevenção de agravos (AZEVEDO et al., 2016).

No Brasil, os anos 1980 e 1990 foram importantes, pois, em virtude da mudança social e política ocorrida, se impulsionou a reestruturação das políticas de saúde no âmbito do trabalho, elencando a saúde do trabalhador como campo da saúde pública, denotando responsabilidades ao SUS sobre esta área (JACQUES, 2009). Nesta ótica o SUS criou vários Sistemas de Informação (SI). Contudo, em decorrência da inexistência de dados epidemiológicos fidedignos, completos, sem duplicidade ou subnotificados e embasados nos princípios de descentralização da gestão, a Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande Do Sul (RS), através do Decreto 40.222 criou o Sistema em Saúde Do Trabalhador (SIST). Este sistema objetiva coletar, organizar e sistematizar dados municipais, regionais e estadual para formular um banco de dados epidemiológicos, elencando fatores responsáveis pela ocorrência dos agravos e traçando perfis regionais dos mesmos para fomentar políticas de prevenção em saúde laboral do estado do RS com ênfase na realidade local. Deste modo, o estado gaúcho pautado no fato de que os agravos de trabalhos são danosos para sociedade e poderiam ser preveníveis evitando que danos maiores e irreversíveis ocorram, criou o presente sistema de notificações e por este fato foi escolhido como local de estudo (RIO GRANDE DO SUL,

2000). O RS possui dois sistemas complementares de notificação o SIST, que é um sistema próprio e o SINAM que é comum a todos os estados do país (RABELLO NETO et al., 2012).

Em meio a este contexto e anseios ganhou notoriedade o campo de saúde do trabalhador, a partir da Portaria 1.823 de 2012, que foi promulgada pelo Ministério da Saúde e instituiu a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) (VAZ; CUNHA; OLIVEIRA, 2011). A PNSTT apresenta uma legislação específica integrando ações e estratégias nas três esferas do SUS (municipal, estadual e federal), objetivando desenvolver de modo integral ações de vigilância em saúde laboral. A referida Política, ressalta o princípio da precaução dos agravos de trabalho em detrimento do atual enfoque, que é meramente curativo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). As notificações necessitam abarcar todos os incidentes relacionados ao trabalho (AQUINO, 1996). O SIST, objetiva notificar todos os agravos que não se relacionem com a perda de capacidade laboral temporária ou permanente, essas ocorrências em muitos casos não determinam afastamentos e não ocasionam lesões graves, contudo, se os incidentes menores ou agravos forem notificados e erradicados evitarão os acidentes graves e fatais (RIO GRANDE DO SUL, 2000).

Neste tocante a questão de pesquisa é assim descrita: como a Portaria 1.823 de 2012 que promulgou a Política Nacional de Saúde Do Trabalhador E Da Trabalhadora (PNSTT) afetou a ocorrência dos agravos de trabalho na 12ª Coordenadoria Regional de Saúde do RS para os anos de 2008 a 2016?

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

Comparar o perfil de ocorrência dos agravos de trabalho antes e após a implementação da Política Nacional de Saúde Do Trabalhador e da Trabalhadora promulgada pela Portaria 1.823/2012 para a 12ª Coordenadoria Regional de Saúde do RS no período de 2008 a 2016.

1.1.2 Objetivos Específicos

- Descrever os tipos, números de casos e características dos agravos de trabalho.
- Identificar a ocorrência dos agravos de trabalho antes e após a Política Nacional de Saúde Do Trabalhador e da Trabalhadora promulgada pela portaria 1.823/2012.
- Relacionar a ocorrência dos agravos de trabalho na 12ª CRS/RS com o tipo de lesão e causa com as variáveis sociodemográficas e ocupacionais.

1.2 JUSTIFICATIVA

A sociedade se estruturou e se desenvolveu centrada no trabalho, seja, no âmbito político, econômico ou histórico delegando a ele um papel preponderante e central no desenvolvimento das civilizações (ARAÚJO; SACHUK, 2007). Contudo, as condições laborais eram insalubres desde as primeiras relações de trabalho e em tempos hodiernos as condições laborais se mantiveram insalubres ocasionando agravos laborais (MARTINS, 2012).

O tema Trabalho é relevante, pois, segundo dados do IBGE no ano de 2017, os trabalhadores brasileiros totalizam aproximadamente 79 milhões de pessoas. Em virtude deste contingente de trabalhadores, os agravos de trabalho são tão expressivos e assumem proporções gigantescas, pois segundo dados do IBGE (2010), no Brasil existem 6,4 milhões de estabelecimentos formais e 10 milhões de empresas informais.

Os acidentes de trabalho e doenças ocupacionais causam danos psíquicos, econômicos aos trabalhadores, empregadores e ao país como um todo, afetando sua economia, e traduzindo-se em um problema de saúde pública no Brasil (OLIVEIRA, 2007). Os agravos de trabalho poderiam ser preveníveis em muitos casos. A pesquisa visa mapear a problemática para alavancar o princípio da precaução dos mesmos (NOBRE, 2007), conscientizando a sociedade sobre a guerra invisível em que se vive (ALMEIDA; BARBOSA-BRANCO, 2011). E desde 2007 os números dos acidentes laborais crescem (MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL, 2016).

A Organização Internacional do Trabalho (OIT, 2013), divulgou que os gastos mundiais com os acidentes de trabalho e as doenças ocupacionais cheguem a 4% do PIB Mundial ou aproximadamente cerca de 2,8 trilhões de dólares anuais. Os acidentes de trabalho matam cerca de 2 milhões de pessoas no mundo. Geralmente os trabalhadores em idade produtiva são os mais atingidos (OIT, 2013). A instituição descreve que os acidentes laborais diminuíram nos países desenvolvidos no século XX em virtude da criação e disseminação de ambientes laborais saudáveis e seguros. O Brasil gasta cerca de 10 bilhões de reais anuais com indenizações e tratamentos segundo relatórios da OIT. Segundo dados da Previdência Social em 2015, o Brasil registrou 2.502 notificações de óbitos, porém estes números provavelmente são maiores, visto que os anuários estatísticos somente abarcam trabalhadores celetistas (MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL, 2016). No Brasil, um trabalhador morre vítima de acidentes de trabalho a cada 3h 38m 43s, deste modo, foram 14.412 mortes acidentárias notificadas no período 2012-2017(OAV, 2017).

O Centro Estadual em Vigilância em Saúde do Rio Grande do Sul (CEVS/RS) anunciou que em 2013 no RS morreram 380 pessoas vítimas de acidentes de trabalho, em 2014 e 2015 houve pequena diminuição destes números, contudo em 2016 os óbitos voltaram a subir e totalizaram 331 mortes e no ano de 2017 a cada 26,4 horas morre um trabalhador vítima de acidentes laboral (CENTRO ESTADUAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE, 2017).

No intuito de mapear realidades, é relevante discutir sobre o local da pesquisa. A região das Missões apresenta indicadores inferiores aos estaduais nas áreas de geração de renda e saúde, denotando fragilidade econômica da região em comparação com as outras regiões do estado, pois, o COREDE Missões é responsável por apenas 2.59% do PIB total do Rio Grande do Sul (COREDE MISSÕES, 2017). Além disso a distância da capital do estado é de aproximadamente 400km, sendo que a região abrange apenas 4,6% do território do RS (CARDOSO; DORNELES DOS SANTOS; POLACINSKI, 2016). Outro fator relevante para a região foi a sua ocupação territorial marcada por lutas e guerras, com a presença de povos indígenas que influenciaram as concepções atuais do povo da região. Pois, “Os atores sociais estariam de certa forma predispostos a apropriar-se de aspectos da historicidade como uma espécie de legado assumido, reelaborando-a constantemente de acordo com suas aspirações” (SOUZA, 2013, pg.46). Além de que a região apresenta alguns municípios localizados na região de fronteira. Neste tocante, Carneiro Filho, Sevilha e Ávila (2012), referem em seu estudo que as regiões de fronteira são caracterizadas pela insuficiência de transportes e infraestrutura e ausência de gestão compartilhada no território transfronteiriço, fatores estes que dificultam o crescimento econômico destas regiões.

As notificações dos acidentes de trabalho são subnotificadas, visto que, os anuários estatísticos do Ministério da Previdência Social somente abarcam os trabalhadores celetistas, (BRASIL, 2015). As notificações em saúde do trabalhador são relevantes, pois se traduzem em um instrumento valioso no fomento de estratégias de gestão, visam melhorar os indicadores dos agravos de trabalho e conseqüentemente a vida dos trabalhadores e fortalecem as políticas públicas de saúde dos trabalhadores (MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL; SILVA, 2013).

Destarte a lacuna deficitária do problema esbarra nas subnotificações e dados estatísticos não fidedignos, visto que, a OIT analisou os dados dos acidentes de trabalho de 175 países e concluiu que apenas 3,9% dos acidentes de trabalho no mundo são notificados. Os países desenvolvidos notificam cerca de 62,0% dos acidentes, já os países da América Latina e Caribe notificam cerca de 7,6% dos acidentes e países Africanos, do Oriente Médio,

China e Índia notificam menos que 1,0% dos acidentes. Em seus relatórios a OIT coloca o Brasil na quarta posição mundial de mortes nos acidentes de trabalho (OIT, 2013).

Sobre esta ótica, a Política Nacional de Saúde do trabalhador(a) (PNSTT/2012) preconiza instrumentos de notificações destes agravos, bem como, ações de vigilância em conjunto com a três esferas de saúde (Portaria 1.823/12). Os acidentes e doenças laborais ferem os direitos fundamentais de todos os indivíduos elencados pela carta magna de 1988 (BRASIL, 1988). A academia através de suas pesquisas, mapeando realidades e com apontamentos de soluções preconiza e contribuí para a dignificação do trabalho e de seus trabalhadores (SANTOS, 1997). E neste âmbito o SUS criou vários SI, porém, o RS, criou o seu próprio sistema de informação, o SIST, que objetivou formular um banco de dados epidemiológicos para embasar os gestores e profissionais para diminuir o número de agravos de trabalho (RIO GRANDE DO SUL, 2000). Se episódios menos graves forem notificados e desenvolvidas ações para os mesmos, episódios graves provavelmente não ocorrerão (RABELLO NETO et al., 2011).

O processo de redemocratização da saúde pública brasileira preconizou que a informação em saúde é um direito de todos, sendo o principal alicerce das conquistas sociais e da construção da cidadania. Deste modo, estudar os agravos de trabalho na 12ª Coordenadoria Regional de Saúde se justifica, pois segundo o que afirma Branco (1996), a informação em saúde é um elemento chave para fomentar a autonomia dos municípios, através do conhecimento da realidade sanitária desta população, subsidia-se ações e planejamentos em saúde deste local específico (MORAES; SANTOS, 2001).

Neste sentido, a pesquisa possui relevância social e econômica, pois visa compreender o universo laboral e as mudanças ocorridas a partir da promulgação da Política Nacional De Saúde Do Trabalhador E Da Trabalhadora pela portaria 1.823/2012 em relação aos agravos de trabalho que ocorrem na região 12ª Coordenadoria Regional de Saúde, tendo em vista, a escassez de pesquisas que apresentem tais dados de maneira organizada e regionalizada. Há muitas pesquisas nesta área, contudo são estudos gerais e de cunho estadual ou federal. Segundo buscas realizadas em sites de pesquisa, foi possível encontrar estudos tendo como base o SIST, através do RINA em várias regiões do estado, mas, não foram encontrados estudos na 12ª Coordenadoria Regional de Saúde. É necessário conhecimento dos indicadores laborais, numa região com suas especificidades (SANTANA et al, 2009). Com intuito de evidenciar e discutir tal problemática, justifica-se o presente projeto.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 POLÍTICAS PÚBLICAS

Os estudos das políticas públicas no Brasil são recentes e aleatórios, sendo de cunho avaliativo das instituições, suas estruturas, ou delegando características aos processos de barganha das políticas setoriais específicas (FREY, 2000).

É unanimidade que há inúmeros conceitos para o termo políticas públicas, contudo de forma simplificada, a política pública é área do conhecimento que cobra e analisa as ações governamentais, bem como, aventa mudanças no rumo ou no curso destas ações (RUA, 2009). Assim a formulação de uma política pública é o resultado dos ensejos dos governantes em ações, traduzindo-se em transformação da realidade social. Ainda se admite que as políticas públicas são um campo com enfoque holístico, refletindo num tema com múltiplos olhares advindos das mais variadas áreas (SOUZA, 2003).

Cavalcanti (2007), cita e distingue os elementos comuns das políticas públicas, dentre eles, à tomada de decisão e às ações.

É possível perceber a existência de elementos comuns nas definições de política pública. Um deles é o referente à tomada de decisão e às ações a ela ligadas. Ou seja, as definições enfatizam, de um lado, o processo contínuo de tomada de decisões e, de outro, e de forma complementar o fato de que a política pública deve ser entendida como um conjunto de ações interligadas. Nesse sentido, alguns autores falam de políticas públicas que potencialmente serão implementadas, enquanto que outros estabelecem sua conceituação tendo em vista a efetiva implementação das ações em um determinado período de tempo (CAVALCANTI, 2007, pg. 32).

As sociedades contemporâneas são caracterizadas pela miscigenação social, e isso reflete em características particulares díspares, como também ideias, valores e funções distintas na existência. Estas múltiplas e singulares características sociais acarretam conflitos sociais, que devem ser mantidos dentro de padrões aceitáveis ou administráveis. Para alcançar este sinergismo existem duas opções; a coerção pura e simples e as políticas. A coerção é limitada pelo alto custo, deteriora moralmente quem a usa e quanto mais utilizada se torna menos efetiva. A coerção é o conjunto de ações de repressão e punição aplicado pela utilização da força física. A política admite outros mecanismos que dispensam a coerção. Deste modo, a política é o caminho para resolução de conflitos, e etimologicamente seu conceito consiste na associação de métodos formais e informais, expressos nas relações de poder com o intuito de resolução de conflitos de modo pacífico (RUA, 2009).

As políticas na simplificação de seu conceito são a concretização dos ensejos dos governantes, geralmente principiada por um governo e os agentes que a integram podem ser públicos, privados e organizações não governamentais (CAVALCANTI, 2007).

Contudo, sob o foco teórico-conceitual a política pública é caracterizada como multidisciplinar e sintetiza teorias da sociologia, ciência política e economia. As políticas públicas interferem na economia e nas sociedades, deste modo, necessitam expressar as inter-relações entre Estado, política, economia e sociedade (SOUZA, 2006).

Num contrapondo, Saraiva (2006), define políticas públicas como sendo uma conduta escolhida para resolutividade de um problema ou para mediar demandas coletivas. Este conjunto de deliberações estaria vinculado de modo inter-relacional, com o desígnio de elencar objetivos e modos para alcançá-los. E o processo decisório é composto por vários grupos com várias estratégias de acordo com os seus interesses.

Souza (2006, pg. 26), assim conceitua políticas públicas: “Políticas públicas, pós desenhadas e formuladas, desdobram-se em planos, programas, projetos, bases de dados ou sistema de informação e pesquisa. Quando postas em ação, são implementadas, ficando daí submetida a sistemas de acompanhamento e avaliação”.

As políticas públicas sobre o olhar de Lucchese (2004), contemplam um conjunto de decisões e medidas que simbolizam as ações políticas do estado. Seu intuito principal é proferir um sistema regulatório governamental relacionado com a relevância no âmbito público. Em suma, abarcam todas as providências do governo, sejam elas atividades diretas onde ocorre a geração e disponibilização de serviços ofertados pelo estado ou ações regulatórias de outros executores econômico.

Frey (2000), enfatiza a necessidade de adequar as políticas públicas com a realidade da sociedade em questão e não apenas as embasar em fatores institucionais e processuais específicos.

Os países em desenvolvimento ou de economias recentemente democratizadas, possuem dificuldades em adotar medidas estratégicas que equalizem as políticas públicas e impulsionem o desenvolvimento da economia aliado com a inclusão social. Contudo, vale ressaltar que as políticas públicas não podem isoladamente enfrentar problemas tão pronunciados, mas podem minimizá-los (SOUZA, 2003).

Contudo, Höfling (2001), menciona que o estado seria o agente regulador das disparidades oriundas da relação entre os detentores do capital e os detentores da força de trabalho. O estado estaria colaborando com a manutenção do sistema capitalista, à medida que

prepara a mão de obra para o mercado e por meio de programas sociais (políticas públicas) equipondera os excluídos do sistema.

É pertinente pautar que os termos política pública e política governamental não são sinônimos, pois o primeiro conceito visa atender os interesses de uma sociedade e são executadas por um órgão governamental. Já as políticas governamentais primam pelo interesse privado em detrimento do interesse público (CAVALCANTI, 2007).

Höfling (2001), pontua para a não generalização dos conceitos de políticas públicas e políticas governamentais.

O Estado não pode ser reduzido à burocracia pública, aos organismos estatais que conceberiam e implementariam as políticas públicas. As políticas públicas são aqui compreendidas como as de responsabilidade do Estado – quanto à implementação e manutenção a partir de um processo de tomada de decisões que envolve órgãos públicos e diferentes organismos e agentes da sociedade relacionados à política implementada. Neste sentido, políticas públicas não podem ser reduzidas a políticas estatais (HÖFLING, 2001, pg. 02).

As políticas públicas foram agrupadas em modelos explicativos, com relação a tipologia das mesmas. Conforme Frey (2000), baseado no modelo desenvolvido por Theodor Lowi (1964; 1972) existem quatro classificações de políticas arena, agrupadas e diferenciadas a partir das formas, meio de efetivação, âmbito das políticas e método de solucionar os conflitos políticos. Em suma a política arena é baseada na deliberação de conflitos e consonância na área das políticas. A política arena é composta por políticas distributivas, redistributivas, regulatórias e constitutivas.

As políticas distributivas apresentam poucos conflitos políticos, em virtude que apenas distribuem vantagens sem visivelmente agregarem custos, esse tipo de política abarca vários contemplados em escala diminuída, geralmente os opositores estão inclusos nestas distribuições. Inversamente as políticas redistributivas são permeadas por conflitos, e o foco cêntrico consiste em equalizar os recursos financeiros e direitos entre as classes sociais, geralmente este processo é polarizado e condensado de conflitos. As políticas regulatórias são baseadas em ordens, coibições, decretos e portarias, sua configuração é variável; pode atender uma classe com interesses particulares e limitados, como também pode distribuir de maneira equalizada os custos e benefícios entre as camadas da sociedade. O vértice conflitivo, consensual ou de coalizão pode sofrer mutações conforme a ordenação das políticas. Por sua vez, as políticas constitutivas ou reguladoras são as que determinam o âmbito dos processos e dos conflitos políticos, condizem a esfera política e as instituições, essas políticas são restritas ao sistema político administrativo e fortuitamente chegam a sociedade. Geralmente opinião da

sociedade não é relevante no aspecto processual e estrutural, apenas no conteúdo da política (FREY, 2000).

No tocante a tipificação; a classificação das políticas públicas aborda peculiaridades setoriais, os agentes com seus respectivos propósitos, distintos recursos de poder e modo de sobrepujar os interesses nas áreas. Neste contexto, as políticas públicas estão o critério divididas por esfera de atuação. As Políticas sociais, almejam garantir os direitos da sociedade, tais como, saúde e educação. Já as políticas econômicas intuem gerir a economia interna e fomentar a inserção econômica do país em âmbito externo. As políticas de infraestrutura objetivam avalizar condições favoráveis para fomentar e implementar as políticas econômicas e sociais. Por sua vez, as políticas de estado buscam assegurar o exercício pleno da cidadania e aspectos relacionados a soberania nacional. Nesse contexto merecem ênfase as políticas sociais e sua subdivisão nas políticas de saúde como política pública alvo deste estudo (RUA; ROMANI, 2013).

Segundo a OIT (2013), as políticas Sociais sobre o âmago do trabalho têm como objetivo garantir condições laborais decentes pautadas na legislação trabalhista, fomentar a saúde, segurança no trabalho e seguridade social com ênfase nos grupos de trabalhadores mais vulneráveis. Assim, um sistema de proteção social ativo propicia crescimento equitativo, melhor produtividade e estabilidade social.

A política pública almeja fomentar o desenvolvimento da gestão pública para promover a seguridade e o bem-estar de todos. Contempla um conjunto de atividades estruturais e estratégicas para alcançar uma vida mais equânime. Neste contexto, estão inseridas as políticas de saúde que são pautadas como políticas sociais essenciais no contexto do estado social e na sequência será conceituado e explanado sobre o termo políticas de saúde (RODRIGUEZ, 2016).

2.1.1 Políticas de Saúde

A política de saúde brasileira sofreu transformações profundas até chegar na estruturação atual do SUS. Em tempos progressos a política era caracterizada pela distribuição de benefícios e pelo duplo comando, onde o ministério da saúde, previdência social e assistência social ofereciam concomitantemente os serviços de saúde. A constituição federativa foi o ápice dos anseios populares e de grupos sociais frutos da reforma sanitária (SILVA, 1996).

A Organização Mundial da saúde (OMS) assim define Políticas Públicas de Saúde:

Um posicionamento ou procedimento estabelecido por instituições oficiais competentes, notadamente governamentais, que definem as prioridades e os parâmetros de ação em resposta às necessidades de saúde, aos recursos disponíveis e a outras pressões políticas. [...] Como a maioria das políticas públicas, as políticas de saúde emergem a partir de um sistemático processo de construção de suporte às ações de saúde que se sustentam sobre as evidências disponíveis, integradas e articuladas com as preferências da comunidade, as realidades políticas e os recursos disponíveis (OMS, 1998, pg.10).

As políticas públicas de saúde brasileira eram divididas em ações institucionais na área da saúde pública e sob outro vértice o campo de assistência médica. No campo de atuação de saúde pública o Ministério da Saúde (MS), juntamente com os estados, os municípios e algumas fundações desempenhavam unicamente ações de educação e prevenção em saúde pública, sem focar nas peculiaridades da população. Estas ações consistiam em campanhas sanitárias, serviços de combate a endemias, de saneamento e imunizações. No âmbito curativo eram realizados alguns atendimentos aos “indigentes”, assim chamados as pessoas não inseridas no mercado de trabalho, esses atendimentos se baseiam em alguns atendimentos na área de tuberculose e psiquiatria (LUCCHESI, 2004).

Em suma as políticas de saúde abarcam o estudo relacional do poder, e como este poder interfere na formação, na conduta, na execução e questões avaliativas das políticas. Assim, a política de saúde equivale a estudos que analisam a função do estado, a relação dicotomia estado-sociedade, as condições salubres da população e seus fatores predisponentes, através de proposições e prioridades para execução pública. Também prima pela interação entre as políticas econômicas e sociais (PAIM; TEIXEIRA, 2006).

No âmbito de atuação de assistência médica, a ação pública ocorria sob o vértice da Previdência Social, corroborando na gestão do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que mais tarde originou o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), o qual abarcava a parcela da população inserida no mercado de trabalho que contribuía financeiramente através do seu salário com o órgão. Em síntese essas ações de assistência médica eram de responsabilidade da Previdência Social e abarcavam somente os trabalhadores urbanos e do mercado formal. Contudo, o efeito colateral deste modelo da assistência foi uma intervenção estatal centralizada, com fragmentos institucionais, escalonando clientelas, resultando em discrepâncias sobressaltastes no acesso dos serviços de saúde (LUCCHESI, 2004).

Em relação ao vértice de ação estatal, é relevante pontuar que as políticas públicas em saúde integram o rol de ações. O propósito é desenvolver e melhorar as condições salubres das pessoas, bem como, a saúde ambiental, laboral, natural e social. A peculiaridade das

políticas de saúde em relação as outras políticas públicas é que as ações públicas dos governos convergem para alcançar os princípios básicos do SUS; promoção, proteção, e recuperação da saúde das pessoas e da totalidade (LUCCHESE, 2004).

Em suma, ao final do século XX com o fracasso do então modelo autoritário e conservador e submerso por políticas, econômicas e sociais, o estado passa por questionamentos e reflexões sobre a eficácia das políticas públicas para a sociedade, denotando sucesso ou fracasso na administração pública, ações essas que culminaram com a reforma sanitária, nas décadas de 1970 e 1980. Anteriormente, aplicavam-se ações de políticas públicas em detrimento de interesses articulados, sem planejamento e incorporação das aspirações sociais. O movimento sanitário foi relevante, pois abriu caminho para o avanço das políticas públicas de saúde no sentido de estruturação do SUS e para a promulgação da constituição federativa brasileira (LUCCHESE, 2004).

O marco relevante para a estruturação do Sistema Único de Saúde, foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986, que corroborou com a aprovação da CF de 1988. A conferência foi um movimento que contou com a participação de quatro mil pessoas representantes de quase todas as instituições e classes, e foi precedida por pré conferências municipais e estaduais. Como resultado ocorreu uma reformulação intensa na área, expandido o conceito de saúde e seus marcos constitucionais, bem como, revisar a base conceitual de promoção, prevenção e recuperação. Outro ponto polêmico foi a natureza do novo sistema de saúde, seria estatizado ou público, foi decidido que o SUS seria público, mas denotava ser expandido e fortalecido. A iniciativa privada poderia participar do novo sistema através do serviço “concedido” ou através de contratos de direito firmado. Também foi estabelecido que o sistema de saúde seria de responsabilidade Federal e Previdência Social deveria ser responsabilizada por ações referentes a seguridade social, tais como os benefícios sociais (BRASIL, 1986).

Neste sentido segundo a 8ª Conferência Nacional De Saúde assim se conceitua saúde:

A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de uma determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas. E o direito a saúde significa a garantia, pelo estado, de condições dignas, de vida e acesso universal e igualitário as ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade (BRASIL, 1986, pg. 12).

Em relação ao trabalho e questões de saúde, também a 8ª Conferência Nacional de Saúde foi importante, pois pontuou alguns aspectos relevantes:

Deste conceito amplo de saúde e desta noção de direito como conquista social, emerge a ideia de que o pleno exercício do direito a saúde implica em garantir: Trabalho em condições dignas, com amplo conhecimento e controle dos trabalhadores sobre o processo e o ambiente de trabalho. A sociedade brasileira, extremamente estratificada e hierarquizada, caracteriza-se pela alta concentração de renda e da propriedade fundiária, observando-se a coexistência de formas rudimentares de organização do trabalho produtivo com a mais avançada tecnologia da economia capitalista. As desigualdades sociais e regionais existentes refletem estas condições estruturais que vem atuando como fatores limitantes ao pleno desenvolvimento de um nível satisfatório de saúde e de uma organização de serviços socialmente adequada (BRASIL, 1986, pg.13).

A partir das aspirações 8º Conferência nacional de Saúde em 1988 é promulgada a Constituição Federal: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988, pg. 43).

A constituição de 1988 foi um marco pertinente na implantação do SUS, visto que, denotou ao estado obrigatoriedade em suprir os anseios coletivos e individuais delegando a ele atributo público, ainda universaliza e denota integralidade a assistência médica e descentralização dos serviços de saúde, explícito no seu artigo 196. Ou seja, garante que todos os brasileiros, nascidos ou naturalizados, devem ser assistidos em sua integralidade pelos serviços de saúde. Essa integralidade não ocorria antes da constituição de 1988, pois, as políticas de saúde eram protecionistas e dirigidas a classe trabalhadora formal (PAIVA, 2014).

A CF pontuou os direitos sociais, dentre eles, a saúde, o trabalho e a segurança, direitos estes expostos no artigo seis do presente documento. Ainda, no que se refere a minimização dos agravos decorrentes do trabalho, a lei maior, no 7º, inciso XXVII, ressalta que os trabalhadores rurais e urbanos têm este direito assegurado através de estratégias de segurança, saúde e higiene. É pertinente mencionar que as leis da carta magna foram inseridas e englobadas comumente com as leis e portarias da CLT (BRASIL, 1988).

Após a promulgação da CF, a formulação das Políticas públicas de saúde brasileiras almejava por uma reforma setorial abrangente, através de alterações institucionais avultosas, enaltecendo e disponibilizando novos caminhos interlocutórios entre o estado e a sociedade, a fim de maximizar a gestão pública (LUCCHESI, 2004). A CF ampliou a concepção de saúde e cabe ao estado adotar políticas econômicas e sociais para diminuir os riscos de doenças e agravos através da interlocução com outros setores.

A estruturação das políticas de saúde brasileiras foi construída sobre um pilar de dualidade social-econômica, ou seja, foram formuladas e construídas com forte sintonia entre

o âmbito público-privado. Os investimentos para organizar as ações de saúde no espectro previdenciário ocorreram pelo aporte de recursos da contribuição compulsória de empregados e empregadores. Estes recursos foram direcionados para fomentar o setor privado, através de subsídios do estado, para que o estado seja contratado posteriormente como prestador hegemônico de serviços públicos de saúde (SILVA, 1996).

O artigo 200 da Constituição Federativa do Brasil elenca as responsabilidades do Sistema Único de saúde, o que merece ser enaltecido está exposto no parágrafo II e VIII referente a saúde do trabalhador, no qual compete ao SUS desempenhar ações de vigilância sanitária e epidemiológica e proteger o ambiente laboral, como está descrito na referida Constituição: “[...] II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador; VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho” (BRASIL, 1988, pg.14).

O ano de 1990 foi expressivo, pois alicerçado sobre o pilar da lei 8.080/90 é criado o SUS. A lei 8.080 regulou e regimentou as questões sobre promoção, proteção e prevenção de saúde, bem como, organizou e discerniu sobre o funcionamento dos serviços afins (BRASIL, 1990). Essa lei foi pioneira, pois pontuou os objetivos, responsabilidades, princípios, normas diretrizes, normas organizacionais, os responsáveis pela gestão e direção, também delegou funções as três esferas: federal, estadual e municipal, por fim, pontuou questões sobre o financiamento do sistema de saúde, seus recursos humanos e modo de participação dos serviços privados (REIS; ARAÚJO; CECILIO, 2011).

Na sequência foi promulgada a lei 8.142/90, a qual explanou sobre o modo de participação social no SUS, transferências de recursos entre os níveis de governos, foi também relevante em virtude da criação dos Conselhos de Saúde e legalizou os organismos de representação, o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) (BRASIL,1990; REIS; ARAÚJO; CECILIO, 2011).Qualquer política pública de saúde deve respeitar a constituição Federativa do Brasil, bem como as leis orgânicas regentes do SUS lei 8080/90 e 8142/90 (LUCCHESI, 2004).

Em síntese, o Sistema Único de Saúde deve seguir seus princípios norteadores, tais como, a Universalidade, Equidade e Integralidade, que nos remete aos resultados advindos da reforma proposta pela constituição e superando o sistema de saúde provector. O atual modelo proposto elenca o acesso total, igualitário e absoluto aos serviços de saúde. O SUS ainda contempla os princípios subentendidos como estratégicos, que contemplam as diretrizes políticas, modo de organização e operação. Esses princípios são norteadores no âmbito de

concretização das ações, tais princípios estratégicos são: descentralização, regionalização, hierarquização e participação da sociedade nos processos decisórios (TEIXEIRA, 2011).

De maneira resumida, a universalidade significa a expansão dos serviços de saúde, de modo que abarque a totalidade da população. A equidade nos remete a reconhecer as diferenças econômicas e sociais existentes e desta forma produzir serviços de saúde que beneficiem prioritariamente os grupos e pessoas em vulnerabilidade, em suma, a equidade é “abordar de forma desigual os desiguais”, deste modo objetiva-se equalizar as condições de acesso aos serviços de saúde. Por fim, a integralidade expressa todas ações e estratégias de saúde que figuram em todos os âmbitos de ação, tais como, vigilância ambiental, sanitária, epidemiológica e os três níveis de atenção em saúde; saúde básica, secundária e terciária (TEIXEIRA, 2011).

Em relação aos princípios estratégicos, a descentralização retrata a delegação dos poderes decisórios do nível federal para o nível estadual e municipal, intuindo maximizar a eficácia dos serviços de saúde de acordo com as demandas locais. Já a regionalização representa a territorialização das unidades de saúde e sua população. E findando, a hierarquização denota a organização de redes de atendimentos, desde os atendimentos mais simples (Nível básico), até os atendimentos mais complexos (nível secundário e terciário) (TEIXEIRA, 2011).

O eixo central das políticas de saúde segundo Teixeira é “o conjunto de propostas sistematizadas em planos, programas e projetos que visam, em última instância reformar o eixo dos serviços de saúde, de modo a assegurar a universalização dos acessos e a integralidade das ações” (TEIXEIRA, 2011, pg.3).

As políticas públicas de saúde devem (riam) ser abrangentes, abarcando todas as esferas de vida dos indivíduos. As mesmas apresentam características intrínsecas e são a intercessão entre as diversas formas de poder, tais como, a relação entre gestores, burocratas e consumidores ou pacientes. Por este motivo as políticas públicas de saúde devem transpor os limites de saúde, pois se relacionam e são influenciados por diversos aspectos da dinâmica social (RODRIGUEZ, 2016). Neste contexto, historicamente as políticas de saúde brasileiras, não almejam abarcar a universalidade e a integralidade de ações e da população, o cerne dominante foi: demandar atenção aos que possuíam dinheiro e fazer caridade ao resto, porém, o SUS quebra esse paradigma, contrariando o modelo hegemônico dominante desde os anos 60 (SOUSA, 2015).

O SUS detém um poder estratégico vasto, através de sua enorme capilaridade é capaz de disseminar a universalidade dos serviços de saúde, propiciando mecanismos que

incentivem a atenção coletiva, o controle e a participação social. O SUS possui diversas áreas de ações e consequentemente políticas públicas que atendam a esta demanda, tais como, políticas de saúde do homem, da mulher, idosos, criança, escola, medicamentos, bucal e mais especificamente a Política Nacional de saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, promulgada pela Portaria 1.823/2012 (PNSTT) (LUCCHESI, 2004; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Neste espectro a Portaria 1.823/2012 objetiva fomentar o protagonismo social da saúde dos trabalhadores, postando-se como meio alternativo aos modelos excludentes e restritivos do modelo vigente, neste sentido a seguir será explanado o campo de saúde dos trabalhadores sobre o âmago das políticas de saúde laboral (GOMEZ; LACAZ, 2005).

2.1.1.1 A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora

Em síntese e como já discutido no capítulo anterior a Constituição de 1988 foi relevante para a criação do SUS e no estabelecimento de parâmetros no campo da saúde dos trabalhadores brasileiros, eventos estes precedidos pela VIII Conferência Nacional de Saúde e I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador em 1986, estes acontecimentos foram permeados pela universalidade de ações, promoção e intervenção nos ambientes laborais. A I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador é considerada a gênese da saúde dentro do campo laboral, e esta primeira reunião colocou o trabalhador como elemento norteador na tomada de decisões neste espectro. Assim se conclui que esta progressiva conferência constitui o marco inicial para a implementação da atual Política Nacional de Saúde do Trabalhador no país, reforçada pela realização da II Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1994).

Pensar numa política de Saúde do Trabalhador é, antes de mais nada, aprofundar a análise da organização do processo de trabalho dentro do modo de produção vigente e seus reflexos nas condições de vida e trabalho. Tal pensar não deve limitar-se a considerar e atuar somente sobre as condições de trabalho, mas também identificar o quanto as condições de vida da classe trabalhadora têm provocado doenças e mortes. Embora estas condições sejam reflexo das políticas econômicas e sociais, sobre as quais o sistema de saúde pouco pode fazer diretamente, a quantificação e a denúncia desta situação pode atuar no sentido de exigir uma solução dos demais setores do Estado e da sociedade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1994, pg. 03).

O relatório da I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (1994), preconizava que o trabalho deveria ser salubre, respeitando-se os direitos individual e coletivo dos trabalhadores. Ainda, defendia a redemocratização, deste modo, os ambientes laborais seriam espaços públicos, mesmo nas empresas privadas. Assim, o poder público poderia intervir e fiscalizá-los (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1994).

Na sequência, no ano de 1998, foi promulgada a NOST-SUS (Norma Operacional de Saúde do Trabalhador no SUS), com a portaria 3.098. Os objetivos da mesma foram descrever procedimentos e ações para que servissem como instrumentalizadores e orientadores do plano de ação da saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998). Esta norma efetivou a implantação da saúde do trabalhador como parte integrante do SUS, embasado nas diretrizes e princípios da descentralização das ações e serviços de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998).

Agostini (2002) expõe e conceitua a saúde do trabalhador e a condiciona como um processo em construção, em diferentes momentos e com peculiaridades entre as regiões do país. Em síntese a saúde do trabalhador mantém as mesmas lacunas; os trabalhadores lutam por reconhecimento, indagam sobre alterações nas estruturas laborarias almejando a “humanização do trabalho.

A implementação da primeira; a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho instituída pelo Decreto 7.602 de 2011 (PNSST), passou por várias alterações, dentre elas, normas, portarias e convenção 155¹ que antecederam a sua criação e implementação. Na fase de pré-elaboração da PNSST/2011 emerge a necessidade de medidas de prevenção, que responsabilizem os culpados e atuassem como mediadoras dos conflitos institucionais (BRASIL, 2004). Neste contexto com o avançar da pré-elaboração da PNSST/2011, a portaria 800/2005 expõe para apreciação da sociedade, um esboço do que posteriormente seria a redação final da Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho. A mesma destaca que para o estado cumprir o seu papel é necessário a formulação e implementação das políticas e ações de governo norteadas pela atuação multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial capaz de contemplar a complexidade das relações produção consumo - ambiente e saúde (BRASIL, 2004).

A portaria 800/2005 ressaltou a necessidade de princípios articulados com vistas a sobrepujar a fragmentação das ações e a duplicidade das mesmas, desempenhadas por cada ministério de maneira segregada e desmantelada, também ressaltou de que os todos trabalhadores deveriam ser abarcados pela legislação, independentemente do vínculo empregatício.

¹A Convenção 155 da Organização Internacional do Trabalho prevê a adoção de políticas nacionais coerentes de saúde e trabalho, bem como o desenvolvimento de ações a serem efetivadas pelos governos e empresas para promover a segurança e saúde no trabalho e melhorar as condições de trabalho. Estas políticas devem ser desenvolvidas levando-se em consideração as condições e práticas nacionais. O Protocolo prevê a criação e a revisão periódica de requisitos e procedimentos para o registro e notificação de acidentes e doenças profissionais, e para a publicação de estatísticas relacionadas anuais. Mais informações acessar: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/D1254.htm.

A referida portaria pautava como relevante a interação e o compartilhamento de informações e ações entre as áreas econômicas, políticas agrícolas, de educação, ciência e tecnologia e justiça, indústria e comércio. Assim primava por medidas articuladas entre os ministérios do Trabalho, Saúde, Previdência Social e Meio Ambiente. Em suma, a minuta da PNSST primou pela realização do trabalho em condições salubres adequadas, sem danos a integridade física e psíquica dos trabalhadores e medidas estratégicas multidisciplinares. Contudo, em virtude da grande diversidade e complexidade do tema e dos ambientes de trabalho, é tendencioso que as ações públicas de saúde abarquem prioritariamente a população trabalhadora formal. Deste modo, muitos trabalhadores informais e rurais seriam excluídos destas ações de saúde. Em síntese efetivamente pouco foi feito do que estava descrito na minuta da PNSST, foram desenvolvidas algumas ações individuais, em alguns setores envolvidos (ARCURI, 2006).

Com os avanços das discussões e pressões sindicais, em 2011 é promulgada a Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (PNSST) com o decreto N° 7.602, e a mesma traz em seu artigo I:

A Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho - PNSST tem por objetivos a promoção da saúde e a melhoria da qualidade de vida do trabalhador e a prevenção de acidentes e de danos à saúde advindos, relacionados ao trabalho ou que ocorram no curso dele, por meio da eliminação ou redução dos riscos nos ambientes de trabalho (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011, pg. 01).

Segundo Costa et al. (2013), obviamente houveram avanços na temática de saúde do trabalhador, relacionados com a legislação e medidas institucionais, contudo existem lacunas nas ações conjuntas, tais como a subnotificação do Setor Informal. O que se avalia do Decreto N° 7.602 é a sua limitação e timidez, pois apenas reiterou atribuições dos diferentes ministérios e instituições. Sobre esta ótica, Vasconcellos (2013), cita que apesar de o Ministério da Saúde ser o responsável pela condução das políticas públicas de saúde brasileira, este fato reforça que todos os órgãos devem desempenhar suas funções em consonância com o SUS. Pois, caso contrário serão reiteradas as atuais iniciativas, efetuadas de maneira eventual, repetida e segregada, se traduzindo em ações com baixa resolutividade e pouco reformadoras. A questão é vasta, enraizada, dogmatizada, permeada por instituições conservadoras e submissas ao poder econômico e mercantil na condutividade das políticas públicas de saúde (VASCONCELLOS, 2013). Deste modo, a PNSST (2011), não preconizou ou engajou a classe trabalhadora como autora e protagonista em suas ações estratégicas, para assim neutralizar a leitura multifacetada do trabalho contemporâneo. Os serviços, ações e

programas não perduram, pois as ações são desconectas, e sem analogia estatal (COSTA et al., 2013).

Neste contexto, culminando ações, insucessos e anseios, em agosto de 2012 é instituída através da Portaria Nº 1.823, a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), portaria esta que é o objeto central desta pesquisa e que delegou funções e estratégias para as três esferas de gestão do SUS. Esta política possui como premissa principal a criação e implementação da atenção de modo global em saúde do trabalhador, enfatizando medidas de vigilância. O intuito da mesma é enaltecer o acesso e a proteção da saúde dos trabalhadores com o objetivo de minimizar a morbimortalidade advindas do progresso industrial e produtivo como exemplifica a Portaria em seu artigo 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 a promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012, pg. 01).

A PNSTT é extensiva a todos os trabalhadores, independente de localização, forma de vínculo empregatício, maneira de inserção no mercado de trabalho. Porém, denotam maior atenção os trabalhadores que se encontram vulneráveis. Para estes grupos suscetíveis, a PNSTT deve ser o elo para sobrepujar as discrepâncias sociais, almejando a igualdade de atenção. Estes trabalhadores em vulnerabilidade social devem ser mapeados através da fiscalização de saúde localista e regional, conforme está descrito no Art. 7º da Política:

A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora deverá contemplar todos os trabalhadores priorizando, entretanto, pessoas e grupos em situação de maior vulnerabilidade, como àqueles inseridos em atividades ou em relações informais e precárias de trabalho, em atividades de maior risco para a saúde, submetidos a formas nocivas de discriminação, ou ao trabalho infantil, na perspectiva de superar desigualdades sociais e de saúde e de buscar a equidade na atenção.

Parágrafo único. As pessoas e os grupos vulneráveis de que trata o "caput" devem ser identificados e definidos a partir da análise da situação de saúde local e regional e da discussão com a comunidade, trabalhadores e outros atores sociais de interesse à saúde dos trabalhadores, considerando-se suas especificidades e singularidades culturais e sociais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012, pg. 02).

A implementação desta Política deve contemplar medidas articuladas entre esferas individuais e coletivas. No tocante a esfera individual as ações são (rão) de proteção e reabilitadoras de agravos. Já no âmbito coletivo, as medidas são de promoção, preventivas e de atenção nos locais e atividades laborais. A promoção de saúde e métodos que preconizem o

trabalho salubre deve ser enfatizada na atenção primária com suas redes de informação de saúde, auditoria e a programação, fiscalização e apreciação das ações de saúde do trabalhador que desempenha papel estratégico nesta rede. No tocante as estratégias, o foco cêntrico é o desenvolvimento e a interação entre as vigilâncias, elencando prioridades para ações conjuntas, embasados na identificação de condições de saúde do público alvo. Outro ponto que deve ser preconizado é a unificação das notificações, catalogando como prioritários os agravos relacionados com o trabalho, deste modo, discernir quanto ao perfil dos trabalhadores e sua identificação, elencar as atividades produtivas que fazem parte do território, traçar o perfil de morbimortalidade, abarcar como prioritários os mais vulneráveis, e relacionar problemas de saúde como causa do trabalho (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

As notificações dos agravos são uma ferramenta valiosa para entender e traçar o perfil epidemiológico de uma população. As informações coletadas e estruturadas servem para planejar, investigar e intervir de maneira específica nos grupos mais vulneráveis, almejando a eficácia das políticas e programas de saúde (LOZOVEY, 2017).

A PNSTT/2012, nasceu em um cenário instável e traçou as metas de ações para cada área e nos diversos níveis, objetivando fomentar o desenvolvimento da ST no âmbito do SUS. Contudo, fica cognoscível que a PNSTT é dotada de fragilidade e dualidade no tocante as ações de vigilância, inexistência de alocação de prioridades e programas articulatórios por níveis de ação. É contraditório pugnar riscos e agravos que ocorrem fora da esfera municipal ou estadual, mas que estão ligadas a raiz causal. Fatos estes elencados no estudo de Costa et al. (2013), que ainda, destaca a inexistência de uma política de estado profícua, capaz de abarcar os trabalhadores de modo integral em suas ações estratégicas. O campo de saúde do trabalho, materializado primeiramente pela PNSST/2011 e hodiernamente pela PNSTT/2012, deveria abarcar políticas públicas capazes de suplantarem as condições precárias do trabalho contemporâneo e avigorar ações de proteção integral a saúde dos trabalhadores (COSTA et al, 2013).

Com a promulgação da PNSTT ocorreram muitos avanços, contudo, há muitas dificuldades a serem enfrentadas, principalmente na aplicação das diretrizes da PNSTT e problemas de gestão na implementação de ações efetivas. Para tornar prática uma política é necessário ações coletivas e envolvimento de todos os atores sociais em prol da construção de uma classe trabalhadora ativa socialmente, com saúde e consciente. Sem adotar um planejamento estratégico permeado na análise de setor produtivo e dos trabalhadores que o compõem, no controle social e participação social, e medidas cooperadas intersetoriais, dificilmente se propiciará modificações na cultura assistencialista dominante e, por

consequente, as diretrizes e princípios da PNSTT não serão alcançados na prática (Gómez, 2013).

Por outro lado, também se faz necessário apoio político e institucional nos âmbitos federal, estadual e municipal para fomentar a saúde do trabalhador na prática. Contudo, sabe-se que a saúde do trabalhador ficará delegada a segundo plano, sempre que ameaçar as políticas de crescimento econômico. Assim, uma política de saúde do trabalhador integral e intersetorial será sempre um modelo teórico sem aplicabilidade prática (PORTO, 2000).

As medidas de promoção de saúde advindas com as “políticas de saúde dos trabalhadores” são relevantes a classe trabalhadora, visto que as moléstias laborais são influenciadas pelas características socioambientais e pelas desigualdades sociais, porém, os indivíduos são livres para a escolha do modelo de vida, sendo responsáveis por suas decisões e com regulação social sobre as mesmas (ASCARI, 2013).

Strausz (2014), denota que o campo da saúde do trabalhador adveio das lutas operárias nos anos 1970 e 1980 e da reforma sanitária brasileira, e se traduz numa construção social que apesar de ser garantida na carta magna de 1988 sobre o espectro do SUS, foi lentamente institucionalizada, pois lesa interesses e ambições políticas. Para Mousinho (2014), a PNSTT culminou apenas com o fechamento do ciclo que se iniciou e foi percorrido com as portarias e afins. Para a mesma a PNSTT é uma política hodierna para suprir as contrariedades históricas, principalmente reforçadas pela Revolução Industrial. Por outro lado, Strausz (2014), relata que o campo de saúde do trabalhador foi permeado por avanços e retrocessos frutos das influências econômicas e políticas com ênfase em nível municipal. Outro ponto negativo citado foi a exclusão da classe trabalhadora que frente a reestruturação produtiva, trocou as suas lutas sindicais e sociais por empregos momentâneos. Neste contexto Mendes et al. (2015), em seu estudo realizado nos CERESTs do RS, constatou-se que em relação a PNSTT, o grande desafio é reconhecer o usuário do SUS como trabalhador e o reconhecimento pelo gestor municipal da importância do CEREST. Para Azevedo et al, (2016), a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), delegou a gestão exclusivamente ao Ministério da Saúde, e no quesito avaliação e monitoramento a presente lei é deficitária e não expõe com clareza os métodos e funções.

Em síntese a saúde pública brasileira é dotada de avanços no atendimento de trabalhadores que sofrem acidentes laborais ou doenças ocupacionais, a lacuna deficitária passa pela ruptura dos serviços, ações fragmentadas e dados epidemiológicos fidedignos para construir ações concretas e pautadas na raiz causal da problemática. O campo de saúde dos trabalhadores denota uma ruptura pragmática do modelo curativo com enfoque individual e

avanços nas abordagens coletivas, interdisciplinar e intersetorial com intuito de promoção e proteção da população trabalhadora brasileira (LOURENÇO; BERTANI, 2007). As políticas públicas brasileiras na contemporaneidade devem ser capazes de elencar estratégias para arquitetar uma ordem hodierna e contra hegemônica, que possibilite um equacionamento adequado das questões sociais. Estas políticas devem ser hábeis para administrar as mudanças sociais pós democratização e as alterações sociais oriundas da globalização da economia. (OLIVEIRA; VACONCELLOS, 1992). Vilela (2002), enaltece avanços outorgados com a CF de 1988, contudo, concretamente em relação as políticas públicas no campo de saúde laboral pontuam o insucesso da participação dos trabalhadores no controle de condições laborais, visto que, dentro das empresas há um sistema patronal que gere as condições laborais com o objetivo de incrementar a produtividade, e esta correlação de forças aparentemente favorece o capital. Assim, a saúde do trabalhador objetiva enaltecer e fomentar ambientes laborais saudáveis, assistência integral em saúde e fortalecer vigilância ambiental e agravo de trabalho (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Deste modo, a política pública de saúde do trabalhador é traduzida num movimento real e tangível, intensificada dinamicamente pelas variáveis conjunturais resultantes das variáveis estado e sociedade civil. Analisar uma política compreende estudar o contexto em que a mesma está inserida, sendo relevante avaliar o âmbito político, econômico e ideológico (OLIVEIRA; VACONCELLOS, 1992). Neste contexto, apesar dos avanços significativos no campo de saúde laboral, é necessário o aprofundamento de ações, que serão possíveis quando for denotado relevância para a notificação de agravos, pois não é somente os agravos graves que são importantes, mas sim todos os impactos de instalação lenta e gradativa (MENDES et al., 2015). Deste modo esta avaliação não deve ser monopolizada e nem segregada, mas sim pautada na origem da problemática, como exemplifica Lozovey (2016), a PNSTT/2012 elencou a vigilância para diminuir a morbimortalidade e corroborar com medidas preventivas e protetivas, contudo, é necessário conhecer os agravos. Sob esta ótica na sequência será elencado o tema agravos de trabalho e suas peculiaridades.

2.2 ACIDENTES DE TRABALHO: BASES HISTÓRICAS E CONCEITUAÇÃO

Os acidentes de trabalho desde os primórdios acompanharam o trabalho, na realidade sempre existiram e fazem parte da dinâmica da sociedade, contudo ganharam notoriedade com a advento da Revolução Industrial no século XVIII (BRAGA, 2000).

Na antiguidade, o pai da medicina, Hipócrates, discriminou a condição de saúde de um trabalhador vítima de contaminação em decorrência da atividade laboral. Há também relatos de sofrimentos laborais sofridos por mineradores na época dos romanos (CHAGAS, 2011).

Nos períodos que compreendiam até o século XVIII, os acidentes eram explicados e creditados na vontade dos deuses. A relação dicotômica trabalho- acidente de trabalho era velada, assim sua fenomenologia estava descrita de modo superficial e escassa, pautada sobre modelos descritivos que não elencavam o processo produtivo de maneira global e ampla (BRAGA, 2000).

Neste cenário em 1770, o médico italiano Ramazzini, considerado o “pai da medicina do trabalho”, formulou um livro clássico: *De Morbis Artificum Diatriba*, onde foram relatadas as doenças ocupacionais e sua relação com os acidentes de trabalho, ainda, foram descritas cinquenta patologias relacionadas como os trabalhos executados, e mesmo que de forma prematura, instigou a gênese das leis laborais (RAMAZZINI,1999).

Neste âmbito com a revolução industrial (XVIII) ocorreram mudanças consideráveis nas relações de trabalho, no âmago das relações entre capital e trabalho, dentre elas, a transformação do trabalho em emprego, deste modo, se faz necessário contextualizar os acidentes de trabalho historicamente. Neste período as condições laborais eram precárias, com altos índices de doenças ocupacionais e acidentes de trabalho (SANTOS, 2005). E ocorreu um salto dos índices de lesões laborais, em decorrência das condições insalubres, incorporação de máquinas e crescente pressão por lucros. Neste período o trabalhador simbolizava “uma peça sem valor e de propriedade do patrão” (DIAS, 1999). Foram formadas duas classes distintas: os operários e os donos das indústrias, também ocorreu a tomada de consciência da classe trabalhadora (SANTOS, 2005).

A industrialização provocou efeitos nocivos à saúde dos trabalhadores, com a utilização de novas tecnologias tais como, a automação e a informatização. Apesar de terem contribuído para melhorar as condições laborais, também causaram novos riscos à saúde dos trabalhadores, decorrentes da organização do trabalho (MENDES; DIAS, 1991).

No século XIX, meio século após iniciar a Revolução Industrial, os trabalhadores iniciam uma organização com intuito de desenvolver medidas preventivas de acidentes de trabalho e diminuir fatores causais da época (LOURENÇO, 2011).

Neste contexto, tornou-se imprescindível a criação de uma organização mundial que delegasse sobre o assunto; surge então a Organização Internacional Do Trabalho (OIT). Na atualidade o órgão desempenha papel crucial e relevante na elaboração de normas e práticas protetivas a saúde do trabalhador (DIAS, 1999).

Deste modo, se difundiram leis trabalhistas pelo mundo, culminando com a criação da Organização Internacional do Trabalho (1914) (SANTOS, 2005). E concomitantemente foi promulgada a primeira constituição no México em 1917, que pontuou e regulou as relações de trabalho, dentre elas, jornada de trabalho de 8 horas diárias, proteção à maternidade, descanso semanal e proteção contra acidentes de trabalho, estes acontecimentos outorgaram subsídios para a promulgação da Consolidação Das Leis Trabalhistas Brasileiras (CLT), comumente com a Carta dei Lavoro, formulada em 1927, que inspirou e difundiu ideias a vários países, em especial ao Brasil. Esta carta difundia o sistema corporativista que visava organizar a economia em detrimento do estado com imposição de regras a todas as pessoas (SANTOS, 2005).

No tocante ao tema acidentes de trabalho, suas causas e dados estatísticos estimativos é relevante citar o estudo vanguardista desenvolvido por Heinrich, em 1931 e 1959, que mapeou variáveis em 5000 empresas privadas, empresas participantes e com integrantes da administração. O autor sequenciou cinco fatores em ordem de acontecimentos: Ancestrais e ambiente social, alterações na personalidade, prática insegura e/ou ameaça física ou mecânica, acidentes e por fim lesões. Esses acidentes seriam acontecimentos usuais que podem ocasionar lesões. Esta sequência é similar a uma fileira de dominó, se uma variável for interrompida, se anulam as variáveis seguintes (AQUINO, 1996).

O estudo de Heinrich organizou os prejuízos com acidentes de trabalho em custos diretos e indiretos, deste modo, equacionou uma fórmula do custo total destes acidentes. Contudo, o pesquisador ressaltou que sua equação de custos possuía limitações, pois somente uma pequena fração dos gastos dispendidos com acidentes de trabalho se tornam mensuráveis dentro de uma empresa. Esse fato originou o “iceberg de Heinrich” (AQUINO, 1996). Nas primeiras teorias formuladas coube ao estado o papel de mediador de conflitos, ao capital não recaiu responsabilidades dos efeitos negativos do processo de trabalho (BRAGA, 2000).

Com a ascensão do sistema capitalista, ocorreram mudanças para a sociedade, tais como, longas jornadas de trabalho em turnos diurno e notívago, desigualdades nos salários, trabalho infantil, e atualmente precarização e flexibilização da força laboral. Em consonância com os fatores elencados presenciou-se um aumento dos acidentes de trabalho e doenças ocupacionais. Frente aos fatos vislumbrou-se uma legislação social de proteção do trabalhador com incapacidade laboral, sendo vanguardista no mundo capitalista ocidental, a contar do século XIX. A partir deste momento, advém as primeiras leis que tratam de acidentes de trabalho, mesmo que de modo superficial e tímido (SILVA, 2015). Neste âmbito na sequencia

são abordados os aspectos históricos da legislação e seguridade social nos acidentes de trabalho no Brasil.

2.2.1 Legislação e seguridade social nos acidentes trabalhistas

No Brasil, o trabalho livre e assalariado ascendeu posterior a abolição da escravatura em 1888 e com a chegada dos imigrantes europeus, que se depararam com condições inadequadas de trabalho e com o advento de movimentos sociais fundaram os primeiros sindicatos embasados na OIT. Deste modo, a primeira lei brasileira que tratou sobre as obrigações resultantes dos acidentes de trabalho foi promulgada pelo Decreto Nº 3.724 de 1919, que posteriormente sofreu mudanças pelo Decreto nº13.493, de 5 de março de 1919 e na sequência regulamentado pelo Decreto nº 13.498, de 12 março de 1919. Esta lei pontuou a conceituação de risco profissional como algo natural e inerente a atividade laboral. Este decreto não trazia de forma clara a obrigatoriedade de pagamento do seguro acidentário, apesar de pautar o pagamento do seguro de acidentes de trabalho ao trabalhador ou a família, com base na gravidade dos traumas, além de que as custas de tratamento eram de responsabilidade do patrão (BRASIL, 1919).

Neste contexto por pressões de sindicatos e forças sociais, inicia a legislação trabalhista idealizada por Getúlio Vargas em 1930 e concretizada na promulgação da primeira constituição brasileira, no ano de 1934 que garantia proteção de trabalho as mulheres e menores, repouso semanal, férias anuais remuneradas, isonomia salarial e liberdade sindical, contudo, nada discutia sobre a legislação dos acidentes de trabalho (BRASIL, 2011).

E em 1943 é criada a CLT, que não representou uma legislação hodierna, apenas reuniu leis esparsas existentes na época. Na sequência é criada a constituição de 1946, com viés democrático e rompendo com o corporativismo da constituição anterior. Na constituição é assegurado o direito a greve, participação dos trabalhadores nos lucros, estabilidade, mas ainda, não há menção aos acidentes e trabalho (MARTINS, 2012).

O decreto lei n 5.402 de 1943 pontua as leis trabalhistas, e elenca em seu Artigo 157, que sofreu alteração da lei 6514/1977 os deveres das empresas:

Art. 157 - Cabe às empresas

- I - cumprir e fazer cumprir as normas de segurança e medicina do trabalho;
- II - instruir os empregados, através de ordens de serviço, quanto às precauções a tomar no sentido de evitar acidentes do trabalho ou doenças ocupacionais
- III - adotar as medidas que lhes sejam determinadas pelo órgão regional competente;
- IV - facilitar o exercício da fiscalização pela autoridade competente (BRASIL, 1977, pg.65).

Contudo a presente lei também pontua a obrigação dos trabalhadores, pois deste modo, os trabalhadores devem ser corresponsáveis na tomada de cuidados preventivos:

Art. 158 - Cabe aos empregados:

I - observar as normas de segurança e medicina do trabalho, inclusive as instruções de que trata o item II do artigo anterior;

II - colaborar com a empresa na aplicação dos dispositivos deste Capítulo.

Parágrafo único - Constitui ato faltoso do empregado a recusa injustificada:

a) à observância das instruções expedidas pelo empregador na forma do item II do artigo anterior;

b) ao uso dos equipamentos de proteção individual fornecidos pela empresa (BRASIL, 1977, pg. 66).

No avançar da história do trabalho brasileira, com o golpe militar de 1964, a classe operária e os sindicatos sofreram sanções e repressões (MARTINS, 2012). O Brasil na década de 70 foi considerado o país com maior número de acidentes de trabalho. Em virtude deste dado alarmante se culminou estratégias e legislação para tentar reverter estes números (OLIVEIRA, 2007). Para regulamentar as questões de segurança no trabalho, minimizando ou erradicando os riscos laborais são criadas em 08 de junho de 1978 através da Portaria N.º 3.214, as normas regulamentadoras (NRs). Esta portaria reúne vinte e oito normas regulamentadoras que dissertam sobre as condições insalubres, ergonomia e riscos ambientais (BRASIL, 1978).

Com o término da ditadura militar as conquistas dos trabalhadores aos poucos foram sendo alcançadas. E culminaram com a promulgação da atual constituição brasileira; a CF de 1988. E partir da carta magna, concomitantemente foram instituídas novas leis e portarias que regulamentaram o trabalho e o seu desempenho, que já foram discutidas nos capítulos anteriores (MARTINS, 2012).

No Brasil, grande parte dos valores dispendidos com os acidentes de trabalho é de responsabilidade do Ministério da Seguridade Social, que regula o direito a previdência através do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS). A função do Instituto citado é asseverar o direito à Previdência social e abarcar o seguro social aos segurados, onde os benefícios advém das contribuições. Os casos em que o segurado tem o direito ao benefício são: afastamento laboral por motivo de doença, invalidez laboral, senilidade, óbito, maternidade, benefício reclusão e desemprego à revelia (SANTANA, 2006).

A conceituação de Acidente de Trabalho Típico passou por várias alterações advindas das redações de sete leis acidentárias brasileiras. A conceituação atual e em vigência está descrita a seguir pela lei nº 8.213/91 que em seu artigo 19 assim referênciam:

Art. 19. Acidente do trabalho é o que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço de empresa ou de empregador doméstico ou pelo exercício do trabalho dos segurados referidos no inciso VII do art. 11 desta Lei, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte ou a perda ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho

§ 1º A empresa é responsável pela adoção e uso das medidas coletivas e individuais de proteção e segurança da saúde do trabalhador.

§ 2º Constitui contravenção penal, punível com multa, deixar a empresa de cumprir as normas de segurança e higiene do trabalho.

§ 3º É dever da empresa prestar informações pormenorizadas sobre os riscos da operação a executar e do produto a manipular.

§ 4º O Ministério do Trabalho e da Previdência Social fiscalizará e os sindicatos e entidades representativas de classe acompanharão o fiel cumprimento do disposto nos parágrafos anteriores, conforme dispuser o Regulamento (BRASIL, 1991, pg.24)

O artigo seguinte da presente lei, cita e explica as doenças laborais que são consideradas como acidentes de trabalho, bem como, enumera as doenças em que não se aplica a classificação de acidente de trabalho:

Art. 20. Consideram-se acidente do trabalho, nos termos do artigo anterior, as seguintes entidades mórbidas:

I - doença profissional, assim entendida a produzida ou desencadeada pelo exercício do trabalho peculiar a determinada atividade e constante da respectiva relação elaborada pelo Ministério do Trabalho e da Previdência Social;

II - doença do trabalho, assim entendida a adquirida ou desencadeada em função de condições especiais em que o trabalho é realizado e com ele se relacione diretamente, constante da relação mencionada no inciso I.

§ 1º Não são consideradas como doença do trabalho:

a) a doença degenerativa;

b) a inerente a grupo etário;

c) a que não produza incapacidade laborativa;

d) a doença endêmica adquirida por segurado habitante de região em que ela se desenvolva, salvo comprovação de que é resultante de exposição ou contato direto determinado pela natureza do trabalho.

§ 2º Em caso excepcional, constatando-se que a doença não incluída na relação prevista nos incisos I e II deste artigo resultou das condições especiais em que o trabalho é executado e com ele se relaciona diretamente, a Previdência Social deve considerá-la acidente do trabalho (BRASIL, 1991, pg. 25)

O acidente de trabalho pode ser ocasionado por vários fatores causais. E resultam em incapacidades laborais em decorrência do exercício profissional. São classificados em típicos, de trajeto ou doenças ocupacionais. Os acidentes de trabalho são conceituados sobre o vértice de acidentes típicos e foram incorporados outros fatos que corroboram para a incapacidade laboral, estes são classificados como Acidentes de Trabalho por equiparação legal (OLIVEIRA, 2007).

As hipóteses em que pode ocorrer AT e que se equiparam ao Acidente típico para efeitos legais são:

Enfermidades decorrentes do trabalho; acidentes ou doenças provenientes de causas diversas, conjugando fatores do trabalho e extralaborais (concasuais); acidentes ocorridos no local de trabalho, mas sem ligação direta com o exercício da atividade profissional; acidentes ocorridos fora do local da prestação do serviço, mas com vínculo direto ou indireto com o cumprimento do contrato de trabalho e acidentes ocorridos no trajeto de ida ou volta para o local de trabalho (OLIVEIRA, 2007, pg.40).

O acidente fatal, por sua vez, é aquele que leva o trabalhador ao óbito instantaneamente ou após ocorrer, pode acontecer em ambientes variados, no entanto, para ser considerado acidente de trabalho a causa principal deve advir do trabalho. É sugestivo que os acidentes fatais tenham maior propensão de acontecerem com trabalhadores com pouca experiência na empresa (ASCARI, 2013).

A conceituação de AT sobre a ótica do Ministério Da Saúde (MS):

Acidente de trabalho é o evento súbito ocorrido no exercício de atividade laboral, independentemente da situação empregatícia e previdenciário o trabalhador acidentado, e que acarreta danos à saúde, potencial ou imediato, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que causa, direta ou indiretamente (concausa) a morte, ou a perda ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho. Inclui-se ainda o acidente ocorrido em qualquer situação em que o trabalhador esteja representando os interesses da empresa ou agindo em defesa de seu patrimônio; assim como aquele ocorrido no trajeto da residência para o trabalho ou vice-versa (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, pg. 11).

Os acidentes podem acarretar lesão corpórea ou perturbação na função, agravos esses que podem evoluir para o óbito ou para seqüela que impossibilite o trabalho momentaneamente ou permanentemente (MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL, 2009).

Dos acidentes de trabalho resultam benefícios, os quais são chamados de acidentários, os dados estatísticos se embasam no conceito ditado pela lei 8.213/91. O benefício é concedido ao segurado ou aos seus dependentes, na ocasião da ocorrência do acidente no desempenho da atividade profissional na respectiva empresa, ou ainda, classificados como doença em decorrência da ocupação ou do trabalho. Também se considera benefício acidentário quando o acidente ocorrer no percurso entre a empresa e a casa do funcionário. Cabe conceituar que o segurado é a pessoa amparada pelo sistema da previdência e, portanto, tem o direito aos seus benefícios (MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL, 2009).

Posteriormente ao acidente de trabalho, o trabalhador CLT (segurado da Previdência Social), pode apresentar sintomas brandos ou leves, neste caso é atendido pelo médico e volta ao desempenho imediato de suas atribuições. No caso de incapacidades temporárias, o empregado é afastado do trabalho até o restabelecimento de sua saúde, neste caso, a empresa

será responsável pelo salário do empregado nos quinze primeiros dias, posteriormente o mesmo será encaminhado ao INSS para avaliação médica de peritos e comprovada a incapacidade laboral receberá o benefício acidentário durante o tratamento de saúde. Alguns acidentes ocasionam incapacidades total ou parcial. No caso de a incapacidade ser parcial, o segurado será indenizado pela lesão parcial sofrida, indenização esta que será agregada a aposentadoria no futuro e é classificada como auxílio-acidente com pagamentos mensais, e o trabalhador poderá desempenhar outra função compatível com a sua atual capacidade laboral. Quando o trabalhador é vítima de lesão total e incapacitante, o mesmo não poderá desempenhar nenhuma atividade laboral, deste modo receberá aposentadoria por invalidez. O episódio mais grave dos acidentes de trabalho são os óbitos, neste caso, os dependentes receberão pensão (GUETHS, 2009).

Porém, os trabalhadores informais não estão cobertos pelos benefícios citados acima, contudo, podem a qualquer momento entrar na justiça contra o empregador que deixou de assinar a carteira de trabalho e conseqüentemente deixou de pagar as contribuições. O segurado contribuinte individual e facultativo também não possui estes direitos acidentários. Os trabalhadores públicos ou concursados possuem órgãos próprios (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2016).

Os estados de saúde são classificados pela OMS através da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), e Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Será abordado a CID em virtude da relevância para o estudo. A CID vem sendo organizada a mais de cem anos, inicialmente o intuito era conhecer a causa da morte, posteriormente foi usada para inserir códigos a pacientes internados, após em consultas ambulatoriais e saúde primária, e hodiernamente é utilizada para codificar situações de morbidade (DI NUBILA; BUCHALLA, 2008).

A classificação Internacional de doenças, mais conhecida como CID²-10, posteriormente a 10ª revisão, apresenta III volumes. O volume I consiste na lista tabular ou núcleo de classificação com três caracteres. O volume II norteia em relação as regras, orientações e guia para as pessoas que o usam. O volume III consiste no índice alfabético das doenças, este volume traz na secção o Índice alfabético das doenças e a natureza das lesões, já na secção II é apresentado um índice em ordem alfabética das lesões e suas causas externas, e

²Para maiores informações, acessar. <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm>.

pôr fim a secção III uma tabela de composto químicos e drogas (MINISTERIO DA SAUDE, 2011).

O uso do CID³-10 no âmbito da saúde e da Previdência Social uniformizou a articulação entre os serviços de saúde, profissionais de múltiplas áreas e as perícias do INSS (MINISTERIO DA SAUDE, 2011). A utilização do CID-10 padronizou as situações de morbidade da população, mas era necessário algo que retroalimentasse os bancos de dados e ancorasse a vigilância epidemiológica, neste lacuna deficitária advém as notificações dos acidentes de Trabalho que servem para mapear a realidade e embasar políticas públicas no espectro da informação-decisão-ação, sob esta ótica é relevante elencar as notificações dos agravos de trabalho e suas características.

2.2.1.1 Notificações

Os acidentes de trabalho acarretam impactos e sequelas, por este motivo são considerados um problema de saúde pública, e devem ser enfrentados com prioridade pelo SUS em conjunto com toda a sociedade no intuito de erradicá-lo ou minimizá-lo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Contudo, há unanimidade em relação a escassez de serviços de informação que se destinam a dimensionar de forma verídica o impacto que esses acidentes ocasionam na sociedade brasileira. Essa lacuna deficitária é visível principalmente nos trabalhadores que não são abarcados pelo INSS, ou seja, os trabalhadores informais. Neste tocante vários estudos apontam e evidenciam este fato e também alertam para a não notificação de acidentes em casos menos graves (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Deste modo, notificação segundo o Ministério da Saúde (2009) é a comunicação da ocorrência de agravo a saúde ou doença, efetuada por profissionais de saúde ou qualquer cidadão à autoridade sanitária para adoção de medidas de intervenção cabíveis. A notificação compulsória é a principal área de ação da vigilância epidemiológica, onde ocorre o processo informação-decisão-ação.

Com o intuito de classificar a gravidade das lesões em casos de AT graves e que acarretem mutilações é criada a Portaria GM n.º 777, em 28 de abril de 2004, Art. 1.º, § 1.º, alíneas I, II e III. Sobre a ótica dessa portaria são agravos e devem ser notificados compulsoriamente os seguintes casos:

³O Ministério da saúde em conjunto Organização Pan-Americana da Saúde/Brasil e segundo a Portaria/MS n.º 1.339/1999, formulou uma lista de doenças relacionadas ao trabalho. Para maiores informações acessar. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas_relacionadas_trabalho_manual_procedimentos.pdf.

§ 1º São agravos de notificação compulsória, para efeitos desta portaria:

I - Acidente de Trabalho Fatal;

II - Acidentes de Trabalho com Mutilações;

III - Acidente com Exposição a Material Biológico;

IV - Acidentes do Trabalho em Crianças e Adolescentes;

V - Dermatoses Ocupacionais;

VI - Intoxicações Exógenas (por substâncias químicas, incluindo agrotóxicos, gases tóxicos e metais pesados);

VII - Lesões por Esforços Repetitivos (LER), Distúrbios Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT);

VIII - Pneumoconioses;

IX - Perda Auditiva Induzida por Ruído – PAIR;

X - Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho; e

XI - Câncer Relacionado ao Trabalho (Brasil, 2004, pg. 01).

É fundamental citar que essas notificações devem ser realizadas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAM). O referido sistema pertencente ao SUS, onde são registrados os dados dos acidentes ocorridos. Os dados advêm dos municípios de origem, enviados para as unidades sentinelas (CERESTs), posteriormente para as secretarias estaduais e pôr fim ao Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Esse sistema centraliza, processa e disponibiliza os dados de modo impresso ou online. No entanto, não é somente no SINAM que os dados são registrados, mas também no Sistema De Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), e no Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Cabe explicar que os acidentes de trabalho são notificados de maneira distinta: acidentes graves; óbitos; acidentes com menores de 18 anos, e acidentes que acarretam mutilações e ocasionaram hospitalizações. Já os acidentes com material biológico envolvem sangue ou outros fluídos (SANTANA et al, 2009).

Os AT no Brasil possuem alto grau de subnotificação (SANTANA; NOBRE; WALDVOGEL, 2005). Binder e Cordeiro (2003), em pesquisa realizada concluíram que os AT com emissão de CAT que não são comunicados ao INSS chegam a 36,9% e conseqüentemente não são registrados nos dados oficiais.

Para que as notificações sigam um padrão, é necessário conceituar os acidentes sobre o vértice da Portaria GM n.º 777, em 28 de abril de 2004:

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, 2004, pg.01)

Já os acidentes graves ou mutilantes seguem o seguinte parâmetro:

Acidente de trabalho grave é aquele que acarreta mutilação, física ou funcional, e o que leva à lesão cuja natureza implique em comprometimento extremamente sério, preocupante; que pode ter consequências nefastas ou fatais. Considera-se, para fins deste Protocolo, a necessidade da existência de pelo menos um dos seguintes critérios objetivos, para a definição dos casos de acidente de trabalho grave:

- 1) necessidade de tratamento em regime de internação hospitalar;
- 2) incapacidade para as ocupações habituais, por mais de 30 dias;
- 3) incapacidade permanente para o trabalho;
- 4) enfermidade incurável;
- 5) debilidade permanente de membro, sentido ou função (BRASIL, 2004, pg.01)

A conceituação de AT grave segundo o boletim epidemiológico do Ministério da Saúde (2016, pg.717):

É quando o acidente ocasiona lesão que resulte em internação hospitalar; queimaduras graves, politraumatismo, fraturas, amputações, esmagamentos, luxações, traumatismo crânioencefálico; 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; aceleração de parto ou aborto decorrente do acidente.

Além da notificação do SINAM, é necessário comunicar o acidente de trabalho ou de trajeto ou doença ocupacional para a Previdência Social. A obrigação da comunicação de acidente de trabalho compete as empresas, que o devem realizar até o primeiro dia útil posterior ao acidente, exceto nos casos de acidentes fatais, em que a notificação deve ser imediata. As empresas são obrigadas a efetuar as notificações sob pena dos artigos 286⁴ e 336 do decreto 3.048/99. Contudo, se a empresa não realizar o CAT, outros autores podem o efetuar, tais como, o trabalhador, dependentes, sindicatos, médicos ou autoridades públicas a qualquer momento, no entanto, a empresa será punida de acordo com o disposto no decreto acima citado. O CAT pode ser realizado de forma on-line no site da previdência e na impossibilidade do mesmo, pode ser efetuada diretamente em uma agência do INSS. No caso de notificação do CAT em uma agência serão geradas quatro vias, a 1ª via será para o INSS, a 2ª via para o segurado ou dependente, a 3ª via será para o sindicato do trabalhador e a 4ª via para a empresa. O CAT se divide em: CAT inicial que é a referência para acidentes típicos, trajeto, doenças laborais, ou óbito imediato. O CAT de reabertura é usado para os casos em que se instalaram pioras dos acidentes de trabalho ou doenças ocupacionais. Já o CAT de comunicação de óbito é utilizado para óbito posterior ao preenchimento do CAT inicial. É vital reiterar que se o trabalhador vítima de AT não possuir a CAT, para fins de perícia no INSS, o órgão não o declara como acidente de trabalho (MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA

⁴Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999. Aprova o Regulamento da Previdência Social, e dá outras providências. Para maiores informações acessar: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3048.htm.

SOCIAL, 2016). A emissão do CAT é relevante para a veracidade dos dados estatísticos, bem como, o fomento de políticas públicas pautadas nesses números e embasados na raiz causal (GUETHS, 2009).

Contudo, o que ocorre é omissão por parte das empresas em relação ao registro CAT, pois quando deixam de registrar o CAT se eximem da:

Obrigatoriedade de continuar depositando o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS) enquanto o empregado estiver com o contrato suspenso; a garantia de emprego do acidentado até um ano após a suspensão do benefício acidentário; a elevação dos custos operacionais por incidência de uma alíquota maior de contribuição para o Seguro de Acidente do Trabalho (SAT), em razão do reconhecimento dos riscos existentes na empresa de infortúnios, obrigando a empresa a recolher sobre a folha de pagamento 1%, 2% ou 3% para este seguro; a possibilidade de sofrer uma ação regressiva do INSS; o pagamento de multa e a interdição do estabelecimento pelas Delegacias do Trabalho e a existência de prova para a constituição de indenização por danos morais e materiais na Justiça do Trabalho contra a empresa.(GUETHS, 2009, pg.22)

Todavia, o CAT não é a única ferramenta usada para quantificar estatisticamente os AT e doenças laborais. Embasados no unanimidade da subnotificação em 2007 o MPS através das resoluções 1.236 de 2004 e 1.269 de 2006, o Conselho Nacional de Previdência Social (CNPS) e o INSS implantaram o Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário (NTEP), que deriva do cruzamento de informações do CID10 com o código da Classificação Nacional de Atividade Econômica – CNAE e está embasado em estudos estatísticos e epidemiológicos. O resultado do cruzamento de informações aponta que há uma relação fortemente aderida entre o tipo de doença e o trabalho desempenhado. O NTEP foi introduzido nos sistemas de informação do INSS em 2007 e ocasionou um aumento de 148% na concessão de benefícios referentes a doenças laborais e acidentes de trabalho, esse dado estatístico remete a concluir que ocorria um ocultamento nas notificações referentes a AT e doenças ocupacionais (PREVIDÊNCIA SOCIAL, 2014).

Almeida (2011), cita que a implementação do NTEP foi relevante, pois foi possível a caracterização pelo INSS dos AT e doenças ocupacionais sem necessariamente a emissão do CAT. O NTEP estabelece um perfil técnico entre o trabalho desempenhado e o agravo sofrido de maneira independente, mas sem extinguir o CAT.

Porém, em alguns casos as subnotificações ainda persistem nos casos de acidente com tempo de recuperação menor que 16 dias consecutivos, pois nestes casos não há expedição do NTEP e concessão de benefício (ALMEIDA; BARBOSA, 2011).

Com o intuito de melhorar as subnotificações dos acidentes de trabalho, as notificações de agravos no estado Gaúcho devem ser efetuadas em dois sistemas diferentes:

Sistema de Informações em Saúde do Trabalhador – SIST, que serve para agravos mais gerais e foi instituído através do Decreto 40.222, de 02/08/2000 e o SINAM que engloba os agravos previstos em lei federal descrita e explicada anteriormente, definidos pela Portaria GM/MS nº 204, de 17/02/16, que listou as doenças e episódios a serem notificados por todos os serviços públicos e privados. Os dois sistemas são complementares (RABELLO NETO et al., 2011; CENTRO ESTADUAL DE VIGILANCIA EM SAÚDE(CEVS), 2016).

O SIST/RS foi instituído com o objetivo de notificar de modo compulsório todos as doenças ocupacionais e AT ocorridos no referido estado que não eram contemplados no SINAM, almejando assim, medidas planejadas no âmbito do SUS em prol da saúde dos trabalhadores. As informações podem ser notificadas em todas as unidades de saúde, sejam elas, públicas ou privadas, através do SIST e dentro do mesmo há um formulário denominado Relatório Individual de Notificação de Agravado (RINA). Os registros no RINA (conforme anexo 01) são universais e devem abarcar a totalidade de trabalhadores, sejam eles, formais, informais ou estatutários (NUSSBAUMER; DAPPER; KALIL, 2009). O SIST é diferenciado e único:

[...] O único sistema estadual existente no país que torna os agravos relacionados ao trabalho de notificação compulsória, permitindo assim o desenvolvimento de um banco de dados com informações de todos os acidentes, doenças e óbitos relacionados ao trabalho, tanto os ocorridos no setor formal como informal de trabalho (RIO GRANDE DO SUL, 2005, p.68).

O SIST/RS foi instituído com o objetivo de notificar de modo compulsório todos as doenças ocupacionais e AT ocorridos no referido estado, almejando assim, medidas planejadas no âmbito do SUS em prol da saúde dos trabalhadores, em consonância com a Política Nacional de Saúde Do Trabalhador e da Trabalhadora promulgada pela portaria 1.823/2012, é obrigatório a notificação compulsória de todos os casos suspeitos ou confirmados de doenças relacionadas ao trabalho. As notificações devem ser efetuadas por todas as instituições públicas ou privadas, conveniadas, filantrópicas, sindicais ou empresariais, consultórios e clínicas, privadas, ambulatórios gerais ou especializados, hospitais, serviços de pronto-atendimento, de urgências e emergências (CENTRO ESTADUAL DE VIGILANCIA EM SAÚDE(CEVS), 2016).

As notificações devem ser realizadas em vias de papel (formulário RINA) no momento da abordagem do paciente na unidade de saúde, e enviadas com periodicidade a vigilância epidemiológica do município. O responsável da vigilância epidemiológica municipal de posse de uma senha individual acessa o SIST e digita a notificação no sistema

online, posteriormente deve arquivar os formulários. A Secretaria de Saúde do Rio Grande do Sul reúne as informações fornecidas e distribuí através de suas Coordenadorias Regionais de Saúde às Secretarias Municipais de Saúde. A notificação poderá ser realizada por qualquer profissional de saúde responsável pelo atendimento do trabalhador, respeitando as competências de cada profissão. No SIST através do formulário RINA devem ser notificados todos os acidentes e doenças de trabalho que não são exigências de notificação no SINAM. Os casos que exigem notificação no SINAM para todos os serviços de saúde público ou privado são: Acidentes Graves e Fatais, Acidentes com Material Biológico, Intoxicações Exógenas e Situação de Trabalho Infantil (CENTRO ESTADUAL DE VIGILANCIA EM SAÚDE, 2016).

No âmbito de urgência e emergência, deve ser especificado a situação do trabalho e suas particularidades, bem como o episódio que resultou no acidente e sua notificação no SINAM e posteriormente no Sistema de Internações Hospitalares do SUS (SIH-SUS). No atendimento deve ser preenchido o CAT e após o episódio deve ser monitorado pelas equipes de núcleo da vigilância epidemiológica hospitalar, se o local apresentar o mesmo. Nos aspectos relacionados as ações de saúde do trabalhador do serviço especializado (urgência e emergência) as atribuições são similares as ações executadas na atenção básica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Em síntese, a utilização das notificações, seja através da CAT, SINAM, SIST e os outros sistemas similares são relevantes para conhecer a situação de saúde dos trabalhadores brasileiros, e mais especificamente os do RS e deste modo, desenvolver políticas públicas eficazes, pautadas nas necessidades reais dos mesmos (SHERER et al, 2007). Neste contexto a seguir será elencado as características, tipos e danos ocasionados pelos agravos de trabalho.

2.2.1.2 Características, tipos e danos ocasionados pelos agravos de trabalho

Na concepção hodierna os acidentes de trabalho não ocorrem de modo isolado, apenas elencando fatores imediatistas, mas sim na junção de vários fatores, pois, de maneira peculiar cada acidente possui uma história que envolve fatores gerenciais, organização laboral e técnicas preventivas pré-existentes. Neste contexto, as medidas gerenciais não conhecidas e não utilizadas, representam as principais causas dos acidentes de trabalho. Assim, existem duas causas de acidentes, que são as causas imediatas e as subjacentes. As causas imediatas são imediatamente anteriores ao episódio acidental. Já as causas subjacentes englobam fatores gerenciais e organizacionais que influenciam de modo direto ou indireto as causas imediatas (PORTO, 2000). A saúde dos trabalhadores depende dos fatores sociais, econômicos, de

organização e tecnologia relacionados com o modo e de produção e consumo. Também é afetado por fatores de risco físicos, químicos, biológicos, mecânicos e ergonômicos presentes nos ambientes laborais. (BRASIL, 2004).

O processo laboral é permeado por propensões aos acidentes ou as doenças advindas com o trabalho. Os riscos internos que o trabalhador está predisposto são classificados como agente de riscos e atuam de forma direta ou indireta no corpo dos trabalhadores ocasionando traumas físicos, psicológicos, emocionais e fisiológicos (AGOSTINI, 2002).

Os agentes são divididos em diretos, neste caso, o trabalhador entra em contato com o agente de risco. Já no modo indireto, os agentes acarretam alterações no ambiente de trabalho e o trabalhador é afetado por estas alterações. É grande a probabilidade de dano lesivo à saúde do trabalhador mediante o contato com os agentes de risco. Vale mencionar que alguns agentes de riscos estão presentes nos ambientes de trabalho em concentrações baixas, deste modo são invisíveis, proporcionado que o trabalhador se adapte a estas condições insalubres. Em muitos casos as doenças que os trabalhadores são acometidos não são ligadas com seu nexos causal verdadeiro (AGOSTINI, 2002).

Em síntese, os AT são divididos em acidentes típicos, acidentes de trajeto e doenças ocupacionais. Para ser considerada doença ocupacional o trabalhador deve estar em contato com agentes físicos, biológicos, químicos, conforme disposições gerais expostas na Norma Regulamentadora Nº 9, da Portaria 3.214 de 1978 (GUETHS, 2009).

Esta NR trata do Programa de Riscos Ambientais:

Esta Norma Regulamentadora - NR estabelece a obrigatoriedade da elaboração e implementação, por parte de todos os empregadores e instituições que admitam trabalhadores como empregados, do Programa de Prevenção de Riscos Ambientais - PPRA, visando à preservação da saúde e da integridade dos trabalhadores, através da antecipação, reconhecimento, avaliação e consequente controle da ocorrência de riscos ambientais existentes ou que venham a existir no ambiente de trabalho, tendo em consideração a proteção do meio ambiente e dos recursos naturais (BRASIL, 1978, pg. 01).

Os riscos ambientais são classificados em agentes físicos que agregam várias formas de energia que ofereçam riscos à saúde laboral, tais como, temperaturas ao extremo, vibrações, ruídos, alterações de pressão, radiações ionizantes e não ionizantes e por fim infrassom e ultrassom. Os agentes químicos são todas as substâncias ou produtos que adentram no organismo pelas vias respiratórias ou são ingeridos, são elas; os gases, vapores, neblinas, névoas e pós em geral. Já os agentes biológicos ocorrem por contato com fluídos (sangue), bactérias, vírus, dentre outros micro-organismos. Por fim os riscos ergonômicos equivalem ao

desempenho das atividades laborais em posturas inadequadas e repetidas, sendo as causadoras das doenças ocupacionais e acidentes de trabalho (GUETHS, 2009).

Para Agostini (2002), geralmente não ocorre a ação unicista de um agente de risco, mas sim a associação de vários agentes de risco. Os agentes de risco físicos são agrupados em: ambiente térmico, ruídos, radiações ionizantes, ambientes com pouca iluminação, com excesso de vibrações, alterações nas pressões e eletricidade. Com relação aos agentes de risco químicos são classificados: sólidos (poeiras, fumos), líquidos (vapor, gás), irritantes (causadores de asfixia), anestésicos (agentes narcóticos), sistêmicos (cancerígenos), inflamáveis e causadores de corrosão.

A prevalência dos acidentes típicos e das doenças ocupacionais são proporcionais e variáveis ao tipo de atividade, tecnologia dispendida, salubridade ou insalubridade no desempenho do trabalho, peculiaridades da mão de obra e normas de segurança seguidas (GUETHS, 2009).

Os agentes de risco ergonômicos estão relacionados a fadiga intensa dos trabalhadores, em virtude de extenuantes jornadas de trabalho, que demandam posturas errôneas, esforços físicos e mentais. Os organizacionais estão associados aos esforços repetitivos, rotineiro, com cobranças e sem descanso entre os turnos de trabalho. Os mecânicos são alusivos à quedas, lesões em virtude de operar máquinas e instrumentos, choques mecânicos e estilhaços ou outros pedaços que se soltam. Os riscos biológicos contemplam o acidente com animais peçonhentos, com microrganismos patogênicos ou doenças infectocontagiosas (AGOSTINI, 2002).

Outra preocupação e lacuna sobre a ótica dos acidentes é a não correlação tardia desses acidentes com doenças ocupacionais, tais como, os impactos que são causados na vida familiar das vítimas e também as sequelas crônicas e tardias dos agravos que não são notificados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Sobre a perspectiva financeira, os AT acarretam gastos diretos e indiretos. Os gastos diretos são aqueles relacionados com a consequência dos acidentes e são facilmente identificados, tais como, benefícios previdenciários (auxílio-doença, aposentadoria por invalidez e pensão por morte). Os gastos indiretos estão relacionados as perdas salariais dos trabalhadores, no caso de não compensar totalmente o salário com o pagamento de benefícios previdenciários, o salário do trabalhador afastado nos primeiros quinze dias, do trabalhador substituto e de seu treinamento, dos encargos trabalhistas (Fundo de garantia por tempo de serviço), tributários e advocatícios (ALMEIDA, BARBOSA-BRANCO, 2011).

Sintetizando os gastos são divididos em diretos, indiretos e custos de qualidade de vida. Os gastos diretos são visíveis, mensuráveis; os gastos indiretos não são visíveis, embasados nesses conceitos vislumbrou-se o esquema de *iceberg*, no qual os gastos diretos é a parte visível e os gastos indiretos é a parte do iceberg que está submersa (AQUINO, 1996).

O desenvolvimento do Brasil ocorreu concomitantemente com os AT, fato este reforçado pelo título que o país recebeu na década de 1970, "Campeão mundial de AT". As grandes obras desenvolvimentistas brasileiras foram permeadas por um percentual elevado de AT, essas obras foram a Transamazônica, a Ponte Rio Niterói, Porto do Itaqui, as grandes refinarias de petróleo e, na região nordeste a implantação do Programa Grande Carajás (SOARES, 2008).

É unanimidade entre os pesquisadores que os acidentes de trabalho são subnotificados, deste modo, os dados gerados não são fidedignos, apenas correspondem a uma fatia do total de acidentes. Estimativas apontam que o país gasta por ano 2,5 bilhões com AT e além disso as empresas brasileiras complementam este valor com 10 bilhões adicionais. Então, a falta de medidas preventivas dos AT demanda um gasto total de 12,5 bilhões anuais. E para cada trabalhador segurado, há quatro não segurados (SOARES, 2008). Segundo dados do Ministério da Previdência social (2013), no ano de 2011 o Brasil registrou 1 óbito de trabalhador a cada 3 horas de trabalho, e a cada 1 hora de jornada laboral foram registrados 81 acidentes e doenças ocupacionais. Em relação às incapacidades laborais e óbitos foram registrados 49 novos casos por dia de trabalho. As despesas com benefícios e auxílios pagas pelo INSS chegam a R\$ 15,9 bilhões e se acrescidos os gastos com saúde e custos operacionais os valores chegam a R\$ 63,60 bilhões.

Os acidentes de trabalho e seus custos vêm crescendo desde 2007 e apresentam números altíssimos, ocasionando um problema de saúde pública, pois vivemos uma guerra invisível. É relevante fomentar a consciência da população, dos empregados sobre os malefícios que os agravos de trabalho acarretam para a sociedade (ANPT, 2016).

A OIT (2013), em relatório pediu medidas drásticas e enfáticas para tentar diminuir os acidentes de trabalho que segundo o órgão matam cerca de 2 milhões de pessoas em todo o mundo. Esses acidentes afetam os envolvidos de modo integral; os trabalhadores, familiares e comunidade tem as suas vidas ceifadas, gerando um empobrecimento psicológico, social e econômico, visto que os trabalhadores atingidos são justamente os mais produtivos. O órgão também reforçou que a sociedade não deve condescender que os trabalhadores corram riscos em prol do sustento. A OIT estima que 2,34 milhões de pessoas morrem anualmente em virtude de acidentes de trabalho e doenças relacionadas com o trabalho, destas 2,02 milhões

morre de doenças profissionais. Cada dia 5.500 das 6.300 mortes estimadas são provocadas por doenças.

A OIT afirma que os AT e as doenças ocupacionais relacionadas ao trabalho acarretam elevados custos. A organização estima que os gastos mundiais com os episódios citados cheguem a 4% do PIB Mundial ou aproximadamente cerca de 2,8 trilhões de dólares anuais. A instituição ressalta que os AT diminuíram nos países desenvolvidos no século XX em virtude da criação de ambientes laborais saudáveis e seguros. O objetivo é difundir estas experiências inovadoras para o resto do mundo. O Brasil gasta cerca de 10 bilhões de reais anuais com indenizações e tratamentos segundo relatórios da OIT (OIT, 2013). Em relação a parte do corpo acometida, segundo o OAV, no período de 2012- 2016, no país ocorreram 544.308 (21,11%), casos de corte, laceração, ferida contusa, punctura; as fraturas somaram 450.861 (17,49%) dos casos; as contusões, esmagamentos (superfície cutânea registraram 408.912 (15,86%) dos casos e, por fim, amputação ou e nucleação 29.389 (1,14%) dos casos.

Para o estado do RS é pertinente pautar que os casos que exigem notificação no SINAM para todos os serviços de saúde público ou privado são: Acidentes Graves e Fatais, Acidentes com Material Biológico, Intoxicações Exógenas e Situação de Trabalho Infantil (dentro de violências). Os casos que devem ser notificados no SIST são: Quedas (incluí todos os tipos), Agressão (todos os meios de agressão), Contatos (todos os modos de contato), Impactos (todos), Mordeduras provocadas por animais, Agravos em: Pedestre, motociclista, ciclista, ocupante, Circunstâncias relativas ao trabalho, Intoxicações, Exposições (todas), Penetrações (todos), Fraturas (todas as partes do corpo), Amputações, Queimaduras, Traumatismos (inclui vasos sanguíneos, nervos, tendões e músculos, múltiplas lesões), Corpo estranho (olhos), Luxações, entorses e distensões, Efeito tóxico de outros gases, fumos e vapores, Contatos ou exposição com doenças transmissíveis, Dor articular, dores lombares especificadas ou não, Lesões por esmagamento, Ferimento (Todos os notificados: tórax, cabeça, Membros superiores e inferiores) e todos os outros agravos relacionados com o trabalho que não se enquadrem nos itens citados (NUSSBAUMER; DAPPER; KALIL, 2009). Sob esta ótica em um estudo realizado no ano de 2015, nos 26 municípios de abrangência da 19ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul, verificou-se 1.016 agravos notificados, com predomínio de homens 760 (74,8%), na faixa de idade dos 18 aos 29 anos, 273 (26,8%), e o tipo de agravo classificado como outros acidentes de trabalho, 787 (77,5%); aconteceram no local de trabalho 809 (79,6%) e na zona urbana 398 (39,2%), deste modo, a conclusão do estudo foi que a maior parte dos agravos (acidentes e doenças) acometeu jovens em idade produtiva e cujas sequelas se farão presentes por toda a vida dos mesmos. Também

concluiu-se que o SIST é um sistema descentralizado, regional e visa abarcar todos os trabalhadores vítimas de agravos de trabalho confirmados ou suspeitos atingidos por causas externas e riscos ambientais. As notificações são efetuadas através do Relatório Individual de Notificação de Agravo (RINA) e da Ficha de Notificação de Suspeita (FIS). Em comparação com o CAT o SIST se mostrou abrangente. (FRANZ; CARGNIN, 2015).

A análise das peculiaridades dos AT almeja fomentar medidas de prevenção, contudo, a prevenção não deve presumir a confiabilidade dos sistemas de produção e a fatalidade seria o AT atingir o elo mais suscetível desta corrente, tampouco explicar vários episódios pautados nos supostos erros individuais dos trabalhadores ou desrespeito das normas. Medidas coercitivas de punição e supostos treinamentos aparentemente não contribuem de maneira eficaz e duradoura para diminuir os AT (GONÇALVES FILHO; RAMOS, 2015).

Porém, os trabalhadores devem ser conscientes no desempenho de trabalho em condições salubres:

Ressalte-se que o empregador é responsável pela ocorrência das chamadas condições inseguras no ambiente de trabalho, devendo ser diligente para evitá-las ou corrigi-las, seja advertindo, orientando, fiscalizando, ou alterando as condições de trabalho do empregado submetido a tais condições. Se assim não o faz, age com negligência e, portanto, culposamente. Nesse caso, havendo pagamento de benefício previdenciário em decorrência de acidente do trabalho o INSS proporá ação regressiva contra os responsáveis (SOUZA, 2013, pg. 03).

A vivência dos fatos e acontecimentos durante a história serviu para pautar e concluir que uma cultura de segurança em saúde laboral efetiva é profícua para os governos, empresas e empregados. As técnicas de prevenção de AT e doenças profissionais demonstram serem úteis para potencializar o desempenho das empresas. Em alguns países há normas de segurança laboral rigorosas frutos de políticas que a longo prazo estimularam a negociação coletiva entre empregadores e sindicatos, participação social e tripartido, também eficácia na legislação de segurança e saúde laboral (SOUZA, 2013). Deste modo, é possível alavancarmos políticas públicas eficazes, para isto, devem ser permeadas pelo conhecimento e veridicidades de dados estatísticos.

3 METODOLOGIA

3.1 CLASSIFICAÇÃO DA PESQUISA

A presente pesquisa objetivou comparar o perfil de ocorrência dos agravos de trabalho antes e após a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora promulgada pela Portaria 1.823/2012 na 12ª Coordenadoria Regional de Saúde do RS, no período de 2008 a 2016, a partir de dados estatísticos do Sistema de Informações em Saúde do Trabalhador do Rio Grande do Sul (SIST/RS).

Em relação ao alcance, a pesquisa foi caracterizada como sendo do tipo exploratório e descritivo. Segundo Gil (2008), as pesquisas exploratórias objetivam proporcionar uma visão geral sobre algum fato. Este tipo de pesquisa é utilizado quando o tema escolhido é pouco explorado, deste modo, é difícil obter hipóteses precisas. Geralmente as pesquisas exploratórias abrem caminhos para investigações mais amplas. Para Prodanov e Freitas (2013), as pesquisas exploratórias geralmente encontram-se em fase preliminar e objetivam buscar mais informações sobre o assunto a ser pesquisado, desta forma, a pesquisa é permeada por relativa flexibilidade no planejamento e o assunto pode ser estudado sobre diferentes vértices e aspectos. A pesquisa descritiva objetiva descrever as características dos fenômenos, populações e a relação existente entre estas características, também objetiva verificar a associação entre variáveis (GIL, 2008). Para Prodanov e Freitas (2013), na pesquisa descritiva o pesquisador não interfere na mesma, apenas descreve, busca explicações e interpreta os fenômenos, através do uso de técnicas padronizadas, tais como, os questionários e a observação sistemática.

Os dados sobre agravos de trabalho existiam, contudo, estavam aglomerados em tabelas extensas, sem análise, não estavam organizadas por regiões e sem relação entre fatores e características. Também foi necessário analisar estes dados e sua relação com a Portaria 1.823/2012.

Em relação ao enfoque, a pesquisa foi classificada como quantitativa, pois, utilizou a estatística para delimitar e analisar os dados, objetivando nortear quanto a problemática dos agravos de trabalho, presumindo elucidar a realidade. Geralmente as pesquisas quantitativas utilizam a objetividade de forma dedutiva, pautando-se em estudos anteriormente efetuados, pois os mesmos são relevantes na pesquisa. A neutralidade e o distanciamento do pesquisador são variáveis imprescindíveis frente a pesquisa, com o desígnio de produzir dados seguros e confiáveis aplicáveis para a generalidade (SAMPIERI; CALLADO; LUCIO, 2013). E para Prodanov e Freitas (2013), a pesquisa quantitativa representa tudo o que pode ser medido,

através de técnicas e recursos da estatística. Na pesquisa quantitativa são formuladas hipóteses e relação entre variáveis preconizando a precisão dos resultados.

O desenho da pesquisa foi tipo transversal, que significa que a pesquisa é realizada em um intervalo determinado de tempo ou período. Os estudos transversais se assemelham ao estudo de uma foto de um fenômeno para aquele momento (SAMPIERI; CALLADO; LUCIO, 2013).

3.2 CARACTERIZAÇÃO DA ÁREA DE ESTUDO

O Rio Grande do Sul está agrupado em 30 regiões de saúde, e estas estão subgrupadas em 19 regiões administrativas pertencentes a Secretaria Estadual de Saúde do RS. As 19 macrorregiões de saúde objetivam desenvolver ações de proteção, suporte ambulatorial e hospitalar e apoio diagnóstico.

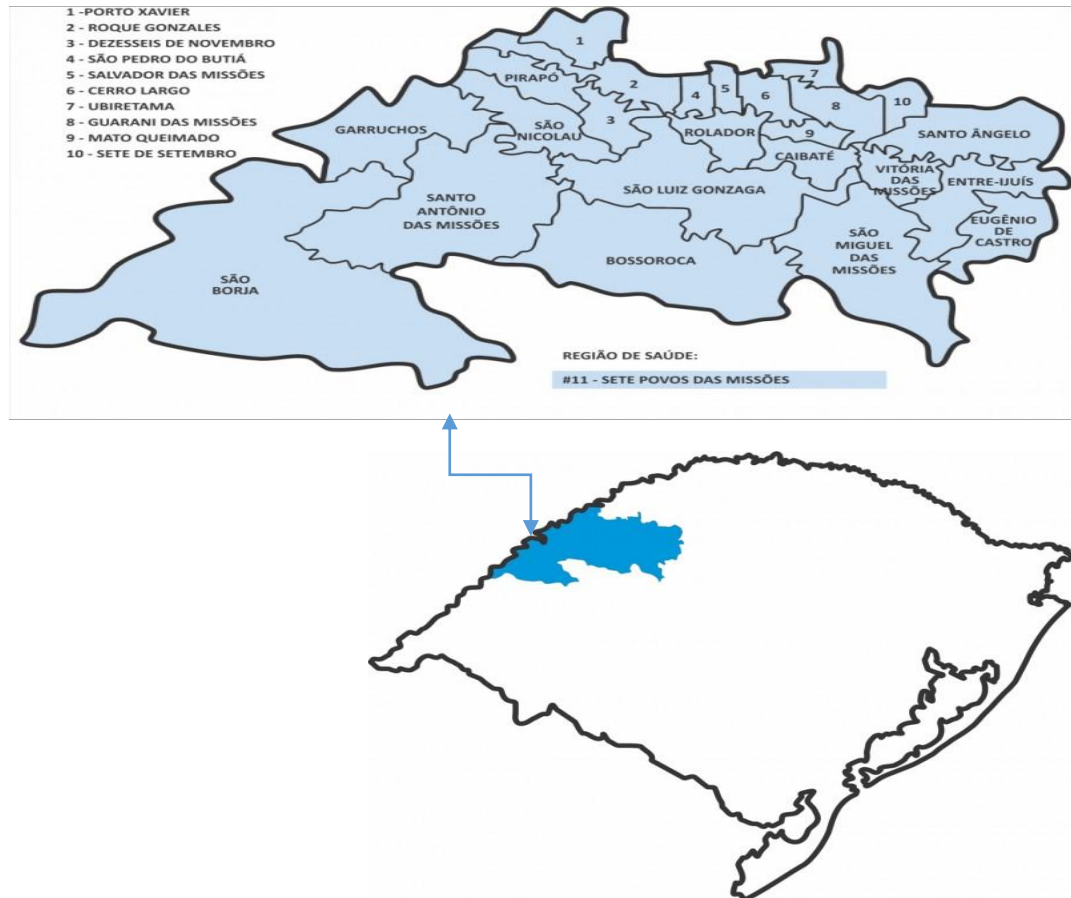
A Região de Saúde possui como característica genérica ser zona geográfica continuada formada por grupos de municípios com elos fronteiriços, agregados a partir de congêneres, tais como, similitude social, cultural, econômica, redes de comunicabilidade e estruturas de transporte, vislumbrando fomentar estratégias de ação e serviços de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

A área espacial do estudo corresponde aos municípios pertencentes a 12ª Coordenadoria Regional de Saúde (FIGURA 1), posicionada na região noroeste do estado do RS, é distante 400 km da capital do estado, e abarca 24⁵ municípios, totalizando uma área geográfica de 12.884,6km² e densidade demográfica de 19,3hab/km² (COREDE MISSÕES, 2015)

Neste contexto, a 12ª Coordenadoria Regional de Saúde encontra-se classificada pela "Região 11" - denominada de "Sete Povos das Missões", com sede nesta Coordenadoria, a qual juntamente com a 9ª, 14ª e 17ª CRS integram a Macrorregião Missioneira de Saúde. As Regiões de Saúde podem são apresentadas na Figura 1, a seguir.

⁵ Os municípios pertencentes à 12ª CRS/RS: Bossoroca, Caibaté, Cerro Largo, Dezesesseis de Novembro, Entre-Ijuís, Eugenio de Castro, Garruchos, Guarani das Missões, Mato Queimado, Pirapó, Porto Xavier, Rolador, Roque Gonzales, Salvador das Missões, Santo Ângelo, Santo Antônio das Missões, São Borja, São Luiz Gonzaga, São Miguel das Missões, São Nicolau, São Pedro do Butiá, Sete de Setembro, Ubiretama, Vitoria das Missões

Figura 1 - Região 12ª Coordenadoria Regional de Saúde/RS (R11), 2012



Fonte: SES, 2015.

3.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

A população do estudo foram todos os trabalhadores que sofreram agravos de trabalho entre os anos de 2008- 2016 e que foram notificados nos municípios de origem da ocorrência.

As notificações serão do SIST e abarcaram todas as doenças ocupacionais e AT que agregados são classificados como Agravos de Trabalho, ocorridos no referido estado, que não são notificadas no SINAM. As notificações são obrigatórias e devem abarcar todos os casos suspeitos ou confirmados de doenças relacionadas ao trabalho e devem ser efetuadas por todas as instituições públicas ou privadas, conveniadas, filantrópicas, sindicais ou empresariais, consultórios e clínicas, privadas, ambulatórios gerais ou especializados, hospitais, serviços de pronto-atendimento, de urgências e emergências (CENTRO ESTADUAL DE VIGILANCIA EM SAÚDE, 2016).

Na pesquisa foram analisados dados secundários disponibilizados pelo Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEVS), que é um órgão da Secretaria Estadual de Saúde e contempla as Vigilâncias Ambiental, Sanitária, Epidemiológica e Saúde do Trabalhador,

disponíveis no link: <https://cevs.rs.gov.br/trabalhador> (CENTRO ESTADUAL DE VIGILANCIA EM SAÚDE, 2016).

3.3.1 Obtenção dos dados

Os dados utilizados eram de fonte secundária, provenientes do banco de dados digital que foram fornecidos pela Centro Estadual de Vigilância em Saúde. Esse banco possui informações ao nível do indivíduo. Os dados foram disponibilizados em tabelas do *LibreOffice Calc* que condensam notificações de todos os municípios do estado do Rio Grande do Sul, provenientes do Sistema de Informações em Saúde do Trabalhador (SIST), que faz parte do Sistema de Vigilância Epidemiológica em Saúde do Trabalhador da Secretaria Estadual de Saúde (SVST/ CEVS), disponível no link: <http://www.cevs.rs.gov.br/inicial>. e: <http://www.cevs.rs.gov.br/trabalhador>. Os dados foram cedidos pela CEVS/ RS via *Pen Drive*, posterior a entrega do “Termo de Responsabilidades Diante da Cessão de Base de Dados do Sistema de Informação Gerenciado Pelo Centro Estadual Em Saúde e Vigilância Em Saúde da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul”, previamente assinados pela pesquisadora e sua orientadora e entregues em duas cópias. No momento da entrega o responsável pela Divisão de Vigilância em Saúde do Trabalhador, assinou as duas vias, uma via foi destinada ao órgão e a outra para a pesquisadora (Anexo B).

A pesquisa se deu por censo, pois, abarcou a totalidade dos trabalhadores que sofreram agravos de trabalho no período de 2008 a 2016, nos 24 municípios que compõe a 12ª Coordenadoria Regional de Saúde/RS.

3.3.2 Variáveis do Estudo e Categorização de variáveis

No estudo foram analisadas as notificações dos agravos laborais em relação ao sexo, faixa etária, tipo de agravo, zona, escolaridade, tipo de vínculo empregatício, CID subgrupo (fator causal dos agravos), tipo de lesão (CID diagnóstico principal) e atividades econômicas (CNAE).

No Quadro 1, são apresentadas as variáveis, respectivas categorias e a justificativa. Foram analisados dados dos agravos de trabalho entre 2008 e 2016.

Quadro 1 - Variáveis da pesquisa relacionadas aos agravos de Trabalho

Variável	Categoria	Justificativa
Sexo	Masculino, Feminino	Estudos apontam que alguns acidentes e suas características são influenciadas pelo sexo, sendo que o sexo masculino apresenta maior prevalência (DAPPER; NUSSBAUMER, 2016).
Faixa etária	18-24 anos, 25-44 anos, 45-69 anos, +69 anos	Características dos acidentes de trabalho são influenciadas pela faixa etária. Segundo o SIST, no RS há maior predisposição da faixa etária mais produtiva de 18 a 44 anos em sofrer agravos laborais (DAPPER; NUSSBAUMER, 2016).
Tipo de Agravado	Acidentes típicos, Acidentes de trajeto, Doenças de trabalho	Nos estudos tendo como fonte de dados o SIST foi verificado que os agravos laborais aconteceram com maior frequência no local de trabalho; acidentes típicos (FRANZ; CARGNIN, 2017).
ZONA	Rural, Urbana, Ignorado	Segundo estudos a maioria das notificações ocorrem na zona urbana (FRANZ; CARGNIN, 2017).
Escolaridade	Não informado; Não sabe ler e escrever; Alfabetizado; Ensino Fundamental incompleto; Ensino Fundamental completo; Ensino médio incompleto; Ensino médio completo; Superior incompleto; Superior completo. Outras (especialização, residência, mestrado, etc.)	A baixa escolaridade aumenta a ocorrência de acidentes de trabalho, segundo estudo realizado em Pelotas, que concluiu que os acidentes de trabalho estão associados com variáveis econômicas e características individuais (LIMA, 1999).
Tipo de vínculo empregatício	“Trabalhadores CLT”, os quais possuem a carteira de trabalho assinada: Celetistas “Trabalhadores não CLT”: (Cooperativado; Desempregado; Empregador; Estagiário;	Analisar os agravos de trabalho e sua relação com o vínculo empregatício é pertinente, pois, segundo Lima e Costa (2010), a precariedade nas condições de trabalho é inerente ao trabalho informal; Silva (2013) em seu estudo baseado nas notificações do SIST com municípios da 4ª CRS/RS constatou a prevalência das notificações dos agravos no grupo informal. Na pesquisa foram agrupadas em duas categorias:

(Continua)

(Continuação)

	<p>Funcionário; público/estatutário).</p> <p>Outros (trabalhador do lar, informal, trabalhador doméstico).</p>	<p>“Trabalhadores CLT” que possuem carteira assinada e “Trabalhadores não CLT”, assim designados pela heterogeneidade da amostra de trabalhadores.</p>
<p>CID subgrupo (fator causal dos agravos)</p>	<p>Quedas (incluí todos os tipos); Agressão (todos os meios de agressão); Contatos (todos os modos de contato); Impactos (todos); Mordeduras provocadas por animais; Acidente trânsito e/ou transporte (todos os tipos de veículos motores e não motores);</p> <hr/> <p>Circunstâncias relativas ao trabalho; Intoxicações; Exposições (todas); Penetrações e traumas (todos); Outras.</p>	<p>Relevante para verificar o agente causador dos agravos de trabalho, pois, em estudo realizado na 19ª Coordenadoria Regional de Saúde/RS foi constatado que a maioria dos agravos de trabalho foi ocasionada por impacto através de objeto lançado, projetado ou em queda (FRANZ; CARGNIN, 2017)</p>
<p>Tipo de lesão (CID Diagnóstico principal).</p>	<p>Fraturas (todas as partes do corpo); Amputações; Queimaduras; Traumatismos (inclui vasos sanguíneos, nervos, tendões e músculos, múltiplas lesões); Corpo estranho (olhos); “Lesões e ferimentos (articulares, motores, nervos, pele e esmagamentos); Contato com ou exposição a doenças transmissíveis, ou efeitos tóxicos de gases e afins;</p>	<p>O tipo de lesão que os trabalhadores sofreram nas Notificações RINA corresponde ao ícone “CID Diagnóstico principal”.</p> <p>É pertinente pautar está variável, pois, deste modo, será possível conhecer as lesões mais frequentes que acometem os trabalhadores vítimas de acidentes e possíveis modos de prevenção. (DAPPER; NUSSBAUMER, 2016).</p>

(Continua)

(Continuação)

	Outros agravos relacionados ou não com o trabalho	
Atividades econômicas (CNAE)	Serviços; Agropecuária (agricultura e pecuária), pesca e silvicultura; Construção; Indústria; Outras atividades.	No estudo de Dapper e Nussbaumer (2016), tendo como base as notificações do SIST/RS para todo o estado, a atividade com maior risco de agravos de trabalho foi a agropecuária, deste modo, é possível que as atividades econômicas interferem no tipo e nas características dos agravos de trabalho.

Fonte: elaborada pela autora, 2018.

O tipo de vínculo empregatício (autônomo, celetista, cooperativado, empregador, estagiário, funcionário público/estatutário, outros (trabalhador do lar, informal, trabalhador doméstico e desempregado). Na pesquisa os trabalhadores foram agrupados em duas classificações: “trabalhadores CLT”, os quais possuem a carteira de trabalho assinada e os “trabalhadores não CLT”, abarcou os autônomos, cooperativados, desempregados, empregadores, estagiários, funcionários públicos/estatutário, informais, trabalhadores domésticos, trabalhadores do lar, outros, contudo, alguns destes grupos de trabalhadores possuem vínculo com o INSS, exemplifica-se o empresário que recolhe o INSS e recebe através do pró-labore, também o autônomo possui vínculo com o INSS e outros. Também possuem vínculo os trabalhadores domésticos, rurais. O estagiário possui lei específica.

Os estados de saúde são classificados pela OMS através Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), e é utilizada para codificar situações de morbidade (DI NUBILA, BUCHALLA, 2008). O uso do CID -10 no âmbito da saúde e da Previdência Social uniformizou a articulação entre os serviços de saúde, profissionais de múltiplas áreas e as perícias do INSS (MINISTERIO DA SAUDE, 2011). Na pesquisa foi utilizado o CID subgrupo, que descreve a situação (circunstância) que ocasionou o agravo. As notificações foram agrupadas por semelhança em categorias e foram categorizadas em categorias, como segue:

Na categoria 0= “Agressão” (todos os meios de agressão) foram incluídos agressões sofridas por meio de gases e vapores, projeção de objetos, objetos cortantes ou penetrantes, através de drogas, medicamentos, substâncias corrosivas, biológicas, força corporal e por meios especificados ou não.

Na categoria 1= “Contatos” (todo os modos de contato) foram incluídos todos as notificações que tinham o contato como causa do incidente, tais como, contato com máquinas, ferramentas, com plantas, animais venenosos e bebidas e alimentos quentes, dentre outras.

Na categoria 2= “Circunstância relativa às condições de trabalho e ao modo de vida” foram agrupadas todas as notificações que apresentam esta descrição.

Na categoria 3= “Impactos” (todos) foram incluídos todos os agravos que provocados por impactos, dentre eles impacto contra muros, paredes, por objetos lançados.

Na categoria 4= “Intoxicações” foram incluídas todos os incidentes provocados por gases, asfixia, substâncias químicas (adubos, fertilizantes, agrotóxicos, corrosivos).

Na categoria 5= “Mordeduras provocadas por animais”, foram agrupados todos os agravos ocasionados por animais mamíferos (gato, cachorro, boi, cavalo entre outros).

Na categoria 6= “Acidente trânsito e/ou transporte (todos os tipos de veículos motores e não motores)” foram incluídos todos os incidentes tendo como vítimas pedestre, motociclista, ciclista, ocupante, motorista.

Na categoria 7= “Quedas”, assim foram agrupadas todas as notificações que continham quedas como fator causal.

Na categoria 8= “Exposições (todas)” foram incluídas exposições a ruídos, a forças mecânicas, a fatores ambientais, a corrente elétrica e a fatores não especificados (acidente ou exposição não especificada).

Na categoria 9= “Penetrações e traumas diversos” foram incluídos penetração de corpo estranho no ou através de olho ou orifício natural, penetração de corpo ou objeto estranho através da pele e traumas diversos.

Na categoria 10= “Outras” foram incluídas aquelas que não se encaixam nas categorias anteriores, tais como, explosões ou rupturas, excesso de movimentos repetitivos, queima de fogos, outras síndromes e maus tratos.

A variável “Tipo de lesão (CID Diagnóstico Principal), abarcou a tipologia das lesões que acometeram os trabalhadores, deste modo as notificações foram agrupadas em oito categorias, como descritas a seguir:

A categoria 0= “Fratura” abarcou todas os tipos de fratura e em todas as partes do corpo notificadas.

A categoria 1= “Amputações” aglomerou todos os níveis de amputação.

A categoria 2= “Queimadura e Corrosão” englobou todas as queimaduras e corrosões notificadas.

A categoria 3= “Traumatismo” incluiu todos os traumatismos e em todo o corpo.

A categoria 4= “Corpo estranho no olho, conjuntivite ou neurite óptica”, abarcou todas as lesões oculares.

A categoria 5= “Lesões e ferimentos (articulares, motores, nervos, pele e esmagamentos)” abarcou: lesões por esmagamento, luxações, entorses e distensões, dor articular, dores lombares especificadas, ou não, e todos os ferimento (tórax, cabeça, membros superiores e inferiores).

A categoria 6= “Contato (biológico) com ou exposição a doenças transmissíveis, ou efeitos toxico de gases e afins” abarcou efeito tóxico de outros gases, fumos, vapores, contatos ou exposição com doenças transmissíveis, renites e asfixia.

A categoria 7= “Outros agravos relacionados ou não com o trabalho” englobou notificações que não se encaixam nas categorias descritas, tais como, hérnia inguinal, lisergida, neoplasias, perfurações e afecções de ouvido, abuso sexual, moral, assédio e depressões.

As atividades econômicas utilizadas se basearam na Classificação Nacional de atividade econômica (CNAE), que é um instrumento que padronizou os códigos de atividade econômica a nível nacional, utilizada por vários órgãos de tributação do país e resultou do trabalho conjunto de três esferas do governo com participação de representantes de todos os níveis de gestão, com elaboração pela receita federal e orientado pelo IBGE (RECEITA FEDERAL, 2014). Para fins de análise na pesquisa foram utilizadas as 04 atividades mais frequentes nas notificações, conforme segue:

Na categoria 1= Serviços” foram incluídas todas as atividades prestadoras de serviço em todos os ramos de atuação, tais como, preparação de terrenos, comércio atacadista, comércio e reparação de veículos e aparelhos eletrodomésticos, administração pública, transporte, armazenagem e comunicação, educação, saúde, serviços pessoais e outros serviços coletivos, sociais e psicossociais.

Na categoria 2= “Setor agropecuário” foram incluídas atividades relacionadas com a agricultura, pecuárias e silvicultura.

Na categoria 3= “Construção” foram inseridas todas as atividades relacionadas com a construção de edifícios, obras de engenharia civil e afins.

Na categoria 4= “Indústria” foram inclusas todas as notificações no ramo industrial, notificadas como fabricação ou produção, em todas as áreas.

Na categoria 5= “Outras atividades” abarcou atividades variadas que não se aplicaram a nenhuma categoria descrita.

3.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO E INCLUSÃO

Foram excluídas notificações com idade até 17 anos. Sob a ótica de trabalho infantil a CF de 1988, em seu Capítulo II, artigo 7º, inciso XXXIII, considera trabalho infantil a faixa etária de 16 a 18 anos, ou seja, é proibido o trabalho para menores de 16 anos, exceto na condição de aprendiz aos 14 anos (BRASIL, 1988).

Foram excluídas 135 notificações que estavam sem informação e inconclusivas, principalmente relacionadas ao Tipo de agravo.

Foram incluídos todos os trabalhadores que sofreram agravos, acidentes de trabalho e doenças ocupacionais entre 2008 e 2016, notificados nos municípios da ocorrência, pertencentes a 12ª coordenadoria regional de saúde/RS nos 24 municípios.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados foram armazenados em tabelas no *Libreoffice Calc*, após foram filtradas as notificações dos 24 municípios que fazem parte da 12º CRS/RS. Os dados foram analisados no período entre 2008 até 2016. Para responder o segundo objetivo específico, “Identificar a ocorrência dos agravos de trabalho antes e após a Política Nacional de Saúde Do Trabalhador e da Trabalhadora promulgada pela portaria 1.823/2012”, os dados foram analisados em dois momentos. Anterior a PNSTT/2012 abarcou os anos de 2008, 2009, 2010 e 2011; e, depois a PNSTT/2012 abarcou os anos de 2013, 2014, 2015 e 2016. Foi desconsiderado o ano de 2012 na análise de relação entre as variáveis, pois compreende o ano de promulgação da PNSTT. Por fim, foi traçado um comparativo entre os dois momentos.

Foram realizadas análises descritivas do total de notificações por município, o coeficiente de prevalência das notificações por município para o período de 2008 a 2016 e também o coeficiente de prevalência para o sexo masculino e feminino. As notificações foram analisadas a partir das variáveis sociodemográficas em relação ao sexo, faixa etária e escolaridade. As variáveis ocupacionais abarcaram o tipo de agravo (acidentes típicos, acidentes de trajeto, doenças ocupacionais e ignorado), atividades econômicas [(CNAE Serviços, Agropecuária (Agricultura e pecuária) pesca e silvicultura, Indústria e Construção)] tipo de vínculo empregatício (Trabalhadores CLT e Trabalhadores não CLT). Nas características dos agravos laborais foram analisadas as notificações em relação ao CID Subgrupo (Fator Causal) e CID Diagnóstico Principal (Tipo de Lesão). Para as variáveis sociodemográficas, ocupacionais e características dos agravos de trabalho, as notificações foram analisadas e discutidas por período: “Antes”, “Durante” e “Depois”.

Para verificar a prevalência dos agravos de trabalho foi calculado o Coeficiente de Prevalência (CP) de cada município, através da seguinte fórmula:

$$CP = \frac{\text{Número de Notificações no SIST x 1000}}{PEA}$$

Segundo o IBGE (2010), a população economicamente ativa abarca todas as pessoas acima de 10 anos, sejam elas, ocupadas ou desocupadas que estejam procurando trabalho. Assim, os trabalhadores com agravo no período de 2008 a 2016 foram considerados a partir do número de notificações no SIST por município de ocorrência, dividido pelo número de pessoas sem agravo, sendo considerado o total da população economicamente ativa (PEA) do respectivo município, tendo como parâmetro os dados do último censo do IBGE. Segundo Hulley et al. (2003) a prevalência denota a proporção de população que possui uma doença ou alguma condição clínica em período estipulado. A prevalência é relevante na área da saúde, pois possibilita quantificar o número de pessoas acometidas com uma doença para alocar recursos financeiros para tratar corretamente as mesmas, também através da prevalência é possível calcular a probabilidade de ocorrência de determinados episódios. Foi calculado a probabilidade de ocorrência de agravos de trabalho no sexo masculino e feminino, com os CNAEs mais notificados; “Serviços” e “Agropecuária”, tendo como fator causal os “Contatos” e para o tipo de lesão mais notificado “Lesões e Ferimentos” para os dois grupos.

Também foram calculadas o coeficiente de prevalência para o sexo masculino, coeficiente de prevalência para o sexo feminino, coeficiente de prevalência por escolaridade e para as faixas etárias (HULLEY et al., 2003), expressos pelas seguintes fórmulas:

$$CP = \frac{\text{Número de Notificações do Sexo Masculino no SIST x 1000}}{PEA}$$

$$CP = \frac{\text{Número de Notificações do Sexo Feminino no SIST x 1000}}{PEA}$$

$$CP = \frac{\text{Número de Notificações por Escolaridade no SIST x 1000}}{PEA}$$

$$CP = \frac{\text{Número de Notificações por Faixa Etária no SIST x 1000}}{PEA}$$

O Coeficiente de Prevalência para a escolaridade e faixa etária foi calculado para todas as categorias descritas no Quadro 1.

Na população economicamente ativa (PEA) foram abarcadas pessoas acima de 10 anos, ocupadas ou desocupadas que estejam procurando trabalho, nos respectivos sexos (IBGE, 2010).

Posteriormente foram realizadas associações para variáveis qualitativas utilizando o teste qui-quadrado no software estatístico R.

A análise estatística foi realizada no software estatístico R, foi considerado nível de 5% de significância para todos para todos os testes estatísticos.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Por se tratar de dados secundários provenientes de banco de dados digital sem acesso a identificação dos trabalhadores vítimas dos agravos de trabalho ou de qualquer outro dado que leve a sua identificação, pediu-se a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa. A pesquisa foi aprovada, com o CAEE 92690218.0.0000.5564.

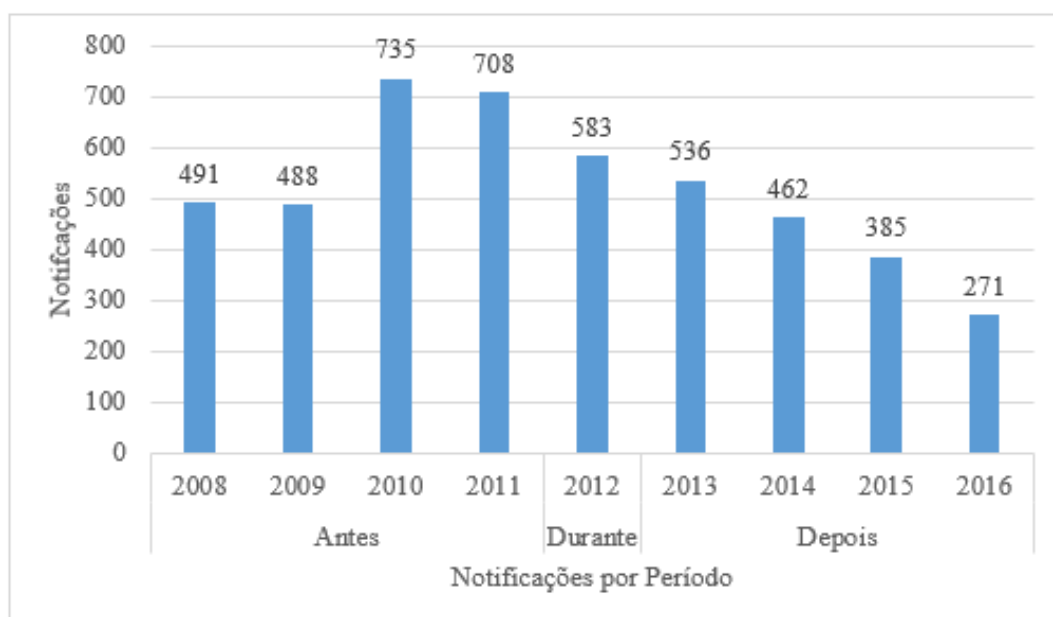
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo são abordadas as análises e discussão dos resultados encontrados, utilizando os dados secundários fornecidos pelo banco de dados do SIST. Na seção 4.1 é apresentado a análise descritiva das notificações do SIST. Na seção 4.1.1 é abordado as variáveis sociodemográficas, na seção 4.1.2 são elencadas as variáveis ocupacionais, na seção 4.1.3 são discutidas as características dos agravos de trabalho e na sequência é apresentado os fatores relacionados aos agravos de trabalho. Os agravos de trabalho foram divididos em três períodos: “Antes” equivale ao período anterior a PNSTT e abarca os anos de 2008, 2009, 2010 e 2011; “Durante” equivale ao ano de promulgação da PNSTT, ou seja, ano de 2012 e “Depois” equivale ao período posterior a PNSTT e abarca os anos de 2013, 2014, 2015 e 2016.

4.1 AS NOTIFICAÇÕES DOS AGRAVOS DE TRABALHO NA 12ª COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE DO RS

No período que compreende os anos de 2008 a 2016 foram notificados 4.722 agravos de trabalho na 12ªCRS/RS. Nos anos de 2008 a 2011, período “Anterior” à promulgação da PNSST, foram registradas 2.446 notificações. No ano de 2012 foram 595 notificações e nos anos de 2013 a 2016 foram 1.681 episódios, denotando um decréscimo no número de notificações no período “Depois” à promulgação da PNSTT, conforme o Gráfico 1.

Gráfico 1 - Número de notificações SIST para os anos de 2008 a 2016 na 12ªCRS/RS



Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

As notificações para a 12ª CRS/RS estão decrescendo desde o ano de 2012. Provavelmente devido a implantação da vigilância em saúde do trabalhador, que no CEREST Missões possui um núcleo específico responsável por ações de pesquisa, análise de fatores determinantes e condicionantes dos problemas de saúde e dos fatores de risco que podem predispor agravos de trabalho. Dentre as notificações para o período de 2008 a 2016, 52% dos agravos de trabalho ocorreram no período “Antes”, 13% no período “Durante” e 36% no período “Depois” da PNSST.

Foram verificadas notificações em menores de idade, apesar do trabalho infantil ou “em menores” não ser objeto deste estudo, é relevante pontuar em virtude da importância do tema que as notificações em menores de 18 anos, totalizaram 2% (n=81casos), no período de 2008 a 2016, com idades nas notificações variando de 08 anos a 17 anos. Sob a ótica de trabalho infantil a CF de 1988, em seu Capítulo II, artigo 7º, inciso XXXIII, considera trabalho infantil a faixa etária de 16 a 18 anos, ou seja, é proibido o trabalho para menores de 16 anos, exceto na condição de aprendiz aos 14 anos (BRASIL, 1988). Foi verificado, que os agravos de trabalho continuam acontecendo, apesar de campanhas, fiscalização e movimentos pela erradicação do trabalho infantil e em menores de idade. Os dados desta pesquisa, estão em conformidade com outra realizada por Dapper e Nussbaumer (2016), onde foram encontradas 4,2% das notificações nesta faixa etária.

Os relatórios do CEREST Missões denotam que o órgão tem promovido atividades educativas e de qualificação para vários segmentos sociais, tais como, fiscais sanitários municipais, dirigentes sindicais e agentes comunitários de saúde. Contudo, o que foi constatado pelo CEREST até o momento é a ausência de integração entre os municípios e a rede de atenção do SUS, gerando debilidades na rede intrasetorial e intersetorial. No estudo de Mendes et. al. (2015), realizado com 41 participantes de diversos setores das macrorregiões Centro-Oeste, Metropolitana, Missioneira, Norte, Serra, Sul e Vales, foi verificado que são desenvolvidos formações pontuais e temáticas, denotando a necessidade de formações mais abrangentes e embasadas na realidade de cada macrorregião. Também os gestores municipais não entendem o CEREST como órgão prestador de abrangência regional.

Os avanços na saúde laboral são creditados as atividades desenvolvidas, que tiveram como premissa principal alertar, conscientizar e mobilizar os segmentos sociais por ambientes de trabalho seguros e saudáveis, criando condições para a implantação efetiva da PNSST. Contudo, deve ser melhor estudado esta questão, pois os agravos de trabalho na 12ª CRS/RS podem estar subnotificados e não de fato diminuídos, pois, há indícios que a redução dos agravos de trabalho a nível nacional ocorreu devido as subnotificações e a mudança estrutural

do emprego no país e não em decorrência de mudanças qualitativas no ambiente laboral e políticas públicas (LOURENÇO, 2011), visto que, no estudo de Mendes et. al.(2015), em praticamente todos os municípios do RS as subnotificações de agravos de instauração lenta e menos graves persistem. Deste modo, se realmente ocorreram subnotificações nos agravos laborais influenciados pelo aumento do emprego informal, a PNSST, ainda necessita ser efetivada, visto que a referida política traz no parágrafo 7º que as ações devem ser estendidas a todos os trabalhadores, com ênfase aos grupos e trabalhadores em maior vulnerabilidade, tais como, trabalhadores não celetistas, em condições precárias de trabalho e trabalho infantil.

Na Tabela 1 são apresentadas as notificações para os 24 municípios integrantes da 12ª CRS/RS, no período de 2008 a 2016. Para esta análise foram excluídas as notificações que não estavam corretamente notificadas, com falta de informação em algum campo. Deste modo, as notificações passaram de 4.722 para 4.659 notificações preenchidas corretamente.

Analisando as notificações por município foi possível observar que alguns municípios têm notificações muito baixas ou em alguns anos não consta nenhuma notificação, como é o caso de São Borja que nos anos de 2008, 2009, 2010 e 2011 não teve casos notificados e nos outros anos (2012, 2013, 2014, 2015 e 2016), somou 24 notificações. Outro município que teve poucas notificações foi Ubiretama com 27 casos notificados para todo o período. Apesar de serem obrigatórias as notificações de todos os agravos de trabalho ocorridos, conforme a Portaria 205/2016, é plausível a ideia de que em muitos casos e por muitos motivos as notificações não são realizadas. Segundo Recktenwaldt e Junges (2017), em seu estudo em municípios de pequeno porte do RS foi possível verificar que há a sobreposição de funções. Os municípios devem arcar com recursos próprios para manter equipes de vigilância, assim sendo, os gestores municipais justificam que estes profissionais não podem desempenhar um papel exclusivo na vigilância, devem atuar concomitantemente na atenção básica ou em outros setores do serviço municipal. A carência financeira dos municípios para arcar com os custos da descentralização também foi apontado neste estudo com entrave. No estudo foi concluído que a vigilância sofre um processo de desvalorização e conseqüente debilidade no desempenho de suas funções.

Os municípios que respondem pelos maiores índices de notificações são: Santo Ângelo com 21% (n=988) de notificações e São Luiz Gonzaga com 14% (n=667) casos notificados. Segundo dados do COREDE Missões (2017), o município de Santo Ângelo representa o maior centro urbano com uma população de 76.275 habitantes. Em segundo plano, aparece São Luiz Gonzaga, com 34.556 habitantes. Em relação a participação dos

Tabela 1 - Notificações SIST por município para os anos de 2008 a 2016 na 12ª CRS/RS

Município	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	(Total)
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n
Bossoroca	5 (1)	35 (7)	72 (10)	44 (6)	39 (7)	29 (5)	12 (3)	20 (5)	11 (4)	267 (6)
Caibaté	30 (6)	31 (6)	24 (3)	12 (2)	5 (1)	25 (5)	11 (2)	51 (13)	23 (8)	212 (5)
Cerro Largo	4 (1)	11 (2)	5 (1)	14 (2)	3 (1)	5 (1)	15 (3)	5 (1)	1 (0)	63 (1)
Dezesseis de Novembro	0 (0)	1 (0)	21 (3)	15 (2)	0 (0)	5 (1)	3 (1)	0 (0)	0 (0)	45 (1)
Entre-Ijuís	22 (4)	42 (9)	33 (4)	40 (6)	51 (9)	4 (1)	9 (2)	0 (0)	1 (0)	202 (4)
Eugenio de Castro	3 (1)	0 (0)	10 (1)	14 (2)	19 (3)	28 (5)	22 (5)	23 (6)	25 (9)	144 (3)
Garruchos	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (0)	14 (2)	16 (3)	12 (3)	15 (4)	17 (6)	75 (2)
Guarani das Missões	9 (2)	10 (2)	22 (3)	10 (1)	24 (4)	15 (3)	14 (3)	29 (8)	8 (3)	141 (3)
Mato Queimado	16 (3)	18 (4)	27 (4)	12 (2)	10 (2)	20 (4)	4 (1)	13 (3)	15 (6)	135 (3)
Pirapó	24 (5)	24 (5)	26 (4)	47 (7)	20 (3)	24 (4)	11 (2)	5 (1)	6 (2)	187 (4)
Porto Xavier	132 (27)	29 (6)	31 (4)	45 (4)	21 (4)	5 (1)	2 (0)	6 (2)	2 (1)	273 (6)
Rolador	11 (2)	15 (3)	22 (3)	7 (3)	11 (2)	11 (2)	10 (2)	9 (2)	2 (1)	98 (2)
Roque Gonzales	20 (4)	31 (6)	26 (4)	32 (4)	29 (5)	17 (3)	13 (3)	8 (2)	4 (1)	180 (4)
Salvador das Missões	12 (2)	14 (3)	18 (2)	12 (2)	15 (3)	14 (3)	12 (3)	14 (4)	10 (4)	121 (3)
Santo Ângelo	77 (16)	81 (17)	165 (22)	151 (21)	156 (27)	147 (27)	105 (23)	35 (9)	71 (26)	988 (21)
Santo Antônio das Missões	2 (0)	4 (1)	1 (0)	1 (0)	10 (2)	8 (1)	6 (1)	9 (2)	3 (1)	44 (1)
São Borja	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (0)	9 (2)	3 (1)	7 (2)	4 (1)	24 (1)
São Luiz Gonzaga	18 (4)	21 (4)	113 (15)	169 (24)	95 (16)	87 (16)	118 (26)	45 (12)	1 (0)	667 (14)
São Miguel das Missões	38 (8)	39 (8)	37 (5)	16 (2)	10 (2)	6 (1)	3 (1)	5 (1)	13 (5)	167 (4)
São Pedro do Butiá	7 (1)	7 (1)	9 (1)	5 (1)	5 (1)	5 (1)	9 (2)	2 (1)	4 (1)	53 (1)
Sete de Setembro	13 (3)	18 (4)	22 (3)	25 (4)	15 (3)	24 (4)	24 (5)	36 (9)	15 (6)	192 (4)
Ubiretama	19 (4)	7 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (0)	0 (0)	27 (1)
Vitoria das Missões	13 (3)	31 (6)	29 (4)	14 (2)	23 (4)	25 (5)	34 (7)	40 (10)	33 (12)	242 (5)
Total	491	489	735	708	583	535	462	385	271	4.659

Fonte: Elaborado pela autora, 2018

municípios na economia da região foi verificado que a maior participação é do município de Santo Ângelo com 26,93% do Valor Acrescentado Bruto (VAB) total das Missões, ou R\$ 1,58 bilhão, de um total gerado pela região de R\$ 5,89 bilhões. Os municípios de São Luiz Gonzaga e Cerro Largo, corresponderam respectivamente, a 13,89% e 8,13% do VAB. Deste modo, as três economias mais fortes da região representam 48,95% da riqueza gerada pela região das missões. Os outros 21 municípios variam entre 1% e 5% de participação do VAB total regional, representando um montante levemente superior a R\$ 2,50 bilhões (42,44% do VAB total da região). Assim, as notificações dos agravos de trabalho foram maiores nos municípios com maiores populações e mais desenvolvidos economicamente.

O município de Porto Xavier chamou atenção com 273 (6%) dos casos notificados, o município de Bossoroca com 273(6%) notificações e o município de Vitória das Missões com 242 agravos (5% dos casos). Esses municípios são de pequeno porte, não são os mais densos em população da região, contudo, possuem números de notificações expressivos. Dapper e Nussbaumer (2016), concluiu que nos municípios menores os números dos agravos de trabalho são maiores, pois são menos subnotificados, há um comprometimento dos gestores com a PNSTT. E os municípios menores possuem uma cobertura de Atenção básica próximo de 100%, o que não acontece com municípios maiores, tais como Santo Ângelo que entre os anos de 2010 a 2017 apresentou média de cobertura da atenção básica de 33,2% (BI Público, 2018).

Em síntese as notificações para o período de 2008 a 2016 decresceram, e passaram de 52% no período “Antes”, 13% no período “Durante” para 36% no período “Depois”, denotando resultados positivos para a PNSTT. Contudo, podem ter ocorrido subnotificações nos agravos laborais influenciados pela sobreposição de funções na vigilância e mudanças estruturais no emprego. Em relação às notificações por município, foi verificado mais notificações em municípios com populações maiores e mais desenvolvidos economicamente, tais como, Santo Ângelo, São Luiz Gonzaga e Cerro Largo. Os municípios de pequeno porte, tais como, Ubiretama, São Pedro do Butiá, Santo Antônio das Missões, Dezesseis de Novembro se destacaram pelas baixas notificações influenciados pelos altos índices de cobertura da atenção básica. Os municípios de Porto Xavier, Bossoroca e Vitória das Missões apresentaram índices altos de notificações pelo porte do município, aparentemente influenciados pela habilidade dos gestores em lidar com as notificações dos agravos laborais e questões inerentes a PNSTT.

O município de São Borja é o segundo em densidade demográfica da 12ª CRS/RS, contudo, apresentou índices baixos de notificações. Em pesquisas no site e relatórios do

município foi constatado que o mesmo apresenta 14 ESFs, destes 13 são na cidade e 01 é itinerante no interior. A média mensal de paciente atendidos nos ESFs é de 14.500 atendimentos, deste grande percentual faz parte dos grupos educação, prevenção, promoção da saúde e qualidade de vida com diferentes focos dependendo da necessidade de cada região, além da presença do psicólogo da comunidade. Ao que parece os princípios do SUS em consonância com a PNSTT/2012 estão sendo fomentados e desenvolvidos, tais como, a universalidade, equidade e integralidade num enfoque preventivo e de educação (BRASIL, 2012; TEIXEIRA, 2011). Também São Borja apresenta um campus da UNIPAMPA que estimula o desenvolvimento regional sob o espectro econômico, social e cultural. Foi verificado que a Universidade realiza várias ações em conjunto com a comunidade, tais como, treinamentos de profissionais de saúde, educação nas escolas e com grupos vulneráveis (MARCHIORO et al., 2017).

Porém, é notório que municípios maiores apresentem mais notificações de agravos de trabalho, assim, para verificar a real prevalência dos agravos de trabalho foi calculado o coeficiente de prevalência (CP) de cada município. O CP demonstra a quantidade média de trabalhadores expostos ao risco relacionados com as condições laborais e é de suma importância para quantificar a exposição dos trabalhadores inerentes a atividade econômica, além de permitir comparações entre espaços geográficos (OIT, 2012).

Na sequência é apresentada a Tabela 2 que apresenta as notificações por município, a PEA de cada município retirado do Censo IBGE de 2010 e o cálculo do respectivo CP de cada município realizado mediante aplicação da fórmula descrita na metodologia.

Tabela 2 - Coeficiente de Prevalência do Agravos De Trabalho nos Municípios da 12ª CRS/RS

Municípios	Notificações SIST	PEA 2010	CP
Bossoroca	267	3.561	75
Caibaté	212	2.531	84
Cerro Largo	63	7.947	8
Dezesseis de Novembro	45	1.624	28
Entre-Ijuís	202	4.853	42
Eugenio de Castro	144	1.462	98
Garruchos	75	1.710	44
Guarani das Missões	141	4.734	30
Mato Queimado	135	840	161
Pirapó	187	1.710	109

(Continua)

(Continuação)

Municípios	Notificações SIST	PEA 2010	CP
Porto Xavier	273	5.706	48
Rolador	98	1.772	55
Roque Gonzales	180	3.974	45
Salvador das Missões	121	1.656	73
Santo Ângelo	988	40.607	24
Santo Antônio das Missões	44	6.460	7
São Borja	24	28.724	1
São Luiz Gonzaga	667	17.009	39
São Miguel das Missões	167	4.066	41
São Nicolau	112	3.290	34
São Pedro do Butiá	53	1.667	32
Sete de Setembro	192	1.184	162
Ubiretama	27	1.763	15
Vitória das Missões	242	2.139	113

Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

CP= Coeficiente de Prevalência calculado pela fórmula expressa na metodologia.

PEA= População Economicamente Ativa, segundo o IBGE (2010), a população economicamente ativa abarca todas as pessoas acima de 10 anos, sejam elas, ocupadas ou desocupadas que estejam procurando trabalho

Deste modo, é possível afirmar que os municípios da 12ª CRS/RS com maiores CP são: Sete de Setembro, onde a cada 1.000 habitantes 162 sofreram agravos de trabalho, seguidos de Mato Queimado, onde a cada 1.000 habitantes 161 sofreram agravos de trabalho e Vitória das Missões que a cada 1.000 habitantes 113 sofreram agravos laborais. E os municípios com menores CP é Cerro Largo, Santo Antônio das Missões e São Borja. Os municípios menores apresentam maiores coeficientes de prevalência. O estudo de Dapper e Nussbaumer (2016), concluiu que o CP aumentado em municípios menos densos se explicaria pela efetividade da PNSTT, com mecanismos de notificação eficientes e comprometimento dos profissionais da saúde. Contudo, Recktenwaldt e Junges (2017), concluiu que em municípios menores ocorre a sobreposição de funções e consequentemente lacunas deficitárias na vigilância epidemiológica, deste modo, não ocorrem notificações fidedignas e também medidas preventivas. O estudo de Leite, Assis e Cerqueira (2003) realizado em Feira de Santana/ BA, evidenciou que o repasse da função na vigilância epidemiológica para os profissionais do município ocorreu de forma abrupta e repentina, sem os profissionais passarem por nenhum treinamento para assumirem o novo cargo, deste modo, a estrutura da vigilância epidemiológica foi deficitária, com ausência de planejamento das ações e isolamento entre a coleta de dados e ação gerada, denotando pouca efetividade desta ação. Na

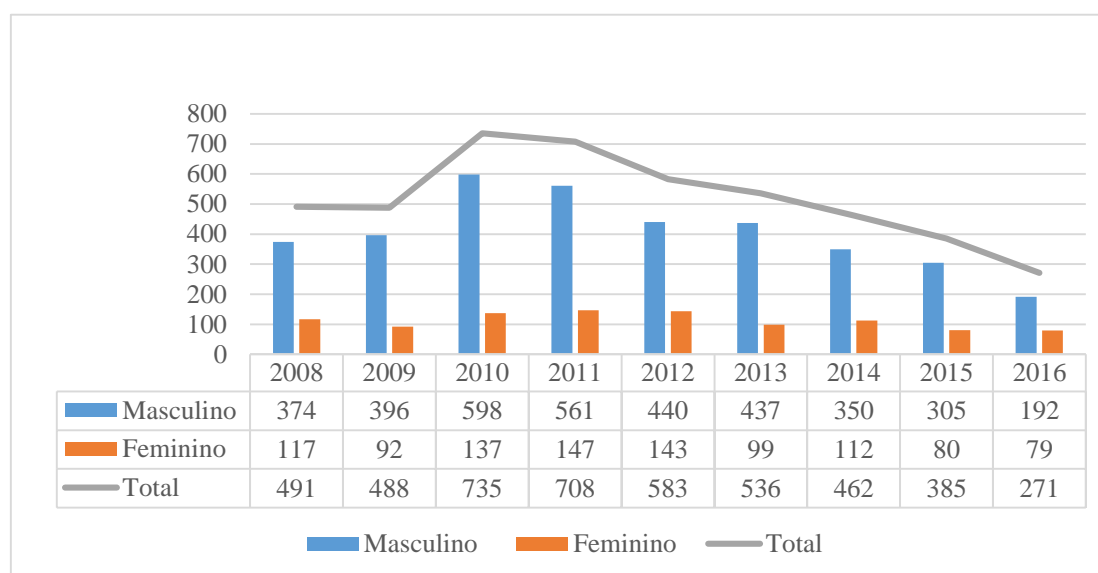
12ª CRS/RS, nos municípios menores a PNSTT parece melhor implantada, pois, o primeiro passo foi alcançado; as notificações aparentemente foram menos subnotificadas.

Na sequência será analisado as notificações dos agravos de trabalho sobre o âmbito das variáveis sociodemográficas.

4.1.1 Variáveis Sociodemográficas

Nesta seção será apresentado os agravos de trabalho em relação ao sexo, faixa etária e escolaridade. O Gráfico 2 apresenta os agravos por sexo.

Gráfico 2 - Notificações por sexo para os anos de 2008 a 2016 na 12ªCRS/RS



Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

As notificações “Antes” à PNSTT denotaram que 80% (n=1.929) das notificações dos agravos ocorreram no sexo masculino e 20% (n=439) no sexo feminino. No ano de 2012, 75% (n=440) das notificações foram registradas no sexo masculino e 25% (n=143) no sexo feminino e no período “Depois” as notificações no sexo masculino totalizaram 78% (n=1284) e no sexo feminino 22% (n=370) dos agravos notificados na 12ª CRS/RS. Assim as notificações por sexo totalizaram 78% (n=3.653) para o sexo masculino e 22% (n=1.006) no sexo feminino. Observando os resultados, concluiu-se que o sexo masculino tem maior propensão a agravos de trabalho. Este fato foi evidenciado nos dados divulgados pelo SINAM em 2009, onde 55% dos casos de agravos de trabalho ocorreram no sexo masculino e 45% no sexo feminino (CHAGAS; SALIM; SERVO, 2009). No estudo de Silva (2013), realizado entre os anos de 2008 a 2011, na 4ª CRS/RS, utilizando as notificações do SIST, foi evidenciado que 74% das notificações ocorreram no sexo masculino e 26% no sexo feminino.

Neste espectro os dados da pesquisa nacional de saúde (PNS) do IBGE apontam que os agravos laborais atingem 2,7 homens para cada mulher (MALTA et al, 2013). A possível explicação para a predominância do sexo masculino em sofrer agravos de trabalho baseia-se em questões culturais, visto que, os homens ocupam os postos de trabalhos mais perigosos, ainda, sugere-se que o coeficiente de prevalência dos agravos de trabalho é 3 vezes maior no sexo masculino em comparação ao sexo feminino (COVISA, 2008). No entanto é relevante calcular o coeficiente por sexo para alocar políticas efetivas de acordo com as peculiaridades locais.

A Tabela 3 apresenta o CP para o sexo masculino e para o sexo feminino por municípios na 12ª CRS/RS calculadas através da fórmula expressa na metodologia.

Tabela 3 - Coeficiente de Prevalência para o sexo Masculino e Feminino de Agravos de trabalho por município para o período de 2008 a 2016 na 12ªCRS/RS.

Município	Not. Fem.	Pop. Fem.	CP Fem.	Not. Masc	Pop. Masc.	CP Masc	Pop. IBGE 2010	PEA 2010
Bossoroca	45	3.375	12,6	222	3.509	62,3	6.884	3.561
Caibaté	44	2.422	17,3	168	2.532	66,3	4.954	2.531
Cerro Largo	12	6.672	1,5	52	6.617	6,5	13.289	7.947
Dezesseis de Novembro	9	1.397	5,5	36	1.469	22,1	2.866	1.624
Entre-Ijuís	52	4.523	10,7	150	4.415	30,9	8.938	4.853
Eugenio de Castro	19	1.383	12,9	125	1.415	85,4	2.798	1.462
Garruchos	14	1.552	8,1	60	1.682	35	3.234	1.710
Guarani das Missões	22	4.164	4,6	119	3.951	25,1	8.115	4.734
Mato Queimado	20	897	23,8	115	902	136,9	1.799	840
Pirapó	34	1.359	19,8	153	1.398	89,4	2.757	1.710
Porto Xavier	87	5.258	15,2	186	5.300	32,5	10.558	5.706
Rolador	6	1.228	3,3	92	1.318	51,9	2.546	1.772
Roque Gonzales	14	3.581	3,5	166	3.622	41,7	7.203	3.974
Salvador das Missões	11	1.292	6,6	110	1.377	66,4	2.669	1.656
Santo Ângelo	298	39.690	7,3	690	36.585	16,9	76.275	40.607
Santo Antônio das Missões	8	5.631	1,2	36	5.579	5,5	11.210	6.460
São Borja	10	31.423	0,3	14	30.248	0,48	61.671	28.724
São Luiz Gonzaga	153	17.729	8,9	514	16.827	30,2	34.556	17.009
São Miguel das Missões	25	3.541	6,1	142	3.880	34,9	7.421	4.066
São Nicolau	12	2.621	3,6	100	2.906	30,3	5.527	3.290
São Pedro do Butiá	8	1.327	4,7	45	1.456	26,9	2.783	1.667

(Continua)

(Continuação)

Município	Not.	Pop.	CP	Not.	Pop.	CP	Pop.	PEA
	Fem.	Fem.	Fem.	Masc	Masc.	Masc	IBGE 2010	2010
Sete de Setembro	50	1.042	42,2	142	1.082	119,9	2.124	1.184
Ubiretama	9	1.113	5,1	18	1.183	10,2	2.296	1.763
Vitoria das Missões	44	1.691	20,5	198	1.794	92,5	3.485	2.139
Total	1.006	144.911		3653	141.047		285.958	1150.989

Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

Pop.= População.

Not.= Notificação.

Fem.= Sexo feminino.

Masc.= Sexo masculino.

CP= Coeficiente de Prevalência calculado pela fórmula expressa na metodologia.

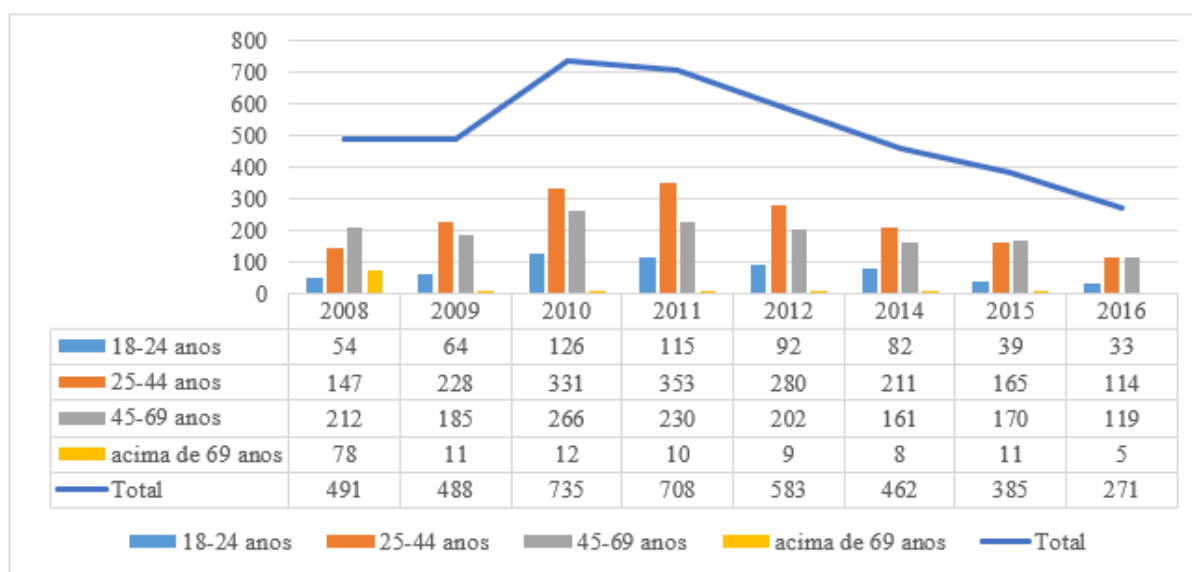
PEA= População Economicamente Ativa, segundo o IBGE (2010), a população economicamente ativa abarca todas as pessoas acima de 10 anos, sejam elas, ocupadas ou desocupadas que estejam procurando trabalho.

Observou-se na Tabela 3 que o CP masculino é superior ao feminino, e o município de Mato Queimado apresentou a maior CP masculino, ou seja, 136,9 homens a cada 1.000 habitantes sofrem agravos de trabalhos, seguidos dos municípios de Sete de Setembro (CP= 119,9) e Vitória das Missões (CP= 92,5). O município de São Borja apresentou o menor CP, (0,48), o município de Santo Antônio das Missões (5,5) e Cerro Largo (CP= 6,5). Em relação ao CP feminino foi verificado números menores em comparação com o coeficiente masculino para todos os municípios. O município de Sete de Setembro apresentou o maior CP (42,2), Mato Queimado (CP=23,8) e Vitória das Missões (CP=20,5). O município de São Borja apresentou o menor CP (0,3), o município de Santo Antônio das Missões (1,2) e Cerro Largo (CP= 1,5). A 12ª CRS/RS acompanha a tendência brasileira, com maior concentração de mulheres (50,66%), nas cidades de maiores, tais como, Santo Ângelo, São Luiz Gonzaga, Cerro Largo, Entre-Ijuís e Eugênio de Castro. Os outros municípios de pequeno porte são rurais e apresentam maior concentração de população masculina (COREDE MISSÕES, 2017). O coeficiente de prevalência masculina foi maior nos municípios rurais e de pequeno porte.

Na 12ª CRS/RS as notificações em relação ao sexo foram similares a outros estudos de outras regiões do RS que tiveram o SIST como fonte de dados. Foi possível evidenciar que houve um decréscimo nas notificações nos anos posteriores a PNSTT, contudo, a proporção de notificações do sexo masculino em comparação com o feminino se manteve constante. A média das notificações para o período de 2008 a 2016 ficou em 405,88 notificações no sexo masculino e 111,78 para o sexo feminino. Há uma predominância histórica de agravos de trabalho no sexo masculino na região em questão.

Em relação a faixa etária, verificou-se (Gráfico 3) que no período denominado “Antes” 43% (n=1.059) das notificações dos agravos ocorreram na faixa etária de 25-44 anos, na faixa etária de 45 a 69 anos foram 37% (n=893) das notificações, na faixa etária dos 18-24 anos foram 15% (n=359) das notificações e na faixa etária acima de 69 anos as notificações totalizaram 5% (n=111). No período “Durante” 47 % (n=280) das notificações ocorreram na faixa de 25-44 anos, 35% (n=202) notificações ocorreram na faixa etária de 45-69 anos, 16 % (n= 92) casos na faixa etária de 18-24 anos e 2% (n=9) notificações acima de 69 anos. No período “Depois” as notificações na faixa etária de 25-44 anos totalizaram 45% (n=750), na faixa etária de 45-69 anos foram 38% (n=616) casos notificados, 15% (n=252) notificações ocorreram na faixa etária de 18-24 anos e 2% (n=36) notificações ocorreram em trabalhadores acima de 69 anos. A média de idade dos trabalhadores foi de 47,5 anos.

Gráfico 3 - Totalidade de Notificações por faixa etária nos anos de 2008 a 2016 na 12ªCRS/RS



Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

No período de 2008 a 2016 ocorreu um predomínio da faixa etária de 25-44 anos, com 45% (n=2.089) de notificações dos agravos de trabalho na 12ªCRS/RS, e a faixa etária de 45-69 anos representou 37% (n=1.711) das notificações, a faixa etária de 18-24 anos apresentou 15% (n=703) e acima de 69 anos de idade foram notificados 3% (n=156) dos casos. Os municípios da 12ª CRS/RS em relação a estrutura etária da população seguem o padrão do estado, com queda na faixa etária de jovens e maior participação de adultos e idosos. Esse aumento é creditado ao decréscimo das taxas de fecundidade e ao aumento da expectativa de vida, pois o estado gaúcho está na quarta colocação nacional com maior expectativa de vida.

Também, segundo dados de migrações, a região das missões enfrenta uma fuga da população mais jovem em busca de melhores condições laborais (ZUANAZZI, 2015).

Os agravos de trabalho em relação a faixa etária não apresentam unanimidade nos estudos, pois, as metodologias e amostras utilizadas são variadas. Contudo, aceita-se a hipótese de que os agravos de trabalho apresentam predisposição menor nas faixas etárias maiores, em virtude das habilidades compensatórias adquiridas, ou seja, a experiência dos trabalhadores (BLANCH, 2009). Porém, Riberio et al. (2015), afirma que a faixa etária mais elevada está mais predisposta aos incidentes laborais, pois com o avançar da idade diminuem os reflexos, a resistência muscular e o sistema sensorial. Estes dois estudos demonstram conclusões controversas em relação a faixa etária que está mais predisposta a sofrer agravos laborais. A faixa etária de 20 a 49 anos é composta por pessoas economicamente ativas, assim, este grupo etário sofreu mais agravos laborais (SOUZA; BLANK; CALVO, 2002).

Na 12ªCRS/RS, os adultos jovens de 25-44 anos apresentam 45% das notificações para todo o período. Nesta faixa etária o trabalho parece ser mais árduo, com maiores cobranças, desconhecimento ou desrespeito às normas de segurança; assim, estes fatores são responsáveis pelo acréscimo nos números de agravos laborais nestes trabalhadores por levarem os mesmos a exaustão física e psíquica, além da falta de experiência de alguns (BLANCH, 2009). Segundo Sampaio Filho (2015), a faixa etária com maior predisposição a acidentes de trabalho foi entre 30 e 48 anos de idade, com risco aumentado por volta dos 31 anos de idade, independente do porte da empresa. Desta forma, as Características dos acidentes de trabalho são influenciadas pela faixa etária, é o que apontam os dados do SIST para o estado do RS no ano de 2016, evidenciando que a maioria (27,9%) dos acidentes de trabalho acometeu a faixa etária mais produtiva de 18 a 44 anos (DAPPER; NUSSBAUMER, 2016). Foi possível concluir que os agravos de trabalho em relação a faixa etária na 12ªCRS/RS foram similares a outros estudos, com predisposição na faixa etária mais produtiva, entre 25-44 anos. As notificações se mantiveram altas nas faixas etárias até 2012 e após este período decresceram. Porém, comparando o período antes, durante e depois, foi observado que as notificações se mantiveram proporcionais, com mais notificações na faixa etária de 25-44 anos, com exceção dos anos de 2008, 2015 e 2016 onde foram mais notificações na faixa etária de 44-69 anos, talvez influenciadas pelas mudanças demográficas na região com envelhecimento gradativo da população.

Um fator relevante no tocante a faixa etária foi a notificação de agravos de trabalho na faixa etária acima de 69 anos, que denota a relevância que o trabalho desempenha na sociedade e na vida das pessoas, pois teoricamente sobre o âmago jurídico-legal ainda em

vigor, aos 70 anos de idade o trabalhador é considerado aposentado ou pelo tempo de serviço ou pela idade (RODRIGUES; BELLINI, 2012).

Na 12ª CRS/RS, foi observado 3% das notificações na faixa etária de 70 anos a 87 anos de idade, com predominância de 68% da zona rural. Segundo Schindwein (2010), a desproteção social é inerente ao meio rural e conseqüentemente a zona rural. Esses trabalhadores, apesar de terem direitos garantidos pela CF, enfrentam dificuldades para acessar estes direitos básicos, contribuindo para a invisibilidade e para maior índice de subnotificações dos acidentes de trabalho no meio rural. Na região das Missões os agravos na zona urbana totalizaram 55% (n=2.558), na zona rural foram registrados 42% (n=1.941) de agravos e 3% (n=160) dos agravos foram notificados com ignorados. Há um predomínio de domicílios urbanos, porém, alguns municípios são essencialmente rurais (FEE, 2016), tais como, Garruchos, Mato Queimado, Pirapó, Roque Gonzalez, Salvador das Missões, São Pedro do Butiá, Sete de Setembro, Ubiretama e Vitória das Missões. Os dados de 2016 demonstram que 70% da população total da região vivia na zona urbana e destes 57% estão concentradas em Santo Ângelo, São Luiz Gonzaga, Giruá e Cerro Largo, nestes municípios ocorreram as maiores taxas de urbanização e os agravos estão ligados ao CNAE Serviços (COREDE MISSÕES, 2017).

Também foi calculado o coeficiente de Prevalência para as faixas etárias. Na faixa etária de 25-44 anos o CP foi maior (138,5), na faixa de 45-69 anos o CP foi 113,3, na faixa etária de 18-24 anos o CP foi 4,65, o CP foi menor na faixa etária + 69 anos (1,0). O Coeficiente de Prevalência denotou que a faixa etária de 24-44 anos sofreu mais agravos e a faixa etária de + 69 anos sofreu menos agravos, no entanto, devido as mudanças demográficas da região a faixa de 45-69 anos apresentou o segundo CP mais elevado.

Na Tabela 4 é apresentada a distribuição dos agravos de trabalho em relação a escolaridade expressos em valores absolutos e relativos. Os agravos são apresentados por ano e por categorias.

Na 12ª CRS/RS no período de 2008 a 2016, as notificações foram maiores, 46% (n=2.080) em trabalhadores com ensino fundamental incompleto. E menores 0% (n=8) em trabalhadores pertencentes a categoria Outras, que engloba, pessoas com escolaridade alta.

Tabela 4 - Agravos de Trabalho na 12ª CRS/RS no Período de 2008 a 2016, conforme a Escolaridade

Escolaridade	Antes			Durante			Depois			TOTAL	*CP
	2008 n (%)	2009 n (%)	2010 n (%)	2011 n (%)	2012 n (%)	2013 n (%)	2014 n (%)	2015 n (%)	2016 n (%)		
Não informado	3 (1)	15 (3)	70 (10)	68 (10)	27 (5)	84 (16)	53 (11)	28 (7)	5 (2)	353 (8)	2,33
Não sabe ler e escrever	23 (5)	7 (1)	8 (1)	7 (1)	4 (1)	4 (1)	2 (0)	4 (1)	2 (1)	61 (1)	0,4
Alfabetizado	15 (3)	14 (3)	14 (2)	8 (1)	9 (2)	8 (1)	11 (2)	5 (1)	6 (2)	90 (2)	0,6
Ens. Fundamental Ens. Incompleto	291 (59)	275 (56)	359 (49)	334 (47)	234 (40)	217 (40)	157 (34)	172 (45)	109 (40)	2.148 (46)	142,2
Ens. Fundamental completo	67 (14)	66 (14)	94 (13)	85 (12)	101 (17)	58 (11)	54 (12)	58 (15)	40 (15)	623 (13)	4,12
Ens. médio incompleto	23 (5)	28 (6)	39 (5)	39 (6)	38 (7)	29 (5)	32 (7)	15 (4)	20 (7)	263 (6)	1,74
Ens. médio completo	51 (10)	73 (15)	134 (18)	145 (20)	135 (23)	109 (20)	120 (26)	89 (23)	60 (22)	916 (20)	6,06
Ens. Superior incompleto	11 (2)	4 (1)	3 (0)	10 (1)	15 (3)	9 (2)	14 (3)	3 (1)	7 (3)	76 (2)	0,5
Ens. Superior completo	6 (1)	6 (1)	12 (2)	11 (2)	14 (2)	15 (3)	17 (4)	11 (3)	19 (7)	111 (2)	0,73
Outras#	1 (0)	0 (0)	2 (0)	1 (0)	6 (1)	3 (1)	2 (0)	0 (0)	3 (1)	18 (0)	0,11
Total	491	488	735	708	583	536	462	385	271	4659	

Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

#Corresponde aos trabalhadores com especialização, residência, mestrado, etc.

* Coeficiente de Prevalência calculado através da fórmula expressa metodologia.

Foi calculado o Coeficiente de Prevalência (Tabela) e verificado que os trabalhadores com ensino fundamental incompleto obtiveram o maior CP (142,2) e os trabalhadores da categoria “Outras” obtiveram o menor CP (0,11).

Segundo estudo de Lima (1999), realizado em Pelotas, a baixa escolaridade aumenta a ocorrência de acidentes de trabalho, motivados pela influência das variáveis econômicas e características individuais. Assim, os trabalhadores com baixa escolaridade (<4 anos) possuem até cinco vezes mais risco de sofrerem acidentes de trabalho em comparação com a alta escolaridade (>11 anos). Para Franz e Cargnin (2017), em estudo realizado na 19ª CRS/RS, verificaram que a baixa escolaridade influencia diretamente a ocorrência de agravos de trabalho, pois esses trabalhadores possuem dificuldades para compreender as instruções laborais e o uso correto de EPIs. Neste âmbito, o que foi observado no estudo dos agravos na 12ª CRS/RS é que há predominância das notificações em trabalhadores com baixa escolaridade, visto que, 44% das notificações ocorreram em trabalhadores com ensino fundamental incompleto. Ao analisar as notificações por período foi verificado que as mesmas se mantiveram constantes nas categorias, ou seja, quando ocorreram decréscimos no período posterior a PNSTT, diminuíram proporcionalmente as notificações de todas as categorias. E a categoria com maiores notificações se manteve constante desde o ano de 2008 até 2016. Assim é possível concluir que os trabalhadores com menor instrução estão mais propensos a sofrerem os agravos de trabalho e na região da 12ª CRS/RS, as notificações conforme escolaridade são similares a outros estudos do RS. Nos municípios da 12ª CRS/RS, o IDESE que aborda a dimensão educacional da região é superior ao estadual para crianças e jovens, porém a educação de adultos apresenta índices inferiores ao estaduais, fato este, que pode justificar a predisposição de trabalhadores com menos instrução em sofrer agravos laborais (COREDE MISSÕES, 2017).

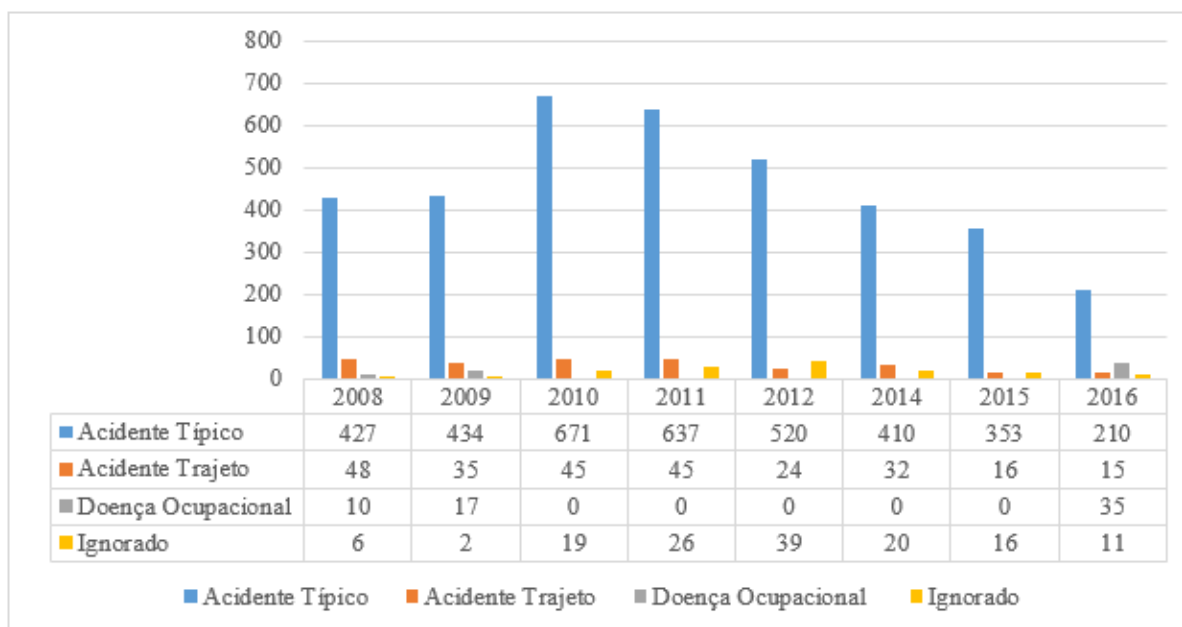
Em síntese a baixa escolaridade é um dos fatores que favoreceu a ocorrência de agravos de trabalho na 12ª CRS/RS, bem como, o sexo masculino e a faixa etária de 25-44 anos. As características dos agravos de trabalho para a 12ª CRS/RS são similares a de outros estudos realizados no RS, tais como, Lima (1999), Dapper e Nussbaumer (2016), Franz e Cargnin (2017).

4.1.2 Variáveis Ocupacionais

Nesta seção serão abordadas variáveis relacionadas com o tipo de agravo, Atividades econômicas (CNAE) e tipo de vínculo empregatício.

No Gráfico 4 é explanado sobre o tipo de agravo; que é classificado em Ignorado, acidentes de trajeto, acidentes típicos e doença ocupacional.

Gráfico 4 - Notificações por Tipo de Agravos nos anos de 2008 a 2016 na 12ª CRS/RS



Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

Os dados do tipo de agravo para o período de 2008 a 2016 denotaram que os acidentes típicos foram os prevalentes na 12ª CRS/RS, com média de 88% das notificações, seguidos dos acidentes de trajeto com média de 5% nas notificações, a opção Ignorado apresentou 5% dos casos e doenças ocupacionais com 2% notificações.

Ao analisar as notificações por ano foi possível verificar que ocorreu acréscimos no ano de 2010, 2011 e decresceram em 2012, possivelmente alavancadas pela promulgação de PNSTT. Porém, se mantiveram constantes nas categorias, os acidentes típicos no período “Anterior” apresentaram 90% das notificações, “Durante” 89% e “Depois” 88% dos agravos, e os outros tipos de agravos seguiram o mesmo padrão de notificação.

Na pesquisa, ficou evidente a baixa incidência de notificações de acidentes de trajeto. Os dados da PNS do IBGE apontaram que os acidentes de trajeto atingiram 1,9 milhões de trabalhadores do Brasil, ou seja, cerca de um terço de todas as notificações (MALTA et. al., 2013). Na ótica de Lourenço (2011) a informalidade pode estar mascarando as notificações deste tipo de agravo. Pois, as mudanças estruturais na economia e no tipo de emprego, alavancam o mercado informal, no qual são comuns os acidentes de trajeto permeados pelo aumento no número de trabalhos desempenhados na rua, entregas de mercadorias e crescimento de carros particulares por habitante. Na visão de Carvalho (2018) que analisou os

acidentes de trajeto no Brasil, constatou que entre os anos de 2009 a 2015 os agravos de trajeto aumentaram 20% na região sul com TI média de 2,67/1000 indivíduos para sofrer agravos de trajeto. Foi possível também inferir que os agravos de trajeto têm proporção direta com a frota e a região Sul responde por 9,8% da frota nacional. Prochnow et. al. (2011) apontaram que os acidentes típicos é o tipo de acidente mais abordado nos estudos e artigos, ou seja, foi elencado em 100% dos artigos revisados, já os acidentes de trajeto são abordados em apenas 15% dos estudos. Segundo Batista et. al. (2015), os acidentes típicos ainda são mais estudados e notificados, pois é no ambiente de trabalho que ocorrem os riscos ambientais e ergonômicos maiores, fato este que explicaria a predileção das pesquisas científicas pelos acidentes típicos. Deste modo, os acidentes de trajeto necessitam de mais atenção e conhecimento técnico para descrever o como acidente de trabalho ou acidente de trânsito, caso contrário todos os acidentes ocorridos serão de trânsito. Na visão de Baldo, Spagnuolo e Muniz de Almeida (2015), em seu estudo realizado em um serviço de emergência do Paraná apontou que 35,4% dos acidentes de trânsito foram acidentes de trajeto. As vítimas eram jovens, do sexo masculino, inseridos no mercado formal (CLT) e destes nenhum caso foi notificado nos SI do MS, já na previdência Social houve subnotificação de 40% dos casos. Assim a escassez de literatura sob o ângulo acidentes de trabalho ocorridos no trânsito contribuí para as subnotificações dos mesmos.

Segundo Detran (2015), a maioria dos acidentes fatais na Região Missões foi causado por Colisão entre veículos ou por Atropelamento. E em comparação com os acidentes a nível estadual, a região apresenta percentuais superiores de acidentes causados por colisão e percentual inferior de acidentes do tipo atropelamento e, 39% das vítimas fatais estão na faixa etária entre 18 a 34 anos, e destes 78% são do sexo masculino. Os municípios com maior número de vítimas são: São Luiz Gonzaga, Santo Ângelo e Roque Gonzales.

Ao analisar os dados das notificações na 12ª CRS/RS foi observado baixa incidência (6% depois da PNSTT) de acidentes de trajeto, supondo números de agravos diminuídos em função das mudanças demográficas da região em questão, pois segundo dados do COREDE Missões (2017), a região das missões é a região do estado com maior perda populacional, com redução da faixa etária de jovens em decorrência da diminuição das taxas de fecundidade e aumento das taxas de migração para regiões mais promissoras. Deste modo, há um aumento das taxas de idosos (acima de 65 anos) pela melhora da expectativa de vida, sendo que os idosos não migram na mesma intensidade que outras faixas etárias e também, pelas subnotificações, visto que, os acidentes de trajeto podem fazer parte de dados dos setores de segurança e transporte e não do SIST. Seria premente desenvolver ações conjuntas entre os

serviços de saúde, previdência social e do ministérios do trabalho com os setores responsáveis pela área de segurança pública, trânsito e transporte (ALMEIDA, 2011). Deste modo, parece contraditório números baixos nas notificações dos acidentes de trajeto na 12ªCRS/RS, reforçando a hipótese de subnotificação.

Também foi relevante o número de notificações com a informação “Ignorado”, pois o tipo de agravo é um dado essencial nas notificações, sendo incabível o desconhecimento desta informação. Neste âmbito é levantada a hipótese do preenchido inadequado das notificações. O tipo de agravo é informativo e importante nas notificações, pois através do mesmo é possível saber se o trabalhador sofreu acidente de trajeto, acidente típico ou doença ocupacional. E os dados epidemiológicos possibilitam conhecer a realidade da região e alocar políticas públicas eficazes.

O estudo de Ferreira et. al. (2017), realizado em unidades sentinelas, evidenciou baixa capilaridade dos treinamentos e capacitações e mais da metade dos entrevistados afirmou que não foram treinados para identificar e notificar de modo correto os agravos de trabalho. Esse fato é alarmante, visto que, as notificações dos agravos de trabalho são fundamentais para desenvolver estratégias e ações eficazes na Vigilância em saúde do trabalhador.

Outro estudo realizado com as notificações do SINAM a nível nacional verificou que entre 2007 a 2012, as notificações que apresentaram resposta com “Ignorado” aumentaram. Há duas hipóteses para este aumento; o preenchimento inadequado da notificação ou o notificador realmente não conhecia esta informação, em virtude da falta de conhecimento, ou condições de investigação inadequadas e dificuldades impostas pelos familiares, empresa, e local do acidente. (GALDINO; SANTANA; FERRITE, 2016). Segundo Dapper e Nussbaumer (2016), é primordial promover atividades de formação e capacitação para os profissionais responsáveis pelas notificações, fomentando a inserção de informações fidedignas no SIST. Contudo, Costa et. al. (2013) aponta que o parágrafo 2º do artigo 14 da PNSTT, delega aos CERESTs ações complementares de vigilância em saúde laboral, somente quando os municípios não tiverem condições técnicas e/ou operacionais ou nos casos complexos. Esta redação contraditória reflete a fragilidade das ações da vigilância em saúde laboral e os CERESTs ficam deficitários nas ações e atrelados aos impedimentos da PNSTT/2012.

Em relação as doenças ocupacionais, verificou-se poucas notificações. A partir de 1991 a Previdência Social ampliou o espectro de entendimentos sobre as doenças ocupacionais. Na visão previdenciária as doenças eram divididas em dois grupos: Doenças relacionadas com o trabalho, que são atípicas, possuem mais de um agente causador, e não

são exclusivas de uma profissão e como possuem causas difusas esbarram na não notificação como doença causada pelo trabalho pelos profissionais de saúde (LOURENÇO, 2011). Sobre este aspecto não são consideradas doenças de trabalho; as doenças degenerativas, as que são inerentes a idade, as que não produzem incapacidade laboral e as doenças endêmicas, neste caso, salvo quando adquirida em atividade laboral, todas as outras modalidades são equiparadas a acidentes de trabalho (OIT, 2012). Já as doenças profissionais são ocasionadas pelo desempenho do trabalho em condições insalubres ou inadequadas (LOURENÇO, 2011).

A OIT (2013) preconiza a proteção de trabalhadores vítimas de doenças ocupacionais, sejam elas profissionais ou não, denotando que esta proteção é uma questão de justiça social. Deste modo, o MS (2001) adotou a Classificação *Schilling*⁶, que classificou as doenças em três grupos: o primeiro grupo engloba doenças provocadas pelo trabalho e os outros dois grupos englobam doenças que apresentam o trabalho como fator contributivo e/ou agravador destas doenças. Este grupo necessita de perícia médica para acessar o benefício acidentário. Recentemente, foi revogada a obrigação da emissão do CAT para as doenças ocupacionais e inserido o NTEP, que premia empresas com menores índices de agravos de trabalho e é aumentado alíquotas das empresas com maiores índices de agravos. Deste modo, esperou-se um aumento no número de notificações neste grupo (MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL, 2014). Na pesquisa as doenças do trabalho foram analisadas em um grande grupo “doenças ocupacionais”, sem separação em doenças provocadas pelo trabalho e doenças agravadas pelo trabalho. No entanto, apesar das mudanças efetuadas pelo MS e da Previdência Social não ocorreram aumentos das notificações no grupo de doenças ocupacionais na 12ª CRS/RS, visto que, as notificações totalizaram 62 casos, cerca de 3% das notificações para o período de 2008 a 2016. Neste tocante ocorreram subnotificações das doenças ocupacionais, ou por falta de conhecimento do notificador para notificar ou por falta de investigação do fato.

O SIST possibilitou mapear a realidade regional, abarcando o número mais amplo de trabalhadores e agravos. As notificações em relação ao vínculo empregatício é um dos diferenciais do SIST em comparação com outros sistemas de notificações. Os anuários estatísticos de Previdência Social somente abarcam os trabalhadores celetistas e os dados de cobertura apontam que 27,4% da população não está vinculada a regime previdenciário e

⁶ O médico inglês *Richard Schilling* publicou, em 1984, no periódico *The Journal of the Society of Occupational Medicine* um prefácio onde abordou a casuística de doenças entre os trabalhadores na Grã-Bretanha, as causas e as estratégias para lidar com elas e dividiu as doenças ocupacionais em três grupos. Mais informações acessar: <www.fundacentro.gov.br>

encontra-se desprotegida (BRASIL, 2015). O acesso ao direito previdenciário é inerente aos trabalhadores formais; celetistas, contudo, os números de trabalhadores formais vêm decrescendo desde 2015, e consecutivamente ocorreu um acréscimo da informalidade e desproteção social e econômica da classe de trabalhadores informais (MENDES; MARTINS; WÜNSCH, 2017). As notificações da Previdência Social abarcam menos de 1/3 da população economicamente ativa, que são os trabalhadores formais que possuem carteira assinada. O SIST embasa-se no princípio universal e integral do SUS, que denota que o Sistema Único de Saúde deve abarcar todos os trabalhadores brasileiros, independentes do vínculo empregatício ou modo de inserção na economia (FACCHINI et. al., 2005).

Na pesquisa os trabalhadores foram agrupados em duas classificações: “Trabalhadores CLT”: os que possuem carteira assinada e “Trabalhadores não Celetistas”: todos os outros, tais como, autônomo, cooperativado, desempregado, empregador, estagiário, funcionário público/estatutário, informal, trabalhador doméstico, trabalhador do lar, outros. Esta classificação foi adotada, pois, parece mais adequada, já que no grupo de trabalhadores não CLT, estão inseridas várias classes de trabalhadores que possuem vínculo com o INSS. Contraditoriamente ao estudo de Silva (2013) que discute o vínculo sobre o espectro de trabalhadores formais (CLT) e informais (todos os outros).

Analisando a Tabela 5, verificou-se que o SIST abarcou trabalhadores Celetistas e não celetistas, se traduzindo como diferencial em relação a outros sistemas de informação. No período de 2008 a 2016 foram 1.578 notificações em trabalhadores celetistas que correspondem à 34% das notificações, já o grupo não CLT as notificações representaram 64% dos casos ocorreram justamente no grupo de trabalhadores não celetistas, que não são abarcados nas notificações da Previdência Social, totalizando 2.979 notificações no período e 2% foram notificações com a opção ignorado.

A partir da tabela foi possível concluir que as notificações diminuíram no período “Depois”. Segundo Lima; Costa (2010), a precariedade nas condições de trabalho é inerente ao trabalho informal e geralmente atrelado aos trabalhadores não celetistas. Silva (2013) em seu estudo baseado nas notificações do SIST com municípios da 4º CRS/RS constatou que 55,8% das notificações dos agravos foram no grupo classificado como informal e 44,2% nos formais. Na 12ª CRS/RS ocorreu um decréscimo nas notificações no período “Depois” a PNSTT em comparação com o período anterior, nos dois grupos, e a média das notificações foi de 64% no grupo não CLT e 36% no grupo CLT. Desta forma, os resultados da pesquisa na 12ª CRS/RS para a variável “Tipo de Vínculo Empregatício” foram similares a de outros estudos, com predisposição dos trabalhadores não celetistas em sofrer agravos de trabalho.

Tabela 5 - Notificações de Agravos de trabalho na 12ª CRS/RS no período de 2008 a 2016, conforme o vínculo empregatício

Vínculo Empregatício	Antes			Durante			Depois			Total
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Autônomo	152 (31)	187 (38)	247 (34)	212 (30)	130 (22)	143 (27)	114 (25)	142 (37)	88 (32)	1.415 (30)
Celetista	89 (18)	103 (21)	239 (33)	275 (39)	236 (40)	228 (43)	208 (45)	118 (31)	82 (30)	1.578 (34)
Cooperativado	1 (0)	0 (0)	49 (1)	1 (0)	1 (0)	0 (0)	2 (0)	3 (1)	0 (0)	12 (0)
Empregador	13 (3)	6 (1)	10 (1)	3 (0)	5 (1)	10 (2)	10 (2)	5 (1)	1 (0)	63 (1)
Estagiário	4 (1)	1 (0)	2 (0)	1 (0)	0 (0)	1 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (0)	10 (0)
Funcionário público/estatutário	31 (6)	34 (7)	43 (6)	40 (6)	64 (11)	37 (7)	40 (9)	32 (8)	38 (14)	359 (8)
Outros*	196 (40)	152 (31)	174 (24)	159 (22)	139 (24)	93 (17)	69 (15)	79 (21)	59 (22)	1.120 (24)
Ignorado	5 (1)	5 (1)	16 (2)	17 (2)	8 (1)	24 (4)	19 (4)	6 (2)	2 (1)	102 (2)
TOTAL	491	488	735	708	583	536	462	385	271	4.659

Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

*Corresponde a trabalhador do lar, informal, trabalhador doméstico e desempregado

No trabalho informal, geralmente as relações e condições laborais são insalubres, perigosas e desrespeitam a lei trabalhista. Estes postos de trabalho apresentam inúmeros fatores que ocasionam riscos e agravos laborais e são caracterizados pela ausência de meios básicos de proteção aos trabalhadores. Fatos estes verificados em vários estudos que comprovam a problemática (RIOS et al, 2015).

Em relação aos agravos de trabalho em funcionários públicos estatutários (Tabela 5) constatou-se que há metas e diretrizes direcionadas aos trabalhadores celetistas, e carência de atenção aos funcionários públicos estatutários, acompanhados por falta de informações sobre os agravos neste grupo. Os funcionários públicos são regidos pelo regime jurídico dos servidores, que aborda apenas questões sobre ganhos adicionais, insalubridade e periculosidade. Há diferenças entre os funcionários públicos e celetistas, dentre elas, a estabilidade que é inerente ao servidor público após três anos de serviço público e mediante aprovação nos boletins de avaliação, no entanto, os estatutários não possuem direito ao FGTS (Fundo de Garantia por Tempo de Serviço). Para Figueiredo e Camargos (2013), em estudo realizado com funcionários públicos estaduais, verificou-se que a legislação vigente é precária, na qual não são preconizadas as notificações, medidas preventivas e educativas destes agravos. Para Almeida e Lima (2018), no regime CLT os acidentes de trabalho possuem amplo espectro legal e cobertura, enquanto no regime estatutário há escassez de ações, tais como, o Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA), o Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional (PCMSO) e a Comissão Interna de Prevenção de Acidente (CIPA), entre outros. Esses programas citados são aplicados nos celetistas há décadas com êxito, e aos estatutários as questões mais relevantes são direcionadas ao desempenho e adicionais ocupacionais. Para Mello (2010), a aplicação da saúde em segurança e saúde do trabalhador (SST) depende de a mesma estar regulamentada no regime jurídico dos trabalhadores públicos de cada esfera, ou seja, se não estiver a administração pública não pode executar a SST embasada no princípio de legalidade. Em 1991, ocorreu autorização legislativa para aplicar aos servidores estatutários federais, os adicionais ocupacionais aplicados aos CLT (10%, 20% e 40%), no entanto, com valores de insalubridade menores (5%, 10% e 20%). Porém, o cálculo destes valores de insalubridade é baseado no salário dos estatutários e nos celetistas é embasado no salário mínimo da região, deste modo, os estatutários gozam de valores ocupacionais maiores em comparação com os CLTs. Em relação aos valores de periculosidade os CLT gozam de um adicional de 30% no salário, enquanto os estatutários possuem direito de 10% adicionais. É premente enfatizar que das trinta e cinco normas regulamentadoras, a administração pública de cada esfera está

autorizada a aplicar apenas a NR 15 que discorre sobre a insalubridade e a NR 16 que regulamenta a periculosidade, as outras trinta e três não receberam autorização jurídica para serem aplicadas aos estatutários e também não se aplicariam pelas peculiaridades do serviço público, visto que, a formulação das mesmas se pautou nas atividades econômicas. Em síntese o regime celetista é pautado no direito do trabalho e o regime estatutário é baseado no direito administrativo. As diferenças jurídicas são antigas e advêm do CF DE 1943, a qual exclui de sua aplicação os servidores estatutários. Sobre a ótica de Almeida e Lima (2018), as questões inerentes a saúde dos trabalhadores como a diminuição de riscos e melhoria da qualidade laboral não são objeto de discussão e de preocupação dos legisladores. Na visão de Dapper e Nussbaumer (2016), a lacuna deficitária esbarra em fomentar políticas públicas locais, regionais e específicas para esta classe que está predisposta a agravos de trabalho como as outras em questão.

Na Tabela 6 são apresentados os agravos de trabalho em relação ao CNAE, observou-se que 44% (n=2.063) das notificações ocorreu no subgrupo Serviços, 26% (n=1.199), no grupo Agropecuária (Agricultura e pecuária), na pesca e silvicultura, na Indústria 17% (n=792), na Construção foram notificados 9% (n=434) e em outras atividades totalizou-se 4% (n=171) notificações de agravos.

O setor serviços na 12ª CRS/RS, está direcionado ao comércio e serviços, com intuito de abastecimento do setor primário e secundário. Os Serviços é o setor que mais gera valor e renda na 12ª CRS/RS, porém, este setor depende diretamente dos segmentos agropecuário e industrial. Os municípios com destaque no setor de serviços são: Santo Ângelo (33,84%), São Luiz Gonzaga (14,40%) e Cerro Largo (10,99%). Este destaque justifica-se pelo fato destes municípios serem cidades polos em saúde, educação e geração de emprego e renda. Deste modo, a população dos municípios vizinhos e arredores se desloca para os municípios polos para acessar estes serviços (COREDE MISSÕES, 2017).

O setor da agropecuária compreende atividades laborais desempenhadas na agricultura, pecuária, pesca, silvicultura e aquicultura. Segundo dados do último censo demográfico de 2010, o setor agropecuário possui cerca de 14,2% de toda a população economicamente ativa ou ocupada do país, cerca de 12.258.008 pessoas. As atividades na agropecuária possuem risco aumentado de seus trabalhadores sofrerem agravos de trabalho. O Brasil abarca uma das maiores fronteiras agrícolas mundiais.

O estudo Ferreira-De-Sousa e Santana (2016) apontou que no país estima-se que entre 2000 e 2010 cerca de 8.923 de trabalhadores faleceram devido agravos de trabalho na agropecuária, em decorrência da mecanização no campo. Também a agropecuária se

Tabela 6 - Agravos de trabalho na 12ª CRS/RS no período de 2008 a 2016, conforme as atividades econômicas

ATIVIDADES ECONÔMICAS	PERÍODO									Total CNAE n (%)
	2008	Antes		Durante		Depois		2016		
	n (%)	2009 n (%)	2010 n (%)	2011 n (%)	2012 n (%)	2013 n (%)	2014 n (%)	2015 n (%)	n (%)	
Serviços	186 (38)	175 (36)	286 (39)	313 (44)	258 (44)	281 (52)	232 (50)	178 (46)	154 (57)	2.063 (44)
Agropecuária	185 (38)	180 (37)	234 (32)	154 (22)	107 (18)	85 (16)	80 (17)	104 (27)	70 (26)	1.199 (26)
Construção	46 (9)	45 (9)	76 (10)	61 (9)	63 (11)	45 (8)	31 (7)	45 (12)	22 (8)	434 (9)
Indústria	58 (12)	71 (15)	125 (17)	128 (18)	126 (22)	108 (20)	105 (23)	51 (13)	20 (7)	792 (17)
Outras atividades	16 (3)	17 (3)	14 (2)	52 (7)	29 (5)	17 (3)	14 (3)	7 (3)	5 (2)	171 (4)
Total Ano	491	488	735	708	583	536	462	385	271	4.659

Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

*Agropecuária: abarca agricultura, pecuária, pesca e silvicultura

desenvolve na zona rural ou em regiões com baixa densidade populacional, nestes lugares longínquos é comum a precariedade na oferta e no acesso de serviços públicos, assim, ocorrem subnotificações nos registros dos agravos de trabalho, também muitos destas propriedades rurais são familiares, informais ou de subsistência. O referido estudo também apontou que apesar da gravidade da problemática envolvendo o setor agropecuário, ainda, há carência de estudos e estratégias específicas para este setor (FERREIRA-DE-SOUSA; SANTANA, 2016). No estudo de Dapper e Nussbaumer (2016), tendo como base as notificações do SIST/RS para todo o estado, a atividade com maior risco de agravos de trabalho foi a agropecuária. Na 12ª CRS/RS no período de 2008 a 2016 foram registrados 26% (n=1.199) notificações de agravos na agropecuária. Segundo dados do COREDE Missões (2017), a região das missões é dependente do setor agropecuário, com destaque para a pecuária e cultivo de grãos, soja, milho e trigo. Os municípios da 12ª CRS/RS com destaque para a agropecuária em 2013 é São Luiz Gonzaga (12,71%) e Miguel das Missões (12,37%).

A indústria na região das Missões é direcionada ao beneficiamento, processamento e transformação da produção do setor primário. Os municípios com destaque no Valor acrescentado bruto (VAB) são: Santo Ângelo (41,11%), São Luiz Gonzaga (14,33%), Cerro Largo (8,16%) e Guarani das Missões (7,79%), no ano de 2013. Ressalta-se que a concentração industrial na região das 12ª CRS/RS, é intensa nos municípios com as maiores populações regionais, em virtude da rede de serviços, infraestrutura e disponibilidade de mão de obra (COREDE MISSÕES, 2017). O setor industrial ficou na terceira colocação nas notificações de agravos de trabalho no período com 17% (n=792) notificações.

A construção civil é vista por alguns segmentos da economia como uma atividade com atrasos tecnológicos e que emprega uma grande quantidade de trabalhadores. É caracterizada pela mão-de-obra sem qualificação, precariedade nas condições laborais e alta incidência de acidentes e doenças ocupacionais. Os trabalhadores da construção civil são basicamente homens e com faixa etária entre 30 e 39 anos. Em 2012 o setor da construção representou 5,7% do Produto Interno Bruto (PIB) do estado. Os indicadores refletem a vulnerabilidade dos trabalhadores neste setor, sem contar os trabalhadores informais (DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS, 2013). Na região da 12ª CRS/RS, foram 9% (n=434) de notificações no período.

No RS o setor terciário, ou seja, a prestação de serviços e comércio de mercadorias detém a maior concentração econômica da forma laboral empregada, deste modo, há uma maior prevalência deste CNAE em sofrer agravos laborais (HENNINGTON; MONTEIRO, 2006). Esta tendência é o que se verificou na 12ª CRS/RS, onde 44% (n= 2.063) das

notificações ocorreu no subgrupo Serviços no período total do estudo, com maiores notificações no período “Anterior” e diminuição no período “Depois” a PNSTT. Foi possível concluir que ocorreu uma redução nas notificações no Subgrupo Agropecuária (Agricultura e pecuária), na pesca e silvicultura, que passaram de 753 registros no período “Anterior” para 339 agravos no período “Depois”. Contudo, é provável que deste percentual de notificações que diminuíram no Subgrupo Agropecuária (Agricultura e pecuária), na pesca e silvicultura possa ter ocorrido subnotificação dos agravos, visto que, o setor se desenvolve em lugares distantes, com precariedade de serviços de saúde e com propriedades rurais familiares, informais e de subsistência, deste modo, é necessário estudos específicos para este setor, no qual a informalidade é comum. Ficou evidente números baixos de notificações de acidentes de trajeto (5%), mesmo com as mudanças estruturais na economia e no tipo de emprego que são inerentes ao mercado informal. Deste modo, parece contraditório números baixos nas notificações dos acidentes de trajeto na 12ª CRS/RS, reforçando a hipótese de subnotificação. Também foi relevante o número de notificações com a informação “Ignorado”, pois o tipo de agravo é um dado essencial nas notificações. Neste âmbito é definido a hipótese do preenchido inadequado das notificações. É evidente notificações baixas, cerca de 3% de doenças ocupacionais, sugerindo subnotificações das doenças ocupacionais, ou por falta de conhecimento do notificador para notificar ou por falta de investigação do fato. Sobre o âmbito do tipo de vínculo empregatício na 12ª CRS/RS ocorreu um decréscimo nas notificações no período “Depois” a PNSTT em comparação com o período anterior, nos dois grupos, e a média das notificações foi de 64% no grupo de trabalhadores não celetistas e 36% no grupo de trabalhadores CLT. Desta forma, os resultados da pesquisa na 12ª CRS/RS para a variável “Tipo de Vínculo Empregatício” foram similares a de outros estudos, com predisposição dos trabalhadores não celetistas, em alguns estudos classificados como informais em sofrer agravos de trabalho.

4.1.3 Características dos Agravos de Trabalho

A Tabela 7 apresenta o CID subgrupo e descreve o fator causal dos agravos de trabalho. As notificações foram agrupadas por semelhança e de forma sintetizada a “categoria 10 equivale a “Outras”, onde foram incluídas causas de agravos que não se encaixavam nas categorias anteriores, tais como, explosões ou rupturas, excesso de movimentos repetitivos, queima de fogos, outras síndromes e maus tratos.

Os dados denotam que os agravos de trabalho se mantiveram com percentuais semelhantes comparando o período antes, durante e depois. Os agravos por contato

totalizaram 41% (n=1.894) nas notificações no período de 2008 a 2016, seguidos das quedas com 14% (n=629), penetrações e traumas diversos (n=487) e impactos (n=462) totalizaram 10%, acidentes de trânsito e/ou transporte registraram 8% (n=350), seguidos de 4% (n=208) de circunstância relativa às condições de trabalho e ao modo de vida, 3% (n=153) dos agravos foram mordeduras provocadas por animais e a categoria outras totalizou 2% (n=96) das notificações.

Os contatos foram os maiores causadores de agravos de trabalho na 12^a CRS/RS, segundo o censo agropecuário do IBGE (2017), o RS apresenta a maior frota de tratores do país, com 160.773 máquinas agrícolas, cerca de 47% da frota nacional, contudo, a utilização inadequada dos mesmos, causa acidentes de trabalho rurais. No estudo de Macedo et. al. (2014), os acidentes com máquinas agrícolas em rodovias federais foram mais notificados na BR-285, 18,69%, rodovia que cruza a região das missões. Os trabalhadores da agricultura e áreas afins estão em constante contato com máquinas, implementos, ferramentas manuais, animais domésticos e animais peçonhentos, que aliados com as jornadas de trabalho extenuantes propiciam a ocorrência de agravos de trabalho. No estudo de Fehlberg e Santos e Tomasi (2001) realizado em Pelotas, RS, apenas 29% dos trabalhadores acidentados buscaram tratamento, deste modo, os dados sobre agravos de trabalho por contato podem ser ainda maiores que os atualmente registrados em todas as regiões do RS.

As penetrações são frequentes em virtude do contato direto com agentes nocivos e nas atividades laborais, tais como manuseio de máquinas industriais, também podem ocorrer em acidentes domésticos, automobilísticos, práticas esportivas e agressões. As penetrações comumente atingem feixes musculotendíneos, feixes neurovasculares e ossos (ERAZO et al, 2017). Na local da pesquisa, os traumas e penetrações são a segunda causa de agravos de trabalho com 13% das notificações.

As quedas e impactos estão mais propensos a acontecerem na construção civil e no setor elétrico. Em um estudo realizado na Dinamarca, constatou que a maior parte das quedas ocorreu na zona rural, no turno da tarde e na construção civil, deste modo, foi concluído que o cansaço físico e mental é o agente que predispõe os agravos laborais (KINES, 2002). As quedas advêm de falhas nos equipamentos de trabalho utilizados na construção. Comumente a culpa do acidente é atribuída ao trabalhador pela execução dos atos inseguros, desta forma, são eximidas as culpas do processo de trabalho, gestão e organização (SANTANA; OLIVEIRA, 2004). As quedas e impactos são agravos comuns de ocorrerem e potencialmente graves, desta maneira, devem ser enfatizadas medidas preventivas nesta área, visto que os

Tabela 7 - CID Subgrupo (Fator Causal dos Agravos) na 12ª CRS/RS no período de 2008 a 2016

Fator Causal	Antes			Durante			Depois			Total
	2008 n (%)	2009 n (%)	2010 n (%)	2011 n (%)	2012 n (%)	2013 n (%)	2014 n (%)	2015 n (%)	2016 n (%)	
Agressão	10 (2)	21 (4)	16 (2)	27 (4)	27 (5)	37 (7)	33 (7)	13 (3)	6 (2)	190 (4)
Contatos	200 (41)	210 (43)	297 (40)	280 (40)	246 (42)	219 (41)	170 (37)	166 (43)	106 (39)	1.894 (41)
Circunstâncias gerais*	38 (8)	30 (6)	26 (4)	25 (4)	33 (6)	30 (6)	10 (2)	11 (3)	5 (2)	208 (4)
Impactos	42 (9)	42 (9)	73 (10)	83 (12)	57 (10)	55 (10)	46 (10)	43 (11)	21 (8)	462 (10)
Intoxicações	1 (0)	0 (0)	6 (1)	3 (0)	1 (0)	1 (0)	2 (0)	3 (1)	3 (1)	20 (0)
Mordeduras*	20 (4)	20 (4)	28 (4)	22 (3)	12 (2)	20 (4)	11 (2)	14 (4)	6 (2)	153 (3)
Acidente trânsito e/ou transporte	44 (9)	40 (8)	46 (6)	57 (8)	38 (7)	34 (6)	43 (9)	29 (8)	19 (7)	350 (8)
Quedas	56 (11)	51 (10)	115 (16)	100 (14)	78 (13)	57 (11)	72 (16)	55 (14)	45 (17)	629 (14)
Exposições	16 (3)	21 (4)	27 (4)	14 (2)	22 (4)	21 (4)	21 (5)	10 (3)	18 (7)	170 (4)
Penetrações e traumas diversos	59 (12)	42 (9)	95 (13)	81 (11)	49 (8)	52 (10)	45 (10)	36 (9)	28 (10)	487 (10)
Outras	5 (1)	11 (2)	6 (1)	16 (2)	20 (3)	10 (2)	9 (2)	5 (1)	14 (5)	96 (2)
Total	491	488	735	708	583	536	462	385	271	4.659

Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

*Circunstância gerais: relativa às condições de trabalho e ao modo de vida.

*Mordeduras provocadas por animais.

trabalhadores da construção civil parecem não serem alvos comuns das medidas preventivas (IM et al., 2008).

Em relação aos acidentes de trânsito e/ou transporte foi possível verificar que os motociclistas são mais propensos a sofrerem este tipo de agravo, visto que, a utilização de motocicletas é uma opção barata para transporte de passageiros, entregas e mercadorias em geral. Os condutores de motos estão mais expostos nas vias públicas, em virtude das cobranças na produtividade comumente dirigem com velocidades altas e manobras arriscadas. Nesta categoria também estão os condutores de outros veículos motores ou não e pedestres, que aumentam quantitativamente as estatísticas (TAKESHITA, 2012). A região das missões que inclui nos dados São Paulo das Missões e Giruá, conta com 136.220 veículos, destes 56% são Automóveis e 21% são Motocicletas. Os acidentes fatais nesta região apontam que 39% das mortes envolvem vítimas de 18 a 34 anos (DETRAN/ RS, 2015). Nos municípios da 12ª CRS/RS, os acidentes de trânsito e/ou transporte foram responsáveis por 8% das notificações.

As agressões têm crescido nas grandes cidades, motivadas pela falta de emprego e violência, e os agravos de trabalho ocasionados pelas agressões são predominantes no setor Serviços e comércio e atingem 84% nas notificações (TAKESHITA, 2012). A região da 12ª CRS/RS, apresenta apenas 4% das notificações tendo como fator causal as agressões. A região apresenta índices baixos comparados com dados das cidades maiores, talvez pelo fato da região ser formada por pequenos municípios e por estar passando por declínio populacional desde 1970 (COREDE MISSÕES, 2017). Nesta subcategoria as notificações seguiram o mesmo padrão que as variáveis já analisadas, ou seja, apresentaram números maiores no período “Anterior” e menores no período “Posterior”.

A Tabela 8 aborda o CID Diagnóstico Principal que corresponde ao tipo de lesão que foi sofrida pelos trabalhadores. Na variável “Tipo de lesão (CID Diagnóstico Principal), foi verificado que o tipo de lesão mais notificado foi Lesões e ferimentos (articulares, motores, nervos, pele e esmagamentos) com 58% (n=2.710) das notificações.

No RS os traumatismos (traumas de mão e punho, 35,9%) são as lesões mais frequentes (DAPPER; NUSSBAUMER, 2016). Contudo, em estudo realizado em Porto Alegre, foi constatado a prevalência das notificações na categoria “contato com materiais ou à exposição às doenças transmissíveis”, seguidos de traumatismos e na terceira colocação estão as lesões e ferimentos (RODRIGUES; BELLINI, 2018). Para Franz e Cargnin (2017), as lesões e ferimentos possuem risco aumentado de ocorrer, pois quase em todas as atividades laborais são utilizadas as mãos e punhos. Em estudo realizado em Pernambuco de 2011 a 2103 foi

constatado que a principal parte do corpo atingida com agravos são as mãos com lesões e ferimentos (CAMPOS; GURGEL, 2016).

Na 12ª CRS/RS, os agravos mais notificados foram as lesões e ferimentos (articulares, motores, nervos, pele e esmagamentos) totalizando 2.710 casos de 2008 a 2016. Foi verificado que os agravos em relação ao tipo de lesão sofreram decréscimo no período posterior a PNSST em comparação com o período anterior. Deste modo, na 12ª CRS/RS as lesões e ferimentos totalizaram 59% dos casos e 14% foram os traumatismos, resultados similares com os informados pela Previdência Social em 2014, que apontou prevalência de lesões de punho e mão pela maior exposição destas partes corpóreas durante o desempenho da atividade laboral (PREVIDÊNCIA SOCIAL, 2014). Em relação ao fator causal dos agravos, foi observado que dentre as notificações, 41% dos agravos foi causado por contatos. E as notificações decresceram no período “Depois”, exceto as notificações “Outros agravos relacionados ou não com o trabalho”, que passaram de 5% no período “Anterior” e totalizam 18% no período “Depois”. As notificações nesta categoria são notificações mais gerais, tais como, penetrações, hérnia inguinal, lisérgida, neoplasias, perfurações e afecções de ouvido, abuso sexual, moral, assédio e depressões e por este fato não eram usualmente notificadas, deste modo, ocorreu acréscimo nesta categoria, também as notificações aumentaram nesta categoria em virtude das neoplasias. A região noroeste do RS é uma das campeãs no uso de químicos nas propriedades rurais. Entre os anos de 2010 e 2016 foram notificadas 112 mortes fatais envolvendo agrotóxicos e pesticidas (INCA, 2016; CEVS, 2017). Assim, com o SIST estas notificações foram incluídas e denotam que a PNSST promoveu melhora nas notificações dos indicadores dos agravos de trabalho.

A política pública de saúde do trabalhador foi um marco para a classe trabalhadora, visto que os agravos de trabalho podem ser influenciados pelas características socioambientais e pelas desigualdades sociais, porém, os indivíduos são livres para a escolha do modelo de vida, sendo responsáveis por suas decisões e com regulação social sobre as mesmas (ASCARI, 2013).

Tabela 8 - Agravos de Trabalho Conforme Tipo de Lesão, por período na 12ª CRS/RS

Tipo de Lesão	Antes			Durante			Depois			Total
	2008 n (%)	2009 n (%)	2010 n (%)	2011 n (%)	2012 n (%)	2013 n (%)	2014 n (%)	2015 n (%)	2016 n (%)	
Fratura	30 (6)	26 (5)	50 (7)	36 (5)	27 (5)	26 (5)	18 (4)	12 (3)	18 (7)	243 (5)
Amputações	20 (4)	14 (3)	19 (3)	22 (3)	20 (3)	13 (2)	9 (2)	7 (2)	4 (1)	128 (3)
Queimadura e Corrosão	13 (3)	12 (2)	16 (2)	16 (2)	11 (2)	20 (4)	10 (2)	6 (2)	5 (2)	109 (2)
Traumatismo	125 (25)	88 (18)	130 (18)	119 (17)	56 (10)	61 (11)	72 (16)	44 (11)	17 (6)	712 (15)
Lesões oculares*	6 (1)	3 (1)	14 (2)	6 (1)	4 (1)	11 (2)	5 (1)	6 (2)	4 (1)	59 (1)
Lesões e ferimentos\$	266 (54)	316 (65)	433 (59)	413 (58)	368 (63)	343 (64)	246 (53)	178 (46)	147 (54)	2.710 (58)
Exposições e contatos#	12 (2)	14 (3)	41 (6)	39 (6)	30 (5)	21 (4)	35 (8)	8 (2)	5 (2)	205 (4)
Outros agravosπ	19 (4)	15 (3)	32 (4)	57 (8)	67 (11)	41 (8)	67 (15)	124 (32)	71 (26)	493 (12)
Total	491	488	735	708	583	536	462	385	271	4.659

Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

*Lesões oculares: Corpo estranho no olho, conjuntivite ou neurite óptica.

\$Lesões e ferimentos (articulares, motores, nervos, pele e esmagamentos).

#Contatos com ou exposição a doenças transmissíveis, ou efeitos tóxicos de gases e afins.

πOutros agravos relacionados ou não com o trabalho.

Na Tabela 9 apresenta-se os fatores relacionados com os tipos de agravos de trabalho na 12ª CRS/RS.

Tabela 9 - Agravos de trabalho na 12ª CRS/RS no período de 2008 a 2016, conforme os Fatores Relacionados com os Agravos de Trabalho

Fatores		Tipos Agravos			p
		Ac. Típico n %	Ac. Trajeto n %	Doenças n %	
Sexo	Mas.	3.311 (93,3)	202 (5,7)	34 (1,0)	p<0,001
	Fem.	839 (88,0)	86 (9,0)	28 (2,9)	
	Total	4.150(100)	288 (100)	629 (100)	
Escolaridade	11 ≤anos (Baixa)	3.210 (93,8)	176 (5,1)	37 (1,1)	p<0,001
	11 >anos (Alta)	940 (87,2)	112 (10,3)	25 (2,5)	
	Total	4.150 (100)	2889(100)	62(100)	
Tipo de vínculo	CLT	1.181 (89,8)	110 (8,3)	24 (1,9)	p<0,008
	Não CLT	2.369 (92,7)	150 (5,8)	38 (1,5)	
	Total	3.550 (100)	260(100)	62(100)	
Faixa Etária	18-24 anos	617 (88,7)	68 (9,8)	10 (1,5)	p<0,001
	25-44 anos	1.847 (91,7)	134 (6,7)	32 (1,6)	
	45-69 anos	1.542 (94,0)	80 (4,8)	19 (1,2)	
	+69 anos	144 (95,4)	6 (4,0)	1 (0,6)	
	Total	4.150(100)	288(100)	62(100)	

Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

Observação: Considerou-se as duas faixas etárias (18-44 anos e de 45 a +69 anos) no teste qui-quadrado.

Observou-se associação significativa ($p<0,001$) entre sexo e tipo de agravo. Nos acidentes típicos, 93,3% dos acometidos são homens e 88,0% mulheres. Nos acidentes de trajeto a prevalência é aumentada no sexo feminino 9,0% e 5,7% nos homens. Nas doenças ocupacionais a prevalência foi maior no sexo feminino 2,9% e 1,0% no sexo masculino.

O tipo de agravo tem associação significativa ($p<0,001$) com a escolaridade dos trabalhadores, ou seja, a baixa escolaridade é um fator que predispõem agravos de trabalho na 12ªCRS/RS. Nos trabalhadores com menos de 11 anos de escolaridade, 93,8% sofreram acidentes típicos, 5,1% sofreu acidentes de trajeto e 1,1% dos trabalhadores foi afetado por doenças ocupacionais. A baixa escolaridade é um dos fatores que predispõe a ocorrência de agravos de trabalho, pois os trabalhadores se submetem a trabalhos com condições precárias e possuem dificuldades para usar os EPIs corretamente quando os possuem (FRANZ;

CARGNIN, 2017). Na 12ª CRS/RS há a predominância de notificações de agravos de trabalho com baixa escolaridade, cerca de 46% das notificações em trabalhadores com ensino fundamental incompleto. Estes resultados são compatíveis com o IDESE no qual o COREDE Missões apresenta índices superiores ao do estado, a região apresenta 0,724 e o estado 0,679. No bloco de educação o município de São Pedro do Butiá apresenta o maior índice 0,807 e o município de São Nicolau o pior 0,570. Denota-se carências educacionais na faixa etária de adultos com índices inferiores aos estaduais nos municípios da 12ªCRS/RS, justificando a predisposição aumentada dos trabalhadores com menor escolaridade em sofrer agravos de trabalho (COREDE MISSÕES, 2017; BOTH et al., 2017).

Na associação entre os tipos de agravos com “trabalhadores CLT” e “trabalhadores não CLT” foi verificada associação significativa ($p < 0,000,8$). A prevalência observada que entre os trabalhadores celetistas 89,8% sofrem acidentes típicos, 8,3% sofrem acidentes de trajeto e 1,9% dos trabalhadores celetistas sofrem doenças ocupacionais. Já no grupo de trabalhadores não CLT, 92,7% dos trabalhadores sofrem acidentes típicos, 5,8% dos trabalhadores são acometidos por acidentes de trajeto e 1,5% de doenças ocupacionais.

Quanto a faixa etária existe associação significativa ($p < 0,000$), com prevalência na faixa etária de 18-24 anos, onde 88,7% dos agravos são típicos, 9,8% são de trajeto e 1,5% são doenças ocupacionais. Entre trabalhadores de 25-44 anos, os acidentes típicos totalizam 91,7%, os acidentes de trajeto 6,7% e as doenças ocupacionais 1,6% dos casos. Na faixa etária de 45-69 anos, 94,0% dos trabalhadores são acometidos por acidentes típicos, 4,8% dos trabalhadores sofrem acidentes de trajeto e 1,2% dos trabalhadores sofrem doenças ocupacionais. Na faixa de idade superior a 69 anos, 95,4% dos trabalhadores sofrem acidentes típicos, 4,0% dos trabalhadores são acometidos por acidentes de trajeto e 0,6% por doenças ocupacionais.

Conforme, já foi discutido, os dados do último censo IBGE (2010), apontam que o setor agropecuário responde por cerca de 14,2% de PEA do país. O Brasil possui uma fronteira agrícola extensa. A agropecuária e construção são os setores com menor participação feminina, assim, o sexo masculino culturalmente ocupa postos de trabalho mais perigosos, como a agropecuária, onde os riscos de ocorrência de agravos de trabalho são altos, influenciados pela mecanização do campo, precariedade de condições laborais e acesso a serviços de saúde (FERREIRA-DE-SOUSA; SANTANA, 2016). O sexo feminino possui participação maior nos setores de educação, saúde e serviços sociais com 65% e cerca de 44% no setor de alojamento e alimentação (RASEAM, 2014). O CNAE com maior participação na geração de valor e renda na 12ª CRS/RS é o setor Serviços (COREDE MISSÕES, 2017).

Como o CNAE Serviços possui a maior concentração laboral empregada, predispõe os seus trabalhadores a sofrer agravos de trabalho (HENNINGTON; MONTEIRO, 2006) contraditoriamente ao que se observa, pois, o setor “Serviços” é visto como um ramo de trabalho mais seguro que outros (BARATA, 2009).

Na região da 12ª CRS/RS há um predomínio de mulheres com 50,66% da população total. Nos municípios de maior porte, como, Santo Ângelo e São Luiz Gonzaga está a maior concentração de mulheres na zona urbana, seguidos pelos municípios de Cerro Largo, Entre-Ijuís e Eugênio de Castro, com menor proporção. Os outros municípios de pequeno porte têm predomínio de população rural e masculina (COREDE MISSÕES, 2017).

Na análise descritiva das variáveis foi verificado que o CNAE Serviços apresenta 44% (n= 2.063) das notificações na 12ª CRS/RS, seguidos da Agropecuária (agricultura e pecuária), pesca e silvicultura que registrou 26% (n=1.199) das notificações, sendo que destas 1.012 ocorreram no sexo masculino. Neste âmbito, a probabilidade de um trabalhador do sexo masculino que desempenha atividades na Agropecuária sofrer um agravo causado por “contatos” (fator causal) e apresentando “lesões e ferimentos” como tipo de lesão é 8,3%, ou seja, cerca de duas vezes maior que no sexo feminino (4,2%) (Tabela 10).

A situação é díspar em relação ao CNAE Serviços, onde as mulheres apresentam quase duas vezes (18,6%) mais chance de ocorrência de agravos tendo como fator causal os “contatos” e como tipo de lesão “ferimentos e lesões” em comparação com os homens (9,9%). Segundo dados da OIT (2016), as mulheres enfrentam disparidades de gênero no campo laboral, acarretando níveis menores de proteção social global. Segundo IBGE (2014) as mulheres são sobrecarregadas pelas jornadas duplas de trabalho, que delegam a elas a responsabilidade de cuidar dos afazeres domésticos e da família, assim o sexo feminino trabalha em média 4 horas semanais mais que os homens.

Deste modo, Barata et. al (2009) em seu inquérito de saúde realizado em São Paulo afirmou que os trabalhos femininos são mais monótonos, com baixos salários, repetitivos, sem possibilidade de ascensão na carreira profissional com vínculos trabalhistas precários. Todos estes fatores seriam causadores e agravantes de transtornos físicos e mentais, inerentes a informalidade, acidentes de trajetos e doenças ocupacionais, justamente para onde a maioria dos estudos convergem e concordam onde há o maior índice de subnotificação.

O estudo de Zavarese (2015) denotou que os agravos laborais observados em duas empresas da pesquisa apontaram que a maioria dos afastamentos ocorreu na faixa etária de 18-45 anos, no sexo feminino e causado por doenças ocupacionais e com escolaridade variando entre a básica até ensino médio completo, também foi observado no estudo que os

trabalhadores mais experientes são perspicazes e prudentes, assim reconhecem os perigos e evitam agravos laborais em comparação com os trabalhadores com escolaridade diminuída

Tabela 10 - Probabilidade de Ocorrência de Agravos de Trabalho em Relação ao Sexo para o Período de 2008 a 2016

Ocorrências		Masculino	Feminino	Total
	Notificações SIST	3.653	1.006	4.659
CNAE	Agropecuária	1.012	166	1.178
	Fator causal contatos	429	76	505
	Tipo de lesão: lesões e ferimentos	303	43	346
	Probabilidade	8,3	4,2	7,4
	Serviços	1.298	708	2.006
	Fator causal contatos	477	232	709
	Tipo de lesão: lesões e ferimentos	362	187	549
	Probabilidade	9,9	18,6	11,8

Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

Em relação a escolaridade e a idade, o estudo de Barata (2009), referiu que o acesso e a procura aos serviços de saúde é menor entre jovens, do sexo masculino e com menor escolaridade, assim, é possível concluir por estes fatores as doenças ocupacionais são subnotificadas, e também pela informalidade, na qual o trabalhador não possui cobertura pecuniária e na visão do trabalhador de nada adianta notificar e buscar atendimento de saúde especializado, pois não receberá nenhum auxílio e deverá continuar trabalhando. Ainda, ocorrem entraves políticos no âmbito da vigilância epidemiológica dos municípios, ocasionado poucos investimentos dos gestores neste campo, despreparo dos gestores em relação as ações laborais e despreparo técnico dos profissionais que atuam nesta área (SILVA et. al., 2017).

O estudo de Rio et al. (2015) realizado, concluiu que há associações entre agravos de trabalho e sexo, idade e escolaridade, denotando que a incidência foi 32% maior no sexo masculino em comparação com o sexo feminino. Tem relação a faixa etária o risco de trabalhadores com idade inferior a 30 anos foi de 3,53 maior em comparação com as outras faixas etárias, contudo, este estudo não estabeleceu diferenças de ocorrência entre os sexos e CNAEs.

A probabilidade aumentada no sexo feminino na pesquisa no CNAE serviços foi contraditório aos estudos abordados na pesquisa (COVISA, 2008; SINAM, 2009; CHAGAS; SALIM; SERVO, 2009; SILVA, 2013; MALTA et al., 2013; RIO et al., 2015). O que denota

que apenas analisar o sexo sem associar variáveis e características dos agravos, não é suficiente para gerar dados conclusivos e fidedignos.

Porém, na visão de Almeida e Barbosa (2011) em alguns casos as subnotificações ainda persistem nos casos de acidente com tempo de recuperação menor que 16 dias consecutivos, pois nestes casos não há expedição do NTEP e concessão de benefício nos trabalhadores celetistas. Para Mendes et. al (2015), a PNSTT só será efetiva quando for dada visibilidade aos agravos através da correta notificação e ações longitudinais, pois, é comum notificar apenas agravos em casos abruptos e graves, nos casos menos graves e lentos persiste a invisibilidade e a subnotificação. Em todos os municípios do RS, persistem baixos registros de agravos, caracterizando as subnotificações, também foi apontado neste estudo a baixa interlocução entre os Conselhos Regionais de Saúde e a Coordenadoria Regional de Saúde. A grande lacuna deficitária dos agravos de trabalho é as subnotificações e segundo dados das OIT (2013), nos países subdesenvolvidos latinos apenas 6,7% dos acidentes são notificados, assim o Brasil está na quarta posição mundial em óbitos no trabalho.

Neste espectro a PNSTT/2012 preconizou instrumentos de notificações que avançaram com o SIST/RS, no entanto, há necessidade de interligar e fortalecer as vigilâncias municipais, a rede de atenção do SUS com outros setores da sociedade em prol de ações práticas mais efetivas, principalmente a fiscalização dos ambientes laborais levando em consideração as especificidades e singularidades locais e regionais. Para Mendes et. al. (2015), não existe uma rede organizada para atender as doenças ocupacionais e os acidentes de trabalho. A rede é pautada na PNSTT e depende da estrutura e organização de cada município, logo nos municípios em que a PNSTT, a atenção básica e a vigilância não são estruturadas, não existe uma saúde laboral eficiente. Os gestores não entendem o CEREST como regional e existe falha na referência e contrarreferência dos agravos.

No campo de saúde laboral foram outorgados vários avanços, contudo, as ações municipais necessitam ser realizadas em consonância com o SUS. Na visão de Otani (2003), a saúde do trabalhador no SUS apresenta abundante aporte jurídico, porém, é ineficiente, em decorrência de problemas estruturais e conjunturais. A gestão plena da Atenção Básica (AB) significa realizar ações em consonância com a PNSTT, tais como, fiscalizar os ambientes e processo de trabalho, sistematizar e analisar os dados dos agravos de trabalho a fim de subsidiar ações eficazes, titulando a esfera municipal um papel ativo e central. As políticas de saúde mais especificamente a PNSTT devem coadunar ações para fomentar os princípios do SUS, tais como, promoção, proteção, e recuperação da saúde das pessoas e da totalidade (LUCCHESI, 2004). A saúde básica é amplamente capilarizada e descentralizada, contudo,

não consegue reconhecer os seus usuários primeiramente como trabalhadores e assim, não estabelece a real necessidade do trabalhador e a sua demanda por saúde (MENDES et. al, 2015). Outra preocupação e lacuna sobre a ótica dos acidentes é a não correlação tardia desses acidentes com doenças ocupacionais, tais como, os impactos que são causados na vida familiar das vítimas e também as sequelas crônicas e tardias dos agravos que não são notificados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

O SIST preconizou mudanças relevantes nas notificações dos agravos de trabalho com inserção de todos os trabalhadores, contudo, os vulneráveis denotam maior atenção e ações em consonância com o artigo 8º da PNSTT/2012 que pontua com um dos objetivos da referida lei; identificar as atividades laborais dos trabalhadores e possíveis situações de risco. [CENTRO ESTADUAL DE VIGILANCIA EM SAÚDE(CEVS), 2016; BRASIL, 2012]. O SIST preconiza que todos os agravos de trabalho devem ser notificados, contudo, ainda é provável que episódios menos graves não sejam notificados (RIO et al., 2015). É vital identificar as atividades produtivas do município e o perfil da população trabalhadora através das ações da atenção básica e Vigilância epidemiológica, conforme preconiza a PNSTT/2012 (BRASIL, 2012). O SIST denota ser um sistema descentralizado, regional e pautado no princípio da integralidade do SUS, pois todos os agravos de trabalho suspeitos provocados por causas externas e riscos ambientais ou confirmados devem ser notificados. Em comparação com o CAT, o SIST se mostrou abrangente (FRANZ; CARGNIN, 2017).

O emprego informal vem aumentando e com ele as subnotificações, a PNSTT necessita pôr em prática ações de mapeamento e fiscalização das condições laborais nos ambientes de trabalho como preconiza o parágrafo 7º da referida política (BRASIL, 2012). Deste modo, as informações coletadas e estruturadas devem embasar ações nos grupos mais vulneráveis. A OIT (2013) estima que 2,34 milhões de pessoas morrem anualmente em decorrência de doenças relacionadas com o trabalho e acidentes, destas 2,02 milhões morre de doenças causadas pelo desempenho da atividade profissional. As doenças ocupacionais e os acidentes de trajeto apresentam baixas notificações na 12ª CRS/RS.

As políticas públicas de saúde sobre o espectro do PNSTT/2012 protagonizaram avanços nos atendimentos de trabalhadores vítimas de agravos laborais, sobretudo com a instituição do SIST que possibilitou coletar dados epidemiológicos mais fidedignos para construir ações concretas e pautadas na raiz causal da problemática. Contudo, os serviços e ações são fragmentados e o enfoque ainda é pautado sobre o modelo curativo e com enfoque individual. Para Costa et. al. (2013), a política laboral alicerçada em 1978 prevalece, sem na prática acrescentar mudanças substanciais nas portarias e leis subsequentes e o tripé das

políticas públicas laborais está ancorado sobre um modelo de desenvolvimento hegemônico. A saúde do trabalhador está centrada na disputa capital X social, contudo, a PNSTT é ampla e contempla a transversalidade de ações de saúde e o trabalho como possível determinante de saúde-doença. Deste modo, a sua efetivação passa pelo empenho coletivo de todos os atores sociais.

5 CONCLUSÃO

Os agravos de trabalho são considerados um problema de saúde pública e o SUS em consonância com a PNSTT/2012 juntamente com a sociedade devem erradicá-los ou minimizá-los.

Este estudo analisou as notificações do SIST, através das RINA, no período de 2008 a 2016 para os 24 municípios da 12ª CRS/RS. Buscando descrever as variáveis ocupacionais, sociodemográficas e as características dos agravos de trabalho. Os dados na pesquisa foram divididos em “Antes”, “Durante” e “Depois” a PNSTT e analisados por categoria.

Comparando os períodos “Antes”, “Durante” e “Depois” as notificações diminuíram em quase todos os grupos, com exceção no CNAE Serviços e “Outros Agravos”. Assim, com a promulgação da PNSTT ocorreram muitos avanços, contudo, há muitas dificuldades a serem enfrentadas, principalmente na aplicação das diretrizes da PNSTT e problemas de gestão na implementação de ações efetivas. Para tornar prática uma política é necessário ações coletivas e envolvimento de todos os atores sociais em prol da construção de uma classe trabalhadora ativa socialmente, com saúde e consciente. Sem adotar um planejamento estratégico permeado na análise de setor produtivo e dos trabalhadores que o compõem, no controle social e participação social, e medidas cooperadas intersetoriais, dificilmente se propiciará modificações na cultura assistencialista dominante e, por conseguinte, as diretrizes e princípios da PNSTT não serão alcançados na prática.

As notificações por município denotaram que os municípios da 12ª CRS/RS com maiores coeficientes de prevalência são Sete de Setembro, Mato Queimado e Vitória das Missões. E os municípios com riscos menores em sofrer agravos laborais é Cerro Largo, Santo Antônio das Missões e São Borja. Em relação as variáveis sociodemográficas a maioria das notificações ocorreu no sexo masculino (78%). Quanto a faixa etária ocorreram mais notificações em adultos jovens de 25-44 anos (45%). Em relação a escolaridade a maioria das notificações no período ocorreu nos trabalhadores com ensino fundamental incompleto (44%), ou seja, com menor escolaridade.

As variáveis ocupacionais abordaram os tipos de agravos, o CNAE e o tipo e vínculo empregatício. Em relação ao tipo de agravo, os acidentes típicos foram os prevalentes na 12ª CRS/RS, com média de 88% das notificações. Os acidentes de trajeto apresentam números baixos na região, reforçando a hipótese de subnotificação. O que se verificou na 12ª CRS/RS foi um predomínio de pessoas adultas e idosas em virtude das mudanças demográficas na região. Deste modo, os acidentes de trajeto que ocorrem nos idosos parecem não fazer parte

das notificações, pois muitos idosos estão na inativa. Também, as pesquisas enfatizam os acidentes típicos em detrimento dos de trajeto, este fato acarreta escassez de estudos envolvendo acidentes de trajeto e ocasionam desconhecimento técnico e carência de atenção. Assim, é premente fomentar políticas para este tipo de agravo para tornar as notificações mais fidedignas, pois, caso contrário parte dos acidentes de trajeto ocorridos serão notificados como de trânsito incorretamente. É necessário criar sistemas conjuntos de notificações, tais como, do SIST com setores de segurança, trânsito e transporte, pois muitos acidentes de trajeto fazem parte das notificações de trânsito e muitos acidentes provocados por violências fazem parte das notificações de segurança, assim há uma segmentação das notificações e os dados notificados não traduzem a realidade regional.

Também foi relevante o número de notificações com a informação “Ignorado”, pois o tipo de agravo é um dado essencial nas notificações. Neste âmbito é levantada a hipótese do preenchido inadequado das notificações. Seria relevante ações de treinamento de profissionais, incentivos salariais, fiscalizar se todos os agravos realmente foram notificados, pois, agravos menores com resolutividade menor de 15 dias não são notificados. Em alguns municípios os profissionais da vigilância epidemiológica acumulam duas funções e/ou o repasse da função na vigilância epidemiológica para os profissionais do município ocorreu de forma abrupta e repentina, sem os profissionais passarem por nenhum treinamento para assumirem o novo cargo, deste modo, a estrutura da vigilância epidemiológica foi deficitária, com ausência de planejamento das ações e isolamento entre a coleta de dados e ação gerada, denotando pouca efetividade desta ação.

As doenças ocupacionais apresentaram baixa notificações no estudo. A problemática esbarra na classificação de doenças causadas pelo trabalho ou agravadas pelo trabalho. Faz-se necessário fomentar as notificações e investigações neste grupo, pois, segundo dados da OIT (2013), cerca de 2,02 milhões morrem de doenças causadas pelo desempenho da atividade profissional e a região responde por apenas 3% das notificações neste grupo.

Em relação ao tipo de vínculo empregatício, o SIST embasado nos princípios do SUS abarcou todos os trabalhadores inseridos na economia, se traduzindo como diferencial em relação a outros sistemas de informação. Foi evidenciado que a maioria das notificações ocorreu no grupo “Não Celetista” (64%), possivelmente por condições laborais insalubres. Os trabalhadores públicos não possuem políticas voltadas para os agravos que sofrem, apenas possuem o regime jurídico dos servidores, assim seria relevante desenvolver políticas para os mesmos.

Em relação ao CNAE foi verificado que 44% das notificações ocorreu no subgrupo Serviços. Na região do estudo o setor “Serviços” é o que mais gera valor e renda, com destaque para as cidades maiores da região. Os outros municípios de pequeno porte são basicamente rurais com ênfase no setor agropecuário. Deste modo, poderiam ser desenvolvidas políticas específicas para realidade local de cada município.

Quanto as características dos agravos, em relação ao fator causal 41% dos agravos foi causado por contatos, assim seria relevante estimular programas, treinamentos e ações a fim de diminuir os agravos deste grupo, bem como, disponibilizar e usar os EPIs corretamente e fiscalizar. Sobre o tipo de lesão foi constatado o predomínio das lesões e ferimentos (59%), com prevalência de lesões de punho pela maior exposição destas partes corpóreas durante o desempenho da atividade laboral.

Ao aplicar as associações entre variáveis foi constatado que o sexo masculino sofreu mais agravos de trabalho ($p < 0,001$). Nos acidentes típicos, há prevalência (93,3%) de ocorrerem em homens. A prevalência foi aumentada no sexo feminino nos acidentes de trajeto (9,0%) e nas doenças ocupacionais (2,9%).

O tipo de agravo está associado a escolaridade dos trabalhadores ($p < 0,001$), ou seja, a baixa escolaridade é um fator que predispõem agravos de trabalho na 12ªCRS/RS. Foi verificado que há relação entre o tipo de vínculo e os agravos de trabalho ($p < 0,001$). Nos trabalhadores celetistas a prevalência foi maior nos acidentes de trajeto (8,3%) e doenças ocupacionais (1,9%). Já no grupo de trabalhadores “não CLT”, a prevalência foi maior nos acidentes típicos (92,7%) A faixa etária e tipo de agravos possuem associação, ou seja, os agravos de trabalho estão associados as faixas etárias mais produtivas com ($p \leq 0,001$).

Na pesquisa foi encontrado maior probabilidade de ocorrência de agravos nos trabalhadores do sexo masculino que desempenham atividades na Agropecuária (8,3%), ou seja, cerca de duas vezes maior que no sexo feminino (4,2%). No CNAE Serviços, as mulheres apresentam quase duas vezes maior probabilidade (18,6%) de ocorrência de agravos tendo como fator causal os “contatos” e como tipo de lesão “ferimentos e lesões” em comparação com os homens (9,9%), influenciadas pelas taxas de urbanização na região da pesquisa e pelas condições desiguais de trabalho.

O SIST denotou ser um sistema descentralizado, regional e pautado no princípio da integralidade do SUS, pois todos os agravos de trabalho suspeitos provocados por causas externas e riscos ambientais ou confirmados devem ser notificados. Contudo, a lacuna deficitária esbarra na ausência de ligação intrasetorial e intersetorial entre os municípios e o SUS.

A atenção ofertada aos trabalhadores vítimas de agravos de trabalho evoluiu, no entanto, ainda é deficitária, pouco resolutive e com ênfase no âmbito curativo, pois não é efetiva na causa do problema; as relações sociais do trabalho. As notificações dos agravos ainda devem evoluir nos trabalhadores não CLT, e nas doenças ocupacionais, onde a subnotificação parece alta, visto que, é difícil, comprovar e investigar algo “subjetivo” e que não está visível.

As Universidades possuem relevante papel no desenvolvimento regional, cita-se o papel da Unipampa e suas ações no município de São Borja, caberia também a UFFS campus Cerro Largo fomentar o desenvolvimento regional através das políticas públicas, com ênfase nas políticas públicas de saúde. Neste tocante, seria relevante elaborações de planos regionais de desenvolvimento embasado na realidade da 12ª CRS/RS e também na interação com as variáveis econômicas. Os planos de desenvolvimento regional são essenciais no combate às desigualdades sociais e respectivamente nos agravos de trabalho, sobre este âmbito, treinamentos e planejamentos estratégicos com os gestores seriam úteis para encetar o desenvolvimento regional e estender para toda a sociedade. Sugere-se estudar melhor o município citado e seus programas para reproduzi-los na 12ª CRS/RS.

A gestão plena da Atenção Básica significa realizar ações em consonância com a PNSTT, a fim de subsidiar ações eficazes, titulando a esfera municipal um papel ativo e central. O grande desafio para a 12ª CRS/RS e/ou CEREST Missões seria um modelo regionalizado com informações epidemiológicas e ações para melhor compreender a realidade local. Os gestores poderiam e deveriam pautar suas políticas, ações e investimentos baseados nas notificações online interligadas em tempo real com o SIST. Também seria meritório fortalecer a vigilância epidemiológica dos municípios, uma maneira seria a não acumulação de cargos no serviço municipal e na vigilância e coibir o rodízio de funcionários na vigilância que em muitos casos assumem de maneira abrupta e sem treinamento. A PNSTT/2012 preconizou e deveria ter sido efetivado por cada município; traçar um perfil de seus trabalhadores e suas atividades laborais, traçar perfil morbimortalidade e relacionar os problemas de saúde com as atividades laborais, contudo, ainda isto não é uma realidade.

Sugere-se a realização de novos estudos, que enfoquem o estudo de caso dos municípios com maior e menor coeficiente de prevalência. A pesquisa analisou dados secundários, as discussões e análises foram embasadas nas notificações, deste modo, a limitação do estudo depende da veracidade das notificações. Este estudo buscou gerar subsídios para fomentar políticas públicas que diminuam as subnotificações em prol da dignificação do trabalho e dos trabalhadores, intuindo diminuir as desigualdades sociais e

regionais que atuam como fatores limitantes do desenvolvimento pleno da saúde dos trabalhadores e o aporte satisfatório de serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

- AGOSTINI, Márcia. **Saúde Do Trabalhador**. Scielo Book Online, Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: <<http://books.scielo.org>>. Acesso em 25 jul.2017.
- ALMEIDA, Junior César de; LIMA, Isaura Alberton de. **A Segurança e Saúde no Trabalho no Regime CLT e no Regime Estatutário: Uma Abordagem no Planejamento Governamental Comparando o Tema nos Dois Regimes**. *Revista Brasileira de Planejamento e Desenvolvimento.*, Curitiba, v. 7, n. 1, p. 2-28, jan./abr. 2018. Disponível em: <<https://periodicos.utfpr.edu.br/rbpd>>. Acesso em 10 nov. 2018.
- ALMEIDA, Paulo César Andrade. **Prevalência, Duração e Despesa Previdenciária da Incapacidade Temporária Por Acidentes de Trabalho no Brasil**. Dissertação De Mestrado, UNB, Brasília, 2011. Disponível em: <http://www.repositorio.unb.br/bitstream/10482/8746/1/2011_PauloCesarAndradeAlmeida.pdf>. Acesso em 20 jan. 2018.
- ALMEIDA, Paulo César Andrade; BARBOSA-BRANCO, Anadergh. **Acidentes De Trabalho no Brasil: Prevalência, Duração e Despesa Previdenciária dos Auxílios-Doença**. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*. São Paulo, 36 (124): 195-207, 2011. Disponível: <<http://www.scielo.br/pdf/rbso/v36n124/a03v36n124.pdf>>. Acesso em: 17 jan. 2018.
- ANPT (Associação Nacional Dos Procuradores Do Trabalho). **Os Elevados Índices de Acidentes de Trabalho Geram Um Grave Problema de Saúde Pública**. Brasília, DF, 2016. Disponível em: <<http://www.anpt.org.br/>>. Acesso em: 21 jan. 2018.
- AQUINO, José Damácio. **Considerações Críticas Sobre a Metodologia de Coleta e Obtenção de Acidentes de Trabalho no Brasil**. Dissertação de Mestrado, USP, São Paulo, 1996. Disponível: <<http://www.nrcomentada.com.br/download/teses&disserta%C3%A7%C3%B5es/19DissertacaoFEA.pdf>>. Acesso em: 02 jun. 2018.
- ARAÚJO, Romilda Ramos de; SACHUK, Maria Iolanda. **Os Sentidos do Trabalho e Suas Implicações na Formação dos Indivíduos Inseridos nas Organizações Contemporâneas**. *Revista de Gestão USP*, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 53-66, janeiro/março 2007. Disponível em: <<http://www.regeusp.com.br/arquivos/442.pdf>>. Acesso em: 07 fev. 2018.
- ARCURI, Arline; Sydnei Abel. **A Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador**. *INTERFACEHS-Revista De Gestão Integrada Em Saúde Do Trabalho E Meio Ambiente*, 2006. Disponível em: <http://www.interfacehs.sp.senac.br/br/resenhas.asp?ed=4&cod_artigo=73>. Acesso em: 26 jul. 2017.
- ASCARI, Rosana Amora; ZATTI, Cassio Adriano. **O Perfil Dos Acidentes De Trabalho Fatais Na Região Sul Do Brasil No Ano De 2010**. *Revista UNINGÁ Review* ISSN online. Vol.15, n.2, pp.18-22 (Jul. - set 2013).
- AZEVEDO, Roberta Guio et al., **Políticas de Saúde e Segurança do Trabalhador no Estado do Espírito Santo, Brasil**. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*, Vitória, 18(1): 68-76, jan. Mar, 2016. Acesso em: 03 jan. 2018.
- BALDO, Renata Cristina Silva; SPAGNUOLO, Regina Stella; MUNIZ, Ildeberto de

Almeida. **O Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência (SIATE) como Fonte de Informações de Acidentes de Trabalho em Londrina, PR.** Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, São Paulo, 40 (132): 147-155, 2015. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rbso/v40n132/0303-7657-rbso-0303-7657000091714.pdf>>. Acesso em: 02 out. 2018.

BARATA, Rita Barradas. **Como e Por Que as Desigualdades Sociais Fazem Mal à Saúde.** E-Book online. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009. Disponível em:<<https://static.scielo.org/scielobooks/48z26/pdf/barata-9788575413913.pdf>>. Acesso em 10 out. 2018.

BATISTA, Josemar; RODRIGUES, Suzane Cristina; LORDANI, Tarcisio Vitor Augusto; ANDOLHE, Rafaela. **Caracterização de Vítimas de Acidentes Laborais Atendidas em Unidade de Pronto Atendimento da Região Sul/Brasil.** Revista de Enfermagem da UFSM, 2015 Jul./Set.;5(3):540-551. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/16822/pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2018.

BINDER, Maria Cecília Pereira; CORDEIRO, Ricardo. **Sub-Registro de Acidentes do Trabalho Em Localidade do Estado de São Paulo, 1997.** Revista de Saúde Pública 2003;37(4):409-16. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v37n4/16774.pdf>>. Acesso em: 21 jan. 2018.

BLANCH, A. et al. **Age And Lost Working Days As A Result Of An Occupational Accident: A Study In A Shiftwork Rotation System.** Safety Science Journal, v. 47, p. 1359-1363, 2009.

BOTH, Bernardo; TRENNEPOHL, Dilson; LIMA, Jesildo Moura De; SIEDENBERG, Dieter Rugard. **Análise do Desenvolvimento Sócio-econômico: Um Estudo dos Municípios do COREDE Missões - RS.** Evento: XXII Jornada de Pesquisa, Ijuí, RS. Disponível em:<<https://www.unijui.edu.br/eventos>>. Acesso em: 12 out. 2018.

BRAGA, Daphne. **Acidente de Trabalho com Material Biológico em Trabalhadores da Equipe de Enfermagem do Centro de Pesquisas Hospital Evandro Chagas: um olhar da saúde do trabalhador.** Dissertação De Mestrado, Fundação Oswaldo Cruz, RJ, 2000. Disponível em: <<http://portaldes.icict.fiocruz.br/pdf/FIOCRUZ/2000/bragadm/capa.pdf>> Acesso em: 13 ago. 2017.

BRANCO, Maria Alice Fernandes. **Sistemas de Informação em Saúde no Nível Local.** Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, 12(2):267-270, abr-jun, 1996. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csp/v12n2/1512>>. Acesso em: 05 mar. 2018.

BRASIL. **Constituição Federal de 1988.** Constituição da República Federativa do Brasil. 16 ed. MORAES, Alexandre de (Org.). São Paulo: Atlas, 2000.

BRASIL. Decreto Nº 3.724, De 15 De Janeiro De 1919. Regula as obrigações resultantes dos acidentes no trabalho. **Diário Oficial Da União**, Rio de Janeiro, RJ, 1919. Disponível em:<<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1910-1919/decreto-3724-15-janeiro-1919571001-publicacaooriginal-94096-pl.html>> Acesso em 13 ago. 2017.

BRASIL. Decreto-lei n.º 5.452, de 1º de maio de 1943. Aprova a Consolidação das Leis do

Trabalho. **Diário Oficial Da União**, Brasília, DF, 1943. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/De15452.htm>. Acesso em: 30 jul. 2017.

BRASIL. **Evolução das Relações Trabalhistas: Da Era Industrial Até Os Dias Atuais: O Que Mudou Nos Acordos Entre Empregados E Patrões No Brasil E No Mundo.** 2011. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/economia-e-emprego/2011/04/evolucao-das-relacoes-trabalhistas>>. Acesso 05 fev. 2018.

BRASIL. **Lei 8.142/90.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial Da União**, Brasília, DF, 1990. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm>. Acesso em: 20 jul. 2017.

BRASIL. **Lei Nº 8212, 24 de julho 1991.** Belo Horizonte, 24 de julho 1991. Dispõe sobre a organização da Seguridade Social, institui Plano de Custeio, e dá outras providências. Superintendência Estadual do INSS, 1999. 12p. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8213cons.htm>. Acesso em: 25 mar. 2018.

BRASIL. **Lei Nº 8213, 24 de julho 1991.** Belo Horizonte, 24 de julho 1991. Dispõem sobre os planos de Previdência Social e dá outras providências. Superintendência Estadual do INSS, 1999. 12 p. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8213cons.htm>. Acesso em: 30 jul. 2017.

BRASIL. **Lei Nº 6.514, De 22 De Dezembro De 1977.** Altera o Capítulo V do Título II da Consolidação das Leis do Trabalho, relativo a segurança e medicina do trabalho e dá outras providências. **Diário Oficial Da União**, Brasília, DF, 1977. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6514.htm>. Acesso em: 30 jul. 2017.

BRASIL. **Lei no 8.080/90.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, da organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências (Lei Orgânica da Saúde). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1990.

BRASIL. Portaria Interministerial N.º 153, de 13 de fevereiro de 2004. Constituir Grupo de Trabalho Interministerial, composto por representantes dos Ministérios da Previdência Social, da Saúde e do Trabalho e Emprego. **Diário oficial da União**, 2004. Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_espelho_consulta.cfm?id=4013822&highlight=&bkp=pesqnorma&fonte=0&origem=0&sit=0&assunto=&qtd=10&tipo_norma=&numero=153&data=&dataFim=&ano=2004&pag=1>. Acesso em: 22 de jun. 2017.

BRASIL. PORTARIA N.º 3.214, 08 DE JUNHO DE 1978. Aprova as Normas Regulamentadoras -NR - do Capítulo V, Título II, da Consolidação das Leis do Trabalho, relativas à Segurança e Medicina do Trabalho. **Diário Oficial Da União**, Brasília, DF, 1978. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/sileg/integras/839945.pdf>> Acesso em: 13 ago. 2017.

BRASIL. 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. **Diário Oficial Da União**, 2004. Disponível em : <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt0777_28_04_2004.h>

tml>. Acesso em: 13 ago. 2017.

BRASIL. **Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. 1986. Disponível em :<http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf>. Acesso em: 17 jul. 2017.

BRASIL. Secretaria da Previdência. **Anuário Estatístico Da Previdência Social: AEPS 2015**. Brasília (DF), 2015. Disponível em:<<http://www.previdencia.gov.br/wp-content/uploads/2015/08/AEPS-2015-FINAL.pdf>>. Acesso em: 30 jul. 2018.

BRASIL. **Constituição**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL/SPM. **Relatório Anual Socioeconômico da Mulher – RASEAM 2013**. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, novembro de 2013. 170p. Disponível em:<<http://www.spm.gov.br/sobre/publicacoes/publicacoes/2013/raseam-interativo>>. Acesso em: 10 nov.2018.

CAMPOS, Adriana Guerra; GURGEL, Aline do Monte. **Acidentes de Trabalho Graves e Atividades Produtivas nas Regiões Administrativas de Saúde em Pernambuco: Uma Análise a Partir da Identificação de Aglomerados Produtivos Locais**. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, vol.41, 2016. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rbso/v41/2317-6369-rbso-41-e15.pdf>>. Acesso em: 03 set. 2018.

CARDOSO, Deoclécio; DORNELES DOS SANTOS, Leandro; POLACINSK, Edio. **A Estratégia Como Foco em um Plano de Desenvolvimento de um Arranjo Produtivo Local da Região das Missões**. Revista de Administração da UFSM, Santa Maria, v. 9, Ed. Especial, p. 122-136, AGO. 2016. Disponível em:<<file:///D:/Usu%C3%A1rio/Downloads/19505-111287-1-PB.pdf>>. Acesso em: 07 fev. 2018.

CARNEIRO FILHO, Camilo Pereira; SEVILLA, Gabriela Garcia; AVILA, Róber Iturriet. **Faixa de Fronteira do Rio Grande do Sul: Economia, Infraestrutura e Gestão do Território**. Secretaria do Planejamento, Gestão e Participação Cidadã, FEE, Porto Alegre, RS, 2012. Disponível em:<<https://www.fee.rs.gov.br/textos-para-discussao>>. Acesso em: 4 jul. 2018.

CARVALHO, Raphael Tardelli. **Acidentes de Trajeto no Brasil: Estatísticas, Causas e Consequências**. Unisul, Florianópolis, SC, 2018. Disponível em:<<https://riuni.unisul.br/handle/12345/4831>>. Acesso em: 12 out. 2018.

CAVALCANTI, Paula Arcoverde. **Sistematizando e Comparando os Enfoques de Avaliação e de Análise de Políticas Públicas: Uma Contribuição Para a Área Educacional**. Tese De Doutorado, Universidade Estadual De Campinas De Educação, 2007. Disponível em:<http://bdtd.ibict.br/vufind/Record/CAMP_e11bed20b0983869ed9f7dcbbb425ee2>. Acesso em: 02 ago. 2017.

CENTRO ESTADUAL DE EM VIGILÂNCIA EM SAÚDE/ CEVS/SES/RS. **Informativos Epidemiológicos 2016 e 2017**. Disponível em <<http://www.cevs.rs.gov.br/publicacoes>>. Acesso em: 20 mar. 2018.

CHAGAS, Ana Maria de Resende; SALIM, Celso Amorim; SERVO, Luciana Mendes Santos Servo (Organizadores). Saúde e segurança no trabalho no Brasil: os desafios e as possibilidades para atuação do executivo federal. **IN: Saúde e Segurança no Trabalho no Brasil: Aspectos Institucionais, Sistemas de Informação e Indicadores**. Brasília, IPEA, p.113-132, 2011.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **CNJ Serviço: Direitos do Trabalhador Acidentado Ou Que Adquire Doença Laboral**. Brasília, 2016. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/noticias/cnj/82907-cnj-servico-direitos-do-trabalhador-acidentado-ou-que-adquire-doenca-laboral>>. Acesso em: 15 abr. 2018.

CORDEIRO, Ricardo et al. **Subnotificação de Acidentes do Trabalho Não Fatais em Botucatu, SP, 2002**. Revista de Saúde Pública, 2005;39(2):254-50. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n2/24050.pdf>>. Acesso em: 05 mar. 2018.

COREDE MISSÕES. **Plano Estratégico de Desenvolvimento da Região das Missões**. Berenice Beatriz Rossner Whatuba et al. (Orgs). Santo Ângelo: FURI, 2017. Disponível em:<<http://planejamento.rs.gov.br/upload/arquivos/201710/09152209-plano-missoes.pdf>>. Acesso em: 03 mar. 2018.

COSTA, Danilo; LACAZ, Francisco Antônio de Castro; JACKSON FILHO, José Marçal; VILELA; Rodolfo Andrade Gouveia . **Saúde do Trabalhador no SUS: Desafios Para Uma Política Pública**. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, São Paulo, v. 38, n. 127, p. 11-21, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S03037657201300100003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 26 jul. 2017.

COVISA. Coordenação de Vigilância em Saúde. **Vigilância em Saúde do Trabalhador: Acidentes de Trabalho**. Município de São Paulo 2003 a 2007. Boletim N.1, São Paulo, 2008. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/chamadas/guia_saude_trabalhador_web_1270047470.pdf>. Acesso em: 19 jul. 2018.

DAPPER, Virgínia; NUSSBAUNER, Luciana. **Trabalho como Condicionante de Saúde: Agravos Relacionados ao Trabalho Atendidos na Rede Básica do RS, 2011 a 2015**. Boletim Epidemiológico, v.18 | n. 3/setembro 2016 e n. 4/dezembro 2016. Disponível em:< <http://www.cevs.rs.gov.br/upload/arquivos/201706/21151502-81776-be-v18-n34-2016.pdf>>. Acesso em: 27 jan. 2018.

DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS (DIEESE). **Estudo Setorial da Construção 2012**. Disponível em:<<https://www.dieese.org.br/estudosetorial/2012/estPesq65setorialConstrucaoCivil2012.pdf>>. Acesso em: 08 ago. 2018.

DETRAM/RS. **Diagnóstico de Trânsito na Região Missões. Dados de 2007 a 2015. Fonte: PROCERGS**. Disponível em:<<http://www.detrans.rs.gov.br/>>. Acesso em: 16 ago. 2018.

DETRAN. **Diagnóstico do Trânsito na Região das Missões**. Assessoria Técnica - Gestão e Planejamento, dados de 2007 a 2015, RS. Disponível em: < <http://www.detrans.rs.gov.br/conteudo/27457/analise-das-regioes-do-rs>>. Acesso em: 02 out. 2018.

DI NUBILA, Heloisa Brunow Ventura; BUCHALLA, Cassia Maria. **Papel das Classificações da OMS - CID e CIF Nas Definições de Deficiência e Incapacidade.** Revista Brasileira de Epidemiologia, 2008; 11(2): 324-35. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v11n2/14.pdf>>. Acesso: em 17 jan. 2018.

DIAS, Elisabeth Costa; MENDES, Rene. **Saúde do Trabalhador.** In: Roquayrol MZ, Almeida Filho N. Epidemiologia e Saúde. 5a ed. Rio de Janeiro: Medsi; 1999. p. 431-56.

ERAZO, Jaime Piccaro; SABONGI, Rodrigo Guerra; MORAES, Vinicius Ynoe de; SANTOS, João Baptista Gomes; FALLOPA, Flávio; BELLOTI, João Carlos. **Ferimentos Penetrantes No Membro Superior: Prevalência e Etiologia.** Revista Brasileira de Ortopedia e Traumatologia, 2018. Disponível em:<<https://doi.org/10.1016/j.rbo.2017.12.017>>. Acesso em: 17 ago. 2018.

FACCHINI, Luiz Augusto; NOBRE, Letícia Coelho da Costa; FARIA, Neice Muller Xavier; FASSA, Anaclaudia Gastal; THUMÉ, Elaine; TOMASI, Elaine; SANTANA, Vilma. **Sistema de Informação em Saúde do Trabalhador: Desafios e Perspectivas para o SUS.** Revista Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2005, vol.10, n.4, pp.857-867. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n4/a10v10n4.pdf>>. Acesso em: 31 jul. 2018.

FACHONE, Savana Leão. **Design e Artesanato: O Sentido do Fazer Manual Na Contemporaneidade.** Dissertação de Mestrado, Universidade Anhembi Morumbi, São Paulo, 2012. Disponível em: <<http://sitios.anhembi.br/tesesimplificado/bitstream/TEDE/1608/1/Savana%20Leao%20Fachone.pdf>>. Acesso em: 25 fev. 2018.

FEE. FUNDAÇÃO DE ECONOMIA E ESTATÍSTICA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. Disponível em:< <http://www.fee.rs.gov.br/>>. Acesso em: 06 de outubro de 2018.

FERREIRA, Marcelo José Monteiro; LIMA, Romênia Kelly Soares de; SILVA, Ageo Mário Cândido da; BEZERRA FILHO, José Gomes; CAVALCANTI, Luciano Pamplona de Góes. **Vigilância dos Acidentes de Trabalho em Unidades Sentinela em Saúde do Trabalhador no Município de Fortaleza, Nordeste do Brasil.** Revista Ciência & Saúde Coletiva, 22(10):3393-3402, 2017. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n10/1413-8123-csc-22-10-3393.pdf>>. Acesso em: 29 jul. 2018.

FERREIRA-DE-SOUSA, Flávia Nogueira; SANTANA, Vilma Sousa. **Mortalidade Por Acidentes de Trabalho Entre Trabalhadores da Agropecuária no Brasil, 2000-2010.** Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 32(4):e00071914, abr., 2016. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n4/1678-4464-csp-32-04-e00071914.pdf>> Acesso em: 07 ago. 2018.

FIGUEIREDO, Roberta Kelly; CARGOS, Mirela Castro Santos. **Acidentes de Trabalho em Servidores Públicos: Uma Análise do Processo de Notificação Pela Administração Pública de Minas Gerais.** XXXVII ENPAD, Rio de Janeiro, RJ, 2013. Disponível em: <http://www.anpad.org.br/admin/pdf/2013_EnANPAD_APB503.pdf>. Acesso em: 01 ago. 2018.

FRANZ, Eloise Cristine; CARGNIN, Marcia Casaril dos Santos. **Agravos Relacionados Com o Trabalho Notificados no Sistema de Informações em Saúde do Trabalhador.** Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI, Campus de Frederico

Westphalen, 2015-2016. Revista Cogitare de Enfermagem. (23)2: e52345, 2018. Disponível em: <<http://ww.wsaudeufpr.br/portal/revistacogitare/wp-content/uploads/sites/28/2018/04/52345-231495-1-PB.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2018.

FREY, Klaus. **Políticas públicas: Um Debate Conceitual e Reflexões Referentes à Prática da Análise de Políticas Públicas no Brasil**. Revisão e ampliação do segundo capítulo da tese de doutorado (Frey, 1997). Revista Planejamento e Políticas Públicas, Nº 21 – jun. De 2000. Disponível:<<http://www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/view/89>>. Acesso em: 02 ago. 2017.

GALDINO, Adriana; SANTANA, Vilma Sousa; FERRITE, Silvia. **Qualidade do Registro de Dados Sobre Acidentes de Trabalho Fatais no Brasil**. Revista Saúde Pública. 2017;51:120. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872017051000064.pdf>. Acesso em: 28 jul. 2018.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6. ed., São Paulo. Atlas, 2008.

GÓMEZ, Carlos Minayo. **Avanços E Entraves Na Implementação Da Política Nacional De Saúde Do Trabalhador**. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, São Paulo, 38 (127): 11-30, 2013. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rbso/v38n127/v38n127a04.pdf>>. Acesso em: 09 jan. 2018.

GÓMEZ, Carlos Minayo; LACAZ, Francisco Antônio de Castro. **Saúde do trabalhador: novas - velhas questões**. Revista Ciência & Saúde Coletiva, 10(4): 797-807,2005. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n4/a02v10n4.pdf>>. Acesso em 10 jan. 2018.

GONÇALVES FILHO, Anastácio Pinto; RAMOS, Magna Fernandes. **Acidente de Trabalho Em Sistemas de Produção: Abordagem e Prevenção**. Revista Gestão &Produção, São Carlos, v. 22, n. 2, p. 431-442, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/gp/v22n2/0104-530X-gp-22-2-431.pdf>>. Acesso em: 23 jan. 2018.

GUETHS, Eduardo. **O Impacto Econômico dos Acidentes de Trabalho na Indústria da Construção Brasileira entre 2002 e 2006**. Dissertação De Mestrado, Porto Alegre, 2009. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Disponível em:<<http://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/2640/1/000413896-Texto%2bCompleto-0.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2018.

HENNINGTON, Élide Azevedo; MONTEIRO, Márcia. **O Perfil Epidemiológico dos Acidentes de Trabalho no Vale dos Sinos e o Sistema de Vigilância em Saúde do Trabalhador**. Revista História, Ciências, Saúde, v. 13, n. 4, p. 865-76, out.- dez. 2006 Manguinhos, Rio de Janeiro. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v13n4/04.pdf>>. Acesso em: 01 out. 2018.

HÖFLING, Eloisa De Mattos. **Estado e Políticas (Públicas) Sociais**. Cadernos Cedex, ano XXI, nº 55, novembro/2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0101-32622001000300003&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em 03 jul. 2017.

HULLEY, Stephen B; CUMMINGS, Steven R.; BROWNER, Warren S.; GRANDY, Deborah; HEARST, Norman; NEWMAN, Thomas B. **Delineando a Pesquisa Clínica: Uma Abordagem Epidemiológica**. Tradução de Michael Schmidt Duncan e Ana Rita Peres. 2 ed.

Porto Alegre: Artmed, 2003.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico**, 2010. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br>> Acesso em: 30 jan. 2018.

IBGE, Instituto Brasileiro De Geografia E Estatística. **Economia Informal Urbana**. Rio de Janeiro, 2003. Série Relatórios Metodológicos, v. 35. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/economicas/setor-informal/9025-economia-informal-urbana>>. Acesso em: 07 fev. 2018.

IBGE. **Estatísticas de Gênero: Uma Análise dos Resultados do Censo Demográfico 2010**. Série estudos e pesquisas, nº 33. Rio de Janeiro: IBGE, 2014. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/biblioteca-catalogo>>. Acesso em: 10 nov. 2018.

IM, Hyoung-June; KWON, Young-Jun; KIM, Soo-Geun; KIM, Yong-Kyu; JU, Young-Su; LEE, Hwa-Pyung. The characteristics of fatal occupational injuries in Korea's construction industry, 1997–2004. **Safety Science**. 47 (2009) 1159–1162, 2008. Disponível em: <<https://www.deepdyve.com/lp/elsevier/the-characteristics-of-fatal-occupational-injuries-in-korea-s-tVjpOeo0De>>. Acesso em: 15 ago. 2018.

INCA, Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva. **Diretrizes para a Vigilância do Câncer Relacionado ao Trabalho**. Rio de Janeiro – RJ 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/diretrizes_vigilancia_cancer_trabalho.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2018.

JACQUES, Camila Corrêa. **“Proposição de um Instrumento com Indicadores Nacionais para Monitoramento dos CEREST”**. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro, 2009, Ministério Da Saúde, FIOCRUZ. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/dissertacao_camila_jacques.pdf>. Acesso em 15 set. 2017.

KINES, P. Construction workers' falls through roofs: Fatal versus serious injuries. **Journal of Safety Research**. 33 (2002) 195– 208. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12216446>>. Acesso em: 14 ago. 2018.

LEITE, Juliana Alves; ASSIS, Marluce Maria Araújo; CERQUEIRA, Erenilde Marques de. **Vigilância Epidemiológica no Sistema Local de Saúde**. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília (DF), vol. 56, núm. 2, 2003, pp. 178-183. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v56n2/a14v56n2.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2018.

LIMA, Rosângela C.; VICTORIA, Cesar G.; DALL'AGNOL, Marinel Maria; FACCHINI, Luiz Antonio; FASSA Anacláudia G. **Percepção de Exposição a Cargas de Trabalho e Riscos de Acidentes em Pelotas, RS (Brasil)**. Revista de Saúde Pública, 33 (2), 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v33n2/0054.pdf>>. Acesso em: 29 mar. 2018.

LIMA, Thales Batista de; COSTA, Márcia da Silva. **Trabalho Informal: Uma Revisão Sistemática da Literatura Brasileira na Área de Administração entre 2004 e 2013**. Caderno EBAPE, BR, v. 14, nº 2, Artigo 5, Rio de Janeiro, abr./jun. 2016. 310-324. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cebape/v14n2/1679-3951-cebape-14-02-00310.pdf>>. Acesso 30 mar. 2018.

LOURENÇO, Edevânia Ângela de Souza. **Agravos à Saúde dos Trabalhadores no Brasil: Alguns Nós Críticos**. Revista Pegada – vol. 12 n.1, junho/2011. Disponível em: <<http://revista.fct.unesp.br/index.php/pegada/article/viewArticle/927>>. Acesso em: 27 jul. 2018.

LOURENÇO, Edevânia Ângela de Souza; BERTANI, Íris Fenner. **Saúde do Trabalhador No SUS: Desafios e Perspectivas Frente à Precarização do Trabalho**. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, São Paulo, 32 (115): 121-134, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbso/v32n115/11.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2018.

LOZOVEY, João Carlos do Amaral; Luhn, Karin Regina; Medeiros, Adeli Regina P; Farias, Fabiana Costa de Senna Ávila. **Notificação de Agravos de Saúde do Trabalhador de Pacientes Gerais do SUS Atendidos no Hospital de Clínicas da UFPR**. Espaço Para A Saúde – Revista De Saúde Pública Do Paraná, Londrina, V. 18, N. 2, P. 146-155, dezembro 2017. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/espacoparasauade/article/view/30415/pdf_1>. Acesso em: 20 abr. 2018.

LUCCHESI, Patrícia T.R.; AGUIAR, Dayse Santos; WARGAS, Tatiana; DE LIMA, Luciana Dias; MAGALHÃES, Rosana; MONERAT, Giselle Lavinias (Orgs.). **Informação Para Tomadores de Decisão Em Saúde Pública/ Políticas Públicas Em Saúde Pública**. BIREME /OPAS/OMS. Centro Latino-Americano e do Caribe De Informação Em Ciências Da Saúde. Biblioteca Virtual Em Saúde/Saúde Pública Brasil. São Paulo, 2004. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/M/2004/Lucchese_Politicapublicas.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2017.

MALTA, Deborah Carvalho; STOPA, Sheila Rizzato; SILVA, Marta Maria Alves da; SZWARCOWALD, Célia Landmann, FRANCO, Marco da Silveira; SANTOS, Flavia Vinhaes; MACHADO, Elaine Leandro; MINAYOGÓMEZ, Carlos. **Acidentes de Trabalho Autorreferidos pela População Adulta Brasileira, Segundo Dados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013**. Revista Ciência & Saúde Coletiva, 22(1):169-178, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n1/1413-8123-csc-22-01-0169.pdf>>. Acesso em: 03 out. 2018.

MARCHIORO, Dáfni Fernanda Zenedin; NEDEL, Daniel Luiz; VOSS, Dulce Mari Da Silva; KAKUNO, Edson Massayuki; FONSECA, Gabriela Dalcin Da; NEGRÃO, Margarida Maria Rodrigues; IRALA, Valesca Brasil; FERREIRA, Vera Lúcia Duarte. **A Unipampa No Contexto Atual da Educação Superior**. Avaliação, Campinas; Sorocaba, SP, v. 12, n. 4, p. 703-717, dez. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/aval/v12n4/a08v12n4.pdf>>. Acesso em: 12 out. 2018.

MARTINS, Sergio Pinto. **Direito Do Trabalho. 28ª edição**, São Paulo, Editora Atlas Sa. – 2012.

MELLO, Celso Antônio Bandeira de. **Curso de Direito Administrativo**. São Paulo: Malheiros, 2010.

MENDES, Jussara Maria Rosa; WÜNSCH, Dolores Sanches; MACHADO, Fabiane Konowaluk Santos; MARTINS, Juliana; GIONGO, Carmem Regina. **Saúde do Trabalhador: Desafios na Efetivação do Direito à Saúde**. Revista Argumentum, Vitória

(ES), v. 7, n. 2, p. 194-207, jul./dez. 2015.

MENDES, Jussara Maria Rosa; WÜNSCH, Dolores Sanches. **Elementos Para Uma Nova Cultura Em Segurança e Saúde No Trabalho**. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, São Paulo, 32 (115): 153-163, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbso/v32n115/14.pdf>>. Acesso em: 07 jan. 2018.

MENDES, René; DIAS, Elizabeth Costa. **Da Medicina do Trabalho à Saúde do Trabalhador**. Revista De Saúde Pública, São Paulo, 25:341-9, 1991. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2977.pdf>> Acesso em 13 ago. 2017.

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL. **Acidentes de Trabalho Segundo CID**. 2014. Disponível em: <<http://www.previdencia.gov.br/dados-abertos/aeat-2012/estatisticas-de-acidentes-do-trabalho-2012/subsecao-c-acidentes-do-trabalho-segundo-a-cid/>>. Acesso em: 15 abr. 2018.

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL. **Anuário Estatístico da Previdência Social 2009**. Disponível em: <<http://www.previdencia.gov.br/dados-abertos/aeps-2009-anuario-estatistico-da-previdencia-social-2009/aeps-2009-secao-i-%C2%96-beneficios/>>. Acesso em: 03 fev. 2018.

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL. **Anuário Estatístico da Previdência Social 2013**. Disponível em: <<http://www.previdencia.gov.br/dados-abertos/aeps-2013-anuario-estatistico-da-previdencia-social-2013/>>. Acesso em: 03 fev. 2018.

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL. **Anuário Estatístico da Previdência Social-AEPS 2016**. Disponível em: <<http://www.previdencia.gov.br/wpcontent/uploads/2018/01/AEPS-2016.pdf>>. Acesso em: 25 mar. 2018.

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL. **Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário – NTEP**. 2014. Disponível em: <<http://www.previdencia.gov.br/saude-e-seguranca-do-trabalhador/politicas-de-prevencao/nexo-tecnico-epidemiologico-previdenciario-ntep/>> Acesso em: 19 jan. 2018.

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL. **Políticas de Prevenção de Acidentes de Trabalho. 2014**. Disponível em: <<http://www.previdencia.gov.br/saude-e-seguranca-do-trabalhador/politicas-de-prevencao/>>. Acesso em: 25 fev. 2018.

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL. Portaria ° 800, 05 de maio de 2005. Coloca sob apreciação pública a minuta da Política Nacional de Saúde do Trabalhador, elaborada pelo grupo de trabalho instaurado pela Portaria Interministerial nº 153, 13 de fevereiro de 2004. Brasília: **Diário Oficial Da União**, 2005. Disponível em: <portal2.saude.gov.br/saldelegis/leg_norma_espeelho_consulta.cfm?id=4013577&highlight=&bkp=pesqnorma&fonte=0&origem=0&sit=0&assunto=&qtd=10&tipo_norma=&numero=800&data=&dataFim=&ano=20>. Acesso em: 22 jun. 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Relatório Final da II Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador**. 1994. Disponível em: <<http://bvsm>

s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0207cnst_relafinal.pdf> Acesso: 10 jan. 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Decreto Nº 7.602, de 7 de novembro De 2011. Dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho - PNSST. **Diário Oficial da União**, Brasília,2011. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato20112014/2011/decreto/d7602.htm > Acesso em: 26 jul. 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Informática do SUS. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10**. 10. ed. rev. 2011. Disponível em<<http://www.datasus.gov.br/cid10/v2008/cid10.htm>>. Acesso em: 17 jan. 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Notificação de Acidentes do Trabalho Fatais, Graves e com Crianças e Adolescentes**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília – DF, 2006. Disponível em:<<https://central3.to.gov.br/arquivo/276630/>>Acessoem 13 ago. 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **O Sistema Público de Saúde Brasileiro**. Seminário Internacional Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas. São Paulo, 2002. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_saude.pdf>. Acesso em: 24 jul. 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora- PNSTT. **Diário Oficial da União**, Brasília,2012. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html>. Acesso em: 08 ago. 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria Nº 3.908, De 30 De Outubro De 1998. Estabelece procedimentos para orientar e instrumentalizar as ações e serviços de saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: **Diário Oficial da União**, 1998. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3908_30_10_1998.html>. Acesso em: 11 jan. 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria Nº104, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Brasília: **Diário Oficial da União**, 2011. Disponível: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html>. Acesso em: 20 jun. 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria Nº777, 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. Brasília: **Diário Oficial da União**, 2004. Disponível:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt0777_28_04_2004.html>. Acesso em: 19 jun. 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. **Guia de Vigilância em Saúde**. 1. ed. Atualizada, Brasília, 2016. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_1ed_atual.pdf> Acesso em: 26 jan. 2018.

MORAES, Ilara Hämmerli Sozzi de; SANTOS, Silvia Regina Fontoura Rangel dos. **Informações para a Gestão do SUS: Necessidades e Perspectivas**. Informe Epidemiológico do SUS 2001; 10(1): 49 – 56. Disponível em: <<http://scielo.iec.gov.br/pdf/iesus/v10n1/v10n1a06.pdf>> Acesso em: 05 mar. 2018.

MOUSINHO, Liana de Oliveira. Efetividade da Política nacional de saúde do trabalhador e trabalhadora. **Anais do VII Encontro de Pesquisa e Extensão da Faculdade Luciano Feijó**. Sobral-Ceará, 2014. Disponível em: <http://www.faculdade.flucianofejiao.com.br/site_novo/anais/servico/2014/Direito/EFETIVIDADE_DA_POLITICA.pdf>. Acesso em: 18 jun. 2017.

NOBRE, Letícia Coelho da Costa. **Trabalho Precário e Morte Por Acidente de Trabalho: A Outra Face da Violência e a Invisibilidade do Trabalho**. Tese de Doutorado UFBA, Salvador, Bahia, 2007. Disponível em: <<http://www.repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/10395>>. Acesso em: 06 mar. 2018.

NUSSBAUNER, Luciana; DAPPER, Virgínia; KALIL, Fábio. **Agravos Relacionados Ao Trabalho Notificados No Sistema de Informações em Saúde do Trabalhador no Rio Grande Do Sul, em 2009**. Boletim Epidemiológico. 2010;12(1):5-7. Disponível em: <<http://www1.saude.rs.gov.br/dados/1326723037366v.%2011,%20n.%201,%20ed.%20especial,%202009.pdf>>. Acesso em: 25 jan. 2018.

OBSERVATÓRIO DIGITAL DE SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHO (OAV). **Total de Gastos da Previdência com Benefícios Acidentários**. Disponível em: <<https://observatoriosst.mpt.mp.br>>. Acesso em: 10 fev. 2018.

OIT. **Mulheres no Trabalho: Tendências 2016** - sumário. Genebra: OIT, 2016. 13p. Disponível em: <http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dco/mm/publ/documents/publication/wcms_457096.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2018.

OLIVEIRA, Maria Helena B. de; VASCONCELLOS, Luiz Carlos. **Política de Saúde do Trabalhador no Brasil: Muitas Questões Sem Respostas**. Cad. Saúde Pub., Rio de Janeiro, 8 (2): 150-156, abr./jun. 1992.

OLIVEIRA, Sebastião Geraldo. **Indenizações Por Acidente do Trabalho ou Doença Ocupacional**. MG: LTr, 3 edição, 2 tiragem, agosto 2007.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. **A OIT no Brasil. Trabalho Decente Para Uma Vida Digna**. Disponível em: <http://www.oitbrasil.org.br/sites/default/files/topic/gender/pub/oit_no_brasil_folder_809.pdf> Acesso em: 10 jan. 2018.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. **Perfil do Trabalho Decente no Brasil: Um Olhar Sobre as Unidades da Federação**. Brasil, DF; 2012. Disponível em: <https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---ntegration/documents/publication/wcms_206109.pdf>. Acesso em: 28 set. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO)). Health Promotion Glossary. Genebra, 1998. p. 10. Disponível em: <http://www.who.int/social_determinants/strategy/QandAs/es/>. Acesso em 23 jul. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DO TRABALHO (INTERNATIONAL LABOUR

ORGANIZATION, OIT). **A Prevenção das Doenças Profissionais**. Genebra, Suíça, Ed: abril 2013. Disponível em: <http://www.oitbrasil.org.br/sites/default/files/topic/gender/doc/safeday2013_final_1012.pdf> Acesso em: 19 jan. 2018.

OTANI, Koshiro. **Rede de Saúde do Trabalhador Para o Estado de São Paulo**. São Paulo em Perspectiva, 17(1): 86-97, 2003. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/spp/v17n1/v17n1a08.pdf>>. Acesso em: 11 out. 2018.

PAIM, Jairnilson Silva; TEIXEIRA, Carmen Fontes. **Política, Planejamento e Gestão Em Saúde: Balanço do Estado da Arte**. Revista de Saúde Pública 2006;40(N Esp.):73-8.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção. **Reforma Sanitária e a Criação do Sistema Único de Saúde: Notas Sobre Contextos e Autores**. Rio de Janeiro, v.21, n. 1, p.15-35, 2014. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n1/0104-5970-hcsm-21-1-00015.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2017.

Portal BI Gestão Municipal. **Cobertura de estratégia de Saúde da Família**. Secretaria Estadual de Saúde. Disponível em:< <http://bipublico.saude.rs.gov.br/index.htm>>. Acesso 12 nov.2018.

PORTO, Marcelo Firpo de Souza. **Análise de Riscos nos Locais de Trabalho: Conhecer Para Transformar**. Cadernos de Saúde do Trabalhador. CESTEH/ENSP/FIOCRUZ, São Paulo, 2000. Disponível em:<<file:///D:/Usu%C3%A1rio/Downloads/AnalisedeRISCOnoslocaisdetrabalho.pdf>>. Acesso em 10 set.2017.

PROCHNOW, André; MAGNAGO, Tânia Solange Bosi de Souza; TAVARES, Juliana Petri; BECK, Carmem Lúcia Colomé; SILVA, Rosângela Marion; GRECO, Patrícia Bitencourt Toscani. **Perfil dos Acidentes de Trabalho Publicados em Estudos Brasileiros**. Revista Saúde (Santa Maria), v.37, n. 1, p. 7790, 2011. Disponível em:< <https://periodicos.ufsm.br/revistasaude/article/view/2900/206>>. Acesso em: 13 nov. 2018.

PRODANOV, Cleber Cristiano; FREITAS, Ernani Cesar de. **Livro Metodologia do Trabalho Científico [Recurso Eletrônico]: Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Acadêmico**. 2. ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013. Disponível em:<<http://www.feevale.br/editora>>. Acesso em: 24 mar. 2018.

RABELLO NETO, Dácio de Lyra et al. **As Fontes de Informação do Sistema Único de Saúde Para a Saúde do Trabalhador**. In: CHAGAS, Ana Maria de Resende; SALIM, Celso Amorim; SEVERO, Luciana Mendes Santos Org. Saúde E Segurança No Trabalho No Brasil: Aspectos Institucionais, Sistemas De Informação E Indicadores, 2. ed., São Paulo, IPEA, 2012. Disponível em:<http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/livro_saudenotrabalho.pdf> Acesso em 05 mar. 2018.

RAMAZZINI, B. **As Doenças dos Trabalhadores**. Ministério Do Trabalho, Fundacentro. Tradução para o português do De MorbisArtificumDiatriba Dr. Raimundo Estrêla. 4ª ed. São Paulo, 1999.

RECEITA FEDERAL. **Classificação Nacional de Atividades Econômicas – CNAE**. Publicado em 2014. Disponível em:<<http://idg.receita.fazenda.gov.br/orientacao/tributaria/cadastros/cadastro-nacional-de-pessoas-juridicas-cnpj/classificacao-nacional-de>>

atividades-economicas-2013-cnae>. Acesso em: 25 mar. 2018.

RECKTENWALDT, Micheli; JUNGES, José Roque. **A Organização e a Prática da Vigilância em Saúde em Municípios de Pequeno Porte**. Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, RS, Brasil. Revista Saúde Soc. São Paulo, v.26, n.2, p.367-381, 2017. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v26n2/1984-0470-sausoc-26-02-00367.pdf>>. Acesso em:22 jul. 2018.

REIS, Denizi Oliveira; ARAÚJO, Eliane Cardoso de; CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. **Políticas Públicas de Saúde no Brasil: SUS e Pactos pela Saúde**. São Paulo, 2011. Disponível em: <http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_4.pdf>. Acesso em: 21 jul. 2017.

RIBEIRO, Fabio Henrique; HERMOSILLA, Jose Luis Garcia; ACHAR, Jorge Alberto; SILVA, Ethel Cristina Chiari. **Acidentes de Trabalho e sua Associação com os Fatores Idade e Tempo de Experiência do Trabalhador: Uma Pesquisa Documental com Base no Cadastro do Sistema SINAN**. XXXV Encontro Nacional De Engenharia De Produção Perspectivas Globais Para A Engenharia De Produção Fortaleza, Ceará, Brasil, 2015. Disponível em:<http://www.abepro.org.br/biblioteca/TN_STO_209_238_27787.pdf> Acesso em 26 jul. 2018.

RIO GRANDE DO SUL. **DECRETO Nº 40.222**, DE 02 DE AGOSTO DE 2000. Institui o Sistema de Informações em Saúde do Trabalhador, e dá outras providências. Disponível em:<<http://www1.saude.rs.gov.br/dados/13129118587031%20DECRETO%2040222.pdf>>. Acesso em 04 mar. 2018.

RIO GRANDE DO SUL.SES. **Plano Regional de Saúde:2013-2015**. SES, 2012. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/lista/169/12%C2%AA_CRS_%28Santo_%C3%82ngel o%29>. Acesso em 22 abr. 2017.

RIO, Marcela Andrade; Nery, Adriana Alves; RIOS, Polianna Alves Andrade; CASOTTI, Cezar Augusto, CARDOSO, Jefferson Paixão. **Fatores Associados a Acidentes de Trabalho Envolvendo Trabalhadores Informais do Comércio**. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 31(6):1199-1212, jun., 2015. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n6/0102-311X-csp-31-6-1199.pdf>>. Acesso em: 01 ago. 2018.

RODRIGUES, Priscila Françoise Vitaca; BELLINI, Maria Isabel Barros. **O Sistema de Informações em Saúde do Trabalhador do Município de Porto Alegre (RS): Delineando o Perfil dos Trabalhadores Acidentados e Adoecidos**. VIII Seminário de Saúde do Trabalhador (em continuidade ao VII Seminário de Saúde do Trabalhador de Franca) e VI Seminário “O Trabalho em Debate”. UNESP/ USP/STICF/CNTI/UFSC, 25 a 27 de setembro de 2012 – UNESP- Franca/SP. Disponível em:<<http://www.proceedings.scielo.br/pdf/st/n8/33.pdf>>. Acesso em: 25 jul. 2018.

RODRIGUEZ, Adebiano. **Políticas Sociais e Política De Saúde**. Revista Discente Do Programa De Pós-Graduação Em História UFJF, Vol. 2, N. 3, JAN./JUN. 2016. Disponível em: <<http://www.ufjf.br/facesdeclio/files/2014/09/3.Artigo-D9.Adebiano.pdf>>. Acesso em: 05 ago. 2017.

RUA, Maria das Graças. **Políticas Públicas**. Capes, 2008. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/UFSC; (Brasília): CAPES: UAB, 2009.

RUA, Maria das Graças; ROMANI, Roberta. **Para Aprender Políticas Públicas**. Curso online de Políticas Públicas. Vol. 1 Conceito E Teorias. IGEEP, Instituto De Gestão Economia E Políticas Públicas, 2013. Disponível em: <http://igepp.com.br/uploads/ebook/ebook-para_aprender_politicas_publicas-2013.pdf>. Acesso em 13 set. 2017.

RUBANO, Denise Rosana; MOROZ, Melania. **Relações de Servidão: Europa Medieval Ocidental**. In: ANDERY, Marla Amália et al. Para compreender a Ciência: uma perspectiva histórica. 12. ed. Rio de Janeiro: Garamond; São Paulo: EDUC, 2003.

SAMPAIO FILHO, Albino Pereira de. **Acidentes de Trabalho: Culpa Ou Vulnerabilidade do Trabalhador?** Dissertação De Mestrado FUNDACENTRO, São Paulo, 2015. Disponível em: <<http://www.fundacentro.gov.br/biblioteca/biblioteca-digital/acervodigital/detalhe/2017/2/acidentes-de-trabalho-culpa-ou-vulnerabilidade-do-trabalhador>>. Acesso em: 30 jul. 2018.

SAMPIERI, Roberto Hernández; CALLADO, Carlos Fernández; LUCIO, Maria Del Pilar Baptista. **Metodologia da Pesquisa**. Porto Alegre: Penso, 2013.

SANTANA, Vilma S.; OLIVEIRA, Roberval P. **Saúde e Trabalho na Construção Civil em Uma Área Urbana do Brasil**. Caderno de Saúde Pública, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n3/17.pdf>>. Acesso em: 14 ago. 2018.

SANTANA, Vilma Sousa; MOURA, Maria Cláudia Peres; SOARES, Jorgana; GUEDES, Márcia Hidemi. **Acidentes de Trabalho no Brasil – Dados de Notificação do SINAM em 2007 e 2008**. Ministério Da Saúde, Universidade Federal Da Bahia, Instituto De Saúde Coletiva- Ufba/Isc-Ms/Cosat – Vigilância Dos Acidentes De Trabalho, Brasília, 2009. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/artigos/relatorio_sinan_2007_08.pdf>. Acesso em 02 set. 2017.

SANTANA, Vilma Souza; ARAÚJO-FILHO, José Bouzas; OLIVEIRA, Paulo Rogério Albuquerque; BARBOSA-BRANCO, Anadergh. **Acidentes de Trabalho: Os custos Previdenciários e os Dias de Trabalho Perdido**. Revista de Saúde Pública 2006;40(6):1004-12. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n6/07.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2018.

SANTANA, Vilma; NOBRE, Letícia; WALDVOG, Bernadette Cunha. **Acidentes de Trabalho no Brasil entre 1994 e 2004: Uma Revisão**. Revista Ciência & Saúde Coletiva, 10(4):841-855, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n4/a09v10n4.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2018.

SANTOS, Daniel Moita Zechlinski dos. **Flexibilização da Norma Trabalhista Brasileira**. Dissertação de Mestrado da Universidade de Caxias Do Sul, 2005. Disponível em: <<file:///D:/Usu%C3%A1rio/Desktop/rela%C3%A7oes%20trabalho.pdf>>. Acesso em 17 set. 2017.

SANTOS, Lenir. **O Poder Regulamentador do Estado sobre as Ações e os Serviços de Saúde**. In: FLEURI, S. (Org.). Saúde e Democracia: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos

Editorial, 1997.

SARAIVA, Enrique. **Introdução a Teoria da Política Pública**. Políticas Públicas: Coletânea. V.1, Brasília: ENAP, 2006.

SCHERER, Verena; MIRANDA, Fernanda M. D., SARQUIS, Leila M. M.; LACERDA, Maria Ribeiro. **SINAN.NET: Um sistema de Informação à Vigilância na Saúde do Trabalhador**. Revista Cogitare Enfermagem, 2007 jul./set;12(3):330-7. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/10027/6888>>. Acesso em: 01 fev. 2018.

SCHLINDWEIN, Vanderléia de Lurdes Dal Castel. **Dor e Sofrimento Oculto: A Desproteção Social dos Trabalhadores do Fumo**. Barbarói. Santa Cruz do Sul, n. 32, jan./jul. 2010. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/view/1135>>. Acesso em: 25 jul. 2018.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE (SES). Decreto N° 40.222, De 02 De Agosto De 2000. **Instituí o Sistema de Informações em Saúde para o Trabalhador - SIST/RS e Implantada a Vigilância Epidemiológica em Saúde do Trabalhador**. Centro de Vigilância Em Saúde (CEVS). Disponível em: <<http://www1.saude.rs.gov.br/dados/13129118587031%20DECRETO%2040222.pdf>>. Acesso em: 24 jan. 2018.

SILVA, Ana Beatriz Ribeiro Barros. **Acidentes, Adoecimento e Morte no Trabalho como Tema de Estudo da História**. In: OLIVEIRA, TB., (Org.). Trabalho e trabalhadores no Nordeste: análises e perspectivas de pesquisas históricas em Alagoas, Pernambuco e Paraíba. Campina Grande: EDUEPB, 2015. e-Book online. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/xvx85/pdf/oliveira-9788578793333-09.pdf>>. Acesso em: 21 fev.2018.

SILVA, Ana Patrícia Batista; BRASILEIRO, Marislei Espíndula; PRADO, Marinésia Aparecida do; SILVA, Ludimila Cristina Souza; ANDRADE, Lorena Zenha; LIMA, Wellington Matheus Gomes; SILVA, Sheyla Pereira da. **Acidentes de Trabalho e Suas Interfaces no Contexto da Atenção Primária à Saúde**. Revista de Enfermagem da UFPE on line., Recife, 11(12):5037-48, dec., 2017.

SILVA, Heliana Marinho da. **A Política de Saúde no Brasil: Dilemas e Desafios Para a Institucionalização do SUS**. Dissertação de Mestrado Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 1996. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/handle/10438/8657>>. Acesso em 20 jul.2017.

SILVA, Silvia Beatriz Santos da. **Sistemas de Informação em Saúde do Trabalhador: Uma Contribuição ao Desenvolvimento das Políticas Públicas em Vigilância em Saúde do Trabalhador**. Dissertação De Mestrado, UFSM, Santa Maria, RS, Brasil, 2013. Disponível em: <<file:///D:/Usu%C3%A1rio/Desktop/SILVA,%20SILVIA%20BEATRIZ%20SANTOS%20DA.pdf>>. Acesso em 05 mar. 2018.

SKAMVETISAKIS, Adriana. **Agravos Relacionados ao Trabalho na Região dos Vales - Análise das Notificações no Sistema de Informações em Saúde do Trabalhador**. Revista Laborativa. v. 2, n. 2, p. 45-55, out./2013.

SOARES, Luiz De Jesus Peres. **Os Impactos Financeiros dos Acidentes do Trabalho no Orçamento Brasileiro: Uma Alternativa Política e Pedagógica para Redução dos Gastos**.

Monografia – Curso De Especialização Em Orçamento Público - Tribunal De Contas Da União – Câmara Dos Deputados – Senado Federal, Brasília,2008. Disponível em: <file:///D:/Usu%C3%A1rio/Downloads/2055508.PDF>. Acesso em: 18 jan. 2018.

SOUSA, Simone Letícia Severo e. **Direito à Saúde e Políticas Públicas: Do Ressarcimento Entre os Gestores Públicos e Privados da Saúde**. Editora DelRey, Belo Horizonte, MG, 2015

SOUZA, Celina et al. **Políticas públicas**: uma revisão da literatura. Sociologias, v. 8, n. 16, p. 20-45, 2006.

SOUZA, Celina. **Políticas públicas**: questões temáticas e de pesquisa. CADERNO CRH, Salvador, n. 39, p. 11-24, jul./dez. 2003. Disponível em:<https://portal seer.ufba.br/index.php/crh/article/view/18743>. Acesso em: 02 ago. 2017.

SOUZA, Lilian Castro de. **Acidente do trabalho**: Nexo de Causalidade, Concausa e Doenças Ocupacionais. 2013. Disponível em:<https://juslaboris.tst.jus.br/bitstream/handle/1939/77918/2013_souza_lilian_acidente_trabalho.pdf?sequence=1>. Acesso em: 23 jan. 2018.

SOUZA, Vidal de; BLANK, Vera LG; CALVO, Maria Cristina Marino. **Cenários Típicos de Lesões Decorrentes de Acidentes de Trabalho na Indústria Madeireira**. Revista de Saúde Pública 2002;36(6):702-8. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rsp/v36n6/13524.pdf>. Acesso em: 06 out. 2018.

STRAUSZ, Maria Cristina. **“Produção do Conhecimento em Saúde Coletiva: Um Olhar a partir da Saúde do Trabalhador”**. Tese de Doutorado Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2014. Disponível em:<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/13145>. Acesso: 12 jan. 2018.

TAKESHITA, Isabela Mie. **Análise dos Acidentes de Trabalho Fatais Inseridos no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) Ocorridos em Belo Horizonte, MG**. Dissertação de Mestrado UFMG. Belo Horizonte, MG ,2012. Disponível em:<http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/handle/1843/GCPA-95YQ39>. Acesso em: 16 ago. 2018.

TEIXEIRA. Carmem. **Os Princípios do Sistema Único de Saúde (A Luz Da Bioética)**. Texto de apoio Elaborado Para Subsidiar O Debate Na Conferência Municipal e Estadual De Saúde. Salvador, Bahia, 2011. Disponível em:<http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS_PRINCIPIOS_DO_SUS.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2017.

VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de. **Dois Políticas, Duas Vigilâncias, Duas Caras**. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional. São Paulo, 38 (128): 179-198,2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S030376572013000100003&lng=pt&nrm=iso.http://dx.doi.org/10.1590/S0303-76572013000100003.>. Acesso em :26 jul. 2017.

VAZ, Francisca Camilla Almeida; CUNHA, Thays Cardoso da; OLIVEIRA, Delvianne Costa de. **Dificuldades na Implementação das Ações em Saúde do Trabalhador pelo Sistema Único de Saúde**. Revista Interdisciplinar NOVAFAPI, Teresina. v.4, n.4, p.61-65, out-nov-dez. 2011. Disponível em: <http://uninovafapi.edu.br/sistemas/revistainterdisciplina r/v4n4/

revisao/rev2_v4n4.pdf>Acesso em: 20 set. 2017.

VILELA, Rodolfo Andrade de Gouveia; GARCIA, Eduardo Garcia; ALMEIDA, Ildeberto Muniz de; JACKSON FILHO, José Marçal. **A atuação do Estado e a Saúde do Trabalhador**. Rev. bras. Saúde ocup. São Paulo, 38 (128): 177-178, 2013.

VILELA, Rodolfo de Andrade Gouveia. **Desafios da Vigilância e da Prevenção de Acidentes do Trabalho: A Experiência Do Programa De Saúde Do Trabalhador De Piracicaba; Construindo Prevenção e Desvelando a Impunidade**. 2002. 386p. Tese doutorado, Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, SP. Disponível em: <<http://libdigi.unicamp.br/document/?code=vtls000287805>>. Acesso em: 13 jan. 2018.

WÜNSCH, Dolores Sanches; MENDES, Jussara Maria Rosa; MARTINS, Juliana. **Trabalho e Previdência Social: As Lacunas de Proteção Social na Seguridade Social**. Revista Argumentum, Vitória, v. 9, n. 3, p. 37-51, set./dez. 2017. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.18315/argumentum.v9i3.1>>. Acesso em: 30 jul. 2018.

ZAVARESE, Taís Evangelho. **Relação entre o Perfil de Agravos de Trabalhadores e Clima de Segurança no Trabalho**. Tese de Doutorado, Universidade Federal De Santa Catarina. Florianópolis, 2015. Disponível em:< <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/135262> >. Acesso em: 10 out. 2018.

ZUANAZZI, Pedro Tonon. **A Taxa de Fecundidade no RS por Regiões por Funcionais e Características Socioeconômicas: o Desafio da Transição Demográfica**. Fundação de Economia e Estatística, Porto Alegre, v. 42, n. 4, p. 109-122, 2015.

ANEXO A - RELATÓRIO INDIVIDUAL DE NOTIFICAÇÃO DE AGRAVO (RINA), 2016.

SIST – SISTEMA DE INFORMAÇÕES EM SAÚDE DO TRABALHADOR
RINA - RELATÓRIO INDIVIDUAL DE NOTIFICAÇÃO DE AGRAVO
 Versão 2011.11

RINA nº**Nº cartão SUS:****A - Identificação do trabalhador**

1 – Nome:		2 – Data de nascimento:	3 – Idade:
4 – Sexo: 1-masculino 2-feminino	5 – Raça/cor: 1-branca 2- negra 3-amarela 4-parda 5-Indígena 6-ignorado	6 – Escolaridade:	
7 – Endereço residencial:		8 – Município:	9 – UF:
10 – Relação de trabalho: 1-CLT 2- funcionário público municipal 3-funcionário público estadual 4-funcionário público federal 5-desempregado 6-autônomo prestando serviço a empresa 7-autônomo não prestando serviço a empresa 8-empregador 9-trabalhador doméstico formal 8-trabalhador informal 9-trabalhador do lar 10-estagiário 11-cooperativado 12-outra: 13-ignorado			
11 – Ocupação atual:		12 – Tempo ocupação: anos meses	

B - Identificação do empregador, contratante ou do local de trabalho

13 – Empresa (ou empregador):	
14 – Se terceirizado, local onde exerce sua atividade:	
15 – Ramo de atividade do local onde trabalha:	
16 – Município onde trabalha:	17 – UF:

C - Descrição do local de atendimento

18 – Município de atendimento:	19 – UF:	20 – Serviço de Atendimento:
21 – Categoria do serviço: 1-Centro Especializado ou Odontológico (exceto saúde do trabalhador) 2-Centro Especializado em Saúde do Trabalhador 3-Centro de Saúde ou Clínica Médica 4-Hospital 5-Profissional autônomo 6-Pronto Socorro / Emergências 7-Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho 8-Sindicato 9-Unidade Básica de Saúde / Posto de Saúde 10-Unidade Móvel 11-Instituto Médico Legal		22 – Data do atendimento:

D - Descrição do agravo:

23 – Tipo de agravo: 1-Acidente de trabalho grave, 2-Exposição a Material Biológico, 3-Outros Acidentes de Trabalho, 4-Câncer Relacionado ao Trabalho, 5-Dermatoses Ocupacionais, 6-LEF/DÓRT, 7-PAIR, 8-Pneumoconiose, 9-Transtorno Mental, 10-Outras doenças.		
24 – Se acidente, informe: data: / / local: 1- no trajeto 2-no local de trabalho 3- ignorado		
25 – Setor onde ocorreu o agravo:	26 – Zona: 1-urbana 2-rural	27 – Situação causadora do agravo:
28 – Diagnóstico principal:		29 – Diagnóstico secundário (1):
30 – Diagnóstico secundário (2):		31 – Relação do agravo com o trabalho: 1-confirmada 2-provável 3-pendente ou indefinida 4-descartada
32 – Desfecho ou conclusão: 1-alta 2-acompanhamento ambulatorial 3-acompanhamento especializado 4-cura com sequela 5-Interação 6-óbito 7-alta a pedido 8-evasão (fuga) 9-outro:		
33 – Comentário		

E – Informações finais

34 - Nome do responsável pela notificação:	35 – Registro profissional:	36 – Função:
--------------------------------------------	-----------------------------	--------------

Fonte: CEVS/ SIST/RS, 2016.

ANEXO B - TERMOS PARA CEDÊNCIA DOS DADOS DOS ACIDENTES DE TRABALHO ENVIADOS PARA A CEVS PORTO ALEGRE

Termo de Responsabilidade diante da cessão de bases de dados de Sistema de Informação gerenciado pelo Centro Estadual de Vigilância em Saúde, da Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul, que contenha dados pessoais.

Concedente: Centro Estadual de Vigilância em Saúde - CEVS/SES/RS

Compromitente: Instituição: Universidade Federal de Fronteira Sul - UFFS

Nome do responsável: Dionéia Dalcin, orientadora

Mostrando: Sinara Danieli Zulan
Formação profissional: Psicóloga Nº do Registro Profissional: Crefito 1230931F
CPF: 006.991.550-1 RG: _____ Endereço: _____

Nº _____ Complemento _____ Bairro: _____ Município: Requecelles

Estado: RS País: Brasil CEP: 91970-000 Telefone Comercial: _____

CEP: 553263331 Celular: 55999884790

email: sinaradanieli@hotmail.com

Do objeto

As bases de dados que estão sendo cedidas são (detalhar os dados, o Sistema de Informação, o período e abrangência territorial):

Fichas (dados) de Notificação Acidentes de Trabalho no Período de 2008-2016
Fichas de Notificação de óbitos por Acidente de Trabalho Grave do SinanNet 2007-2017

Das finalidades

O COMPROMITENTE declara que as finalidades para as quais se destinam esta(s) base(s) de dados são única e exclusivamente as descritas abaixo:

Disseminação Teor e Método.

Da forma de cessão

A cessão da(s) base(s) de dados objeto deste termo, será feita por meio de CD ou pen drive.

As pessoas que utilizarão a(s) base(s) de dados objeto deste termo, dentro das finalidades já descritas, são:

Nome: Sinara Danieli Zulan

Instituição: UFFS

Cargo: Mestranda Documento (cópia deve ser entregue em anexo ao presente termo) Comprovante de matrícula

Nome: Dionéia Dalcin

Instituição: UFFS

Cargo: Docente - Professora Documento (cópia deve ser entregue em anexo ao presente termo) Contrato

Das responsabilidades

1. Guardar sigilo e zelar pela privacidade dos indivíduos relacionados/listados nesta(s) base(s) de dados

2. Não repassar, comercializar ou transferir a terceiros as informações individualizadas, sob o risco deste termo, de qualquer forma que viole o seu sigilo.
3. Não disponibilizar, emprestar ou permitir acesso de pessoas ou instituições não autorizadas a esta(s) base(s) de dados.
4. Quando da guarda da mídia eletrônica, esta deve ser realizada em local que não permita o acesso, físico ou lógico de pessoas não autorizadas.
5. Não divulgar, por qualquer meio, inclusive nos relatórios de conclusão da pesquisa, dados ou informações contendo nomes ou quaisquer outras variáveis que permitam a identificação de indivíduos ou que afetem a sua confidencialidade.
6. Utilizar as informações contidas nestas bases exclusivamente para as finalidades descritas na solicitação e aprovadas.
7. Não praticar ou permitir qualquer ação que comprometa a integridade desta(s) base(s) de dados.
8. Mencionar o Sistema de Informação e o CEVS/SES/RS como fonte, o período de referência dos dados e explicitar que as elaborações decorrentes são do próprio autor sempre que forem publicadas as informações objeto deste termo.
9. Enviar ao CEVS/SES/RS, ao término do estudo, a citação completa do artigo, relatório, tese ou livro em que os dados foram usados como fonte. Deste modo, o CEVS poderá incluir esta referência na relação de estudos que utilizaram os dados deste Centro Estadual de Vigilância em Saúde.
10. Em caso de quebra de segurança da informação por meio de recursos de tecnologia de informação ou de outra forma, comunicar ao CEVS/SES/RS imediatamente.

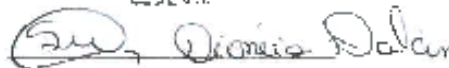
O descumprimento de qualquer cláusula deste Termo de Compromisso facultará ao CEVS as providências legais cabíveis, incluindo denúncia ao Conselho de Classe a que pertence o COMPROMITENTE. Em se tratando de pesquisa, quando observado qualquer prejuízo de irregularidade ética, isto será comunicado ao Comitê de Ética em Pesquisas que aprovou a referida pesquisa. As responsabilidades constantes neste termo de compromisso são estendidas às pessoas nomeadas neste documento que estão autorizadas a utilizar a(s) base(s) de dados. O COMPROMITENTE declara estar ciente e de acordo com todas as condições constantes neste Termo de Compromisso e de sua responsabilidade legal, assumindo inteira responsabilidade pelas consequências da utilização indevida desta(s) base(s) de dados, por si ou por terceiros, de qualquer natureza perante o CONCEPENTE.

Porto Alegre, 22 de março de 2018



Fábio Bartz Kall
Esp. Em Saúde - Matrícula: 14132249
Divisão de Apoio em Saúde do Trabalhador
CEVS/SES/RS

CEPENTE



COMPROMITENTE

DIONÉIA DALCIN
Sigeo n° 1934028
Professora Adjunta
Universidade Federal de Fronteira Sul - UFFS
Campus: Camargo - RS