

Estratégia Saúde da Família e notificações de acidentes de trabalho, Brasil, 2007-2011*

doi: 10.5123/S1679-49742015000400006

Family Health Strategy and occupational injuries notification, Brazil, 2007-2011

Tereza Pompílio Bastos-Ramos¹Vilma Sousa Santana²Sílvia Ferrite³¹Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso, Coordenação de Vigilância em Saúde Ambiental, Cuiabá-MT, Brasil²Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva, Salvador-BA, Brasil³Universidade Federal da Bahia, Departamento de Fonoaudiologia, Salvador-BA, Brasil

Resumo

Objetivo: descrever a evolução da notificação dos acidentes de trabalho graves (AT-Gr) no Brasil, no período 2007-2011, com base nos dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), e verificar se a Estratégia Saúde da Família (ESF) teve impacto nessas notificações. **Métodos:** estudo ecológico, cujas unidades de análise foram os municípios brasileiros. Os dados são do Sinan, da Coordenação-Geral de Saúde do Trabalhador e do Departamento de Atenção Básica à Saúde, do Ministério da Saúde. A regressão linear múltipla foi empregada. **Resultados:** em 2007, somente 5,4% dos municípios notificavam AT-Gr no Sinan. Em 2011 esta proporção aumentou para 28,3%. Não foram observadas associações estatisticamente significativas entre a cobertura da ESF e notificações dos AT-Gr no período de 2007-2011 ($p > 0,05$). **Conclusão:** o número de municípios que notificam AT-Gr foi maior ao final do período estudado, embora sem associação com a cobertura da ESF, indicando a necessidade de maior envolvimento da atenção básica em saúde na saúde do trabalhador.

Palavras-chave: Saúde do Trabalhador; Atenção Primária à Saúde; Notificação de Acidentes de Trabalho; Estratégia Saúde da Família; Estudos Ecológicos.

Abstract

Objective: to describe the trend of non-fatal occupational injury notification on the Notifiable Diseases Information System (Sinan), in Brazil, from 2007 through 2011, and to verify whether the Family Health Strategy (ESF) has had an impact on notification. **Methods:** this is an ecological study taking the Brazilian municipalities as its units of analysis. Data was obtained from the Notifiable Diseases Information System (Sinan) and from the Health Ministry's General Coordination of Workers' Health and Department of Primary Health Care. Multiple linear regression was used. **Results:** in 2007, only 5.4% of municipalities notified occupational injury, although notification is increasing and reached 28.3% in 2011. No statistically significant association between ESF coverage and occupational injury notification was found during the study period. **Conclusion:** the number of municipalities notifying occupational injury is growing but apparently the Family Health Strategy has not contributed to this increase, suggesting that the engagement of primary health care in workers' health needs to be improved.

Key words: Occupational Health; Primary Health Care; Occupational Accident Notification; Family Health Strategy; Ecological Studies.

* Dissertação de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, desenvolvida junto à área de Avaliação de Tecnologias em Saúde do Instituto de Saúde Coletiva/Universidade Federal da Bahia, defendida por Tereza Pompílio Bastos-Ramos, sob orientação de Vilma Sousa Santana, no ano de 2013. O estudo contou com o apoio material da Secretaria de Estado de Saúde do Mato Grosso e do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Vilma Sousa Santana é Bolsista de Produtividade Científica do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)/Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação (MCTI) (Processo nº 304108/2011-1).

Endereço para correspondência:

Vilma Sousa Santana – Instituto de Saúde Coletiva/UFBA, Rua Basílio da Gama, s/n, Salvador-BA, Brasil. CEP: 40110-040
Email: vilma_santana50@hotmail.com

Introdução

Acidentes de trabalho são os agravos ocupacionais que mais provocam morte e incapacidade no Brasil.¹ Segundo o Ministério da Previdência Social, em 2009, aproximadamente 43 trabalhadores não retornaram ao trabalho a cada dia, por motivo de invalidez permanente ou morte.² Essa informação, contudo, é reconhecida como subestimada devido à imprecisão dos registros, além de limitada a trabalhadores cobertos pelo seguro de Riscos de Acidentes de Trabalho (RAT) do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), do Ministério da Previdência Social (MPS).¹

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) do Sistema Único de Saúde (SUS) incorporou os acidentes de trabalho graves (AT-Gr), i.e., casos de lesões, intoxicações e afogamentos ocorridos durante o trabalho ou no trajeto, que envolveram hospitalizações, mutilações, e aqueles que acontecem em menores de 18 anos de idade. Abrange, portanto, todos os trabalhadores, independentemente de cobertura pelo seguro RAT, sejam formais ou informais.^{3,4}

A Atenção Básica em Saúde pode identificar condições laborais insalubres e agravos referentes ao trabalho, além de promover ações para sua prevenção e, especialmente, promoção da saúde entre os trabalhadores.

O Sinan tem cobertura universal e é alimentado por dados gerados nos municípios, encaminhados para as Secretarias de Estado de Saúde, e logo, para o Departamento de Informática do SUS (Datasus), onde são processados, analisados e disponibilizados. Este fluxo de dados realiza-se *online* ou em papel, a depender da capacidade instalada local.

Além do Sinan, acidentes de trabalho são registrados no Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) e no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). No ano de início do registro de acidentes graves no Sinan, 2007, foram notificados 18.477 casos, número que aumentou para 29.266 em 2008, representando um crescimento de 53% em apenas um ano, o que revela o rápido avanço dessas notificações, na fase de implantação desse sistema.⁵ Esse aumento foi menor entre 2008 e 2009, de apenas 3,2%.⁶

Ao considerar o processo de implantação dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest),

que integram a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast) do SUS, em 2008, verificou-se que a notificação de AT-Gr aumentou na maioria das unidades da federação (73,9%), sendo os principais fatores determinantes da notificação: (i) dispor de equipe adequada e (ii) oferecer atendimento a demandas da mídia.⁶ Não foram encontrados achados sobre o número de municípios notificantes.

A Atenção Básica em Saúde (ABS), reconhecida como alicerce importante para a ampliação da cobertura e da equidade das ações de Saúde do Trabalhador no SUS,⁷ foi incluída na Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora de 2012.⁸ No Brasil, a ABS estruturou-se com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), a Estratégia Saúde da Família (ESF) e as equipes de Saúde Bucal, contando, em dezembro de 2014, com quase todos os municípios cobertos por esses serviços, embora com extensão e qualidade heterogêneas.⁹

Por atuar no nível local de saúde, a ABS pode identificar condições laborais insalubres e agravos referentes ao trabalho, além de promover ações para sua prevenção e, especialmente, promoção da saúde entre os trabalhadores. Algumas iniciativas vêm sendo desenvolvidas nessa direção, com destaque para os protocolos de Atenção à Saúde do Trabalhador na ABS e suas várias recomendações, entre as quais a notificação dos agravos relacionados com o trabalho.¹⁰ Essas iniciativas permanecem pontuais, sendo relevante conhecer seu alcance como preditoras das notificações de AT-Gr, visando a sensibilização dos profissionais e trabalhadores para seu apoio e desenvolvimento.

Este estudo tem como objetivo descrever a evolução da notificação dos acidentes de trabalho graves no Sistema de Informação de Agravos de Notificação, em todo o país, no período de 2007 a 2011, e verificar se a Estratégia Saúde da Família teve impacto nesse registro.

Métodos

Trata-se de um estudo ecológico, constituído de duas etapas: a Etapa 1 (descritiva) compreendeu a contabilização do número de municípios que notificaram AT-Gr no Sinan, no período de 2007 a 2011; na Etapa 2 (analítica), verificou-se a hipótese da existência de associação entre a cobertura da ESF, o número de equipes da Estratégia Saúde da Família existentes em 2008 e 2009, e o aumento da notificação de AT-Gr no mesmo período, nos municípios notificantes.

A unidade de análise foi o município, sendo incluídos no estudo todos os municípios do Brasil.

Dados sobre a cobertura e número de equipes da ESF por município, para cada ano estudado, foram obtidos no Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde/Ministério da Saúde (DAB/SAS/MS), que utiliza registros para cálculo do pagamento de incentivos ao PACS e à ESE, e no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), disponível no portal <http://dab.saude.gov.br/portaldab/>. Os dados extraídos foram: unidade da federação (UF), código, nome e população do município, número de equipes e cobertura populacional da ESF.

As bases de dados de notificações de AT-Gr do Sinan foram cedidas pela Coordenação-Geral de Saúde do Trabalhador, da Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde (CGSAT/SVS/MS), e encontram-se disponíveis no portal do Centro Colaborador em Vigilância dos Acidentes de Trabalho, do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia: www.ccvisat.ufba.br. Selecionaram-se registros da UF, código do município, tipo de notificação, código do agravo e ano de notificação.

Para a Etapa 1, a variável considerada foi "município notificante": Sim (1) para aqueles com pelo menos um caso de AT-Gr notificado no Sinan, no período de 2007 a 2011; e Não (0) para os demais municípios. Foram estimados o número e a proporção de municípios notificantes de AT-Gr, de acordo com UF e a macrorregião à qual está circunscrita.

Na Etapa 2, a variável resposta foi a variação percentual do número de casos de acidentes de trabalho graves notificados no Sinan entre 2008 e 2009. A variação percentual foi calculada pela diferença entre o número de AT-Gr notificados entre os dois anos, dividida pelo número de AT-Gr do ano inicial (2008), multiplicado por 100. As variáveis preditoras foram "cobertura populacional" e "número de equipes de ESF". A associação entre as variáveis preditoras e a variação percentual da notificação de AT-Gr foi estimada por meio de regressão linear múltipla. Pressupostos foram checados e realizada análise de resíduos com o modelo final. Inferências estatísticas foram realizadas com intervalos de confiança a 95%, e teste T, empregando-se um nível de significância de 5%.

Para a compilação das bases de dados, utilizou-se o Statistical Analysis System (SAS) versão 9.2 e planilhas da plataforma Excel (Microsoft Office).

O projeto do estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (Parecer nº 91.514), e conduzido em conformidade com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) no 466, de 12 de dezembro de 2012.

Resultados

No Brasil, do total de 5.565 municípios, 303 (5,4%) notificaram AT-Gr no Sinan em 2007; em 2011, foram 1.577 (28,3%), representando um aumento de 420% no número de municípios notificantes (Figura 1). Nesse período de cinco anos, o crescimento médio anual do número de municípios que notificaram foi de 51,6%. Na Tabela 1, observa-se que a região Centro-Oeste registrou a maior proporção inicial (9,7%) e atingiu 31,1% de municípios notificantes no último ano do estudo, 2011, significando um crescimento expressivo de 222,2%. A região Sudeste ocupava a segunda posição em 2007, com 7,9% de seus municípios notificando AT-Gr, proporção que alcançou 43,0% em 2011, ou seja, uma variação de 447,3% de crescimento entre seus 1.668 municípios. Entretanto, a maior variação percentual ocorreu no Nordeste (754,3%), devido ao menor patamar inicial dessa região em 2007 (2,0%).

Destaca-se o pequeno número de notificações nas UF da região Norte, e três unidades da federação que não registraram notificações em 2007 (Rondônia, Maranhão e Sergipe), reduzindo-se o período de estimativa da variação percentual de quatro (2007-2011) para três anos (2008-2011). Esse grande crescimento relativo, medido pela variação percentual, contrasta com a pouca extensão da notificação de AT-Gr no Sinan. À exceção do Distrito Federal, constituído de um único município (Brasília), nenhuma UF atingiu 100% de municípios notificantes até 2011. A UF com melhor desempenho ao final do período foi o Paraná (60,7%), na região Sul, seguido de Mato Grosso do Sul (60,3%) e Mato Grosso (56,7%), ambos na região Centro-Oeste. As UF do Sudeste apresentaram proporção em torno dos 40,0% – salvo o Espírito Santo, que alcançou somente 26,9% de municípios notificantes. Na região Nordeste, os maiores percentuais foram observados para o Ceará, Bahia e Rio Grande do Norte. A Figura 2 sumariza essas estimativas na forma de curvas de distribuição do percentual de municípios que notificaram AT-Gr por regiões do país. Evidencia-se, no desenho dessas

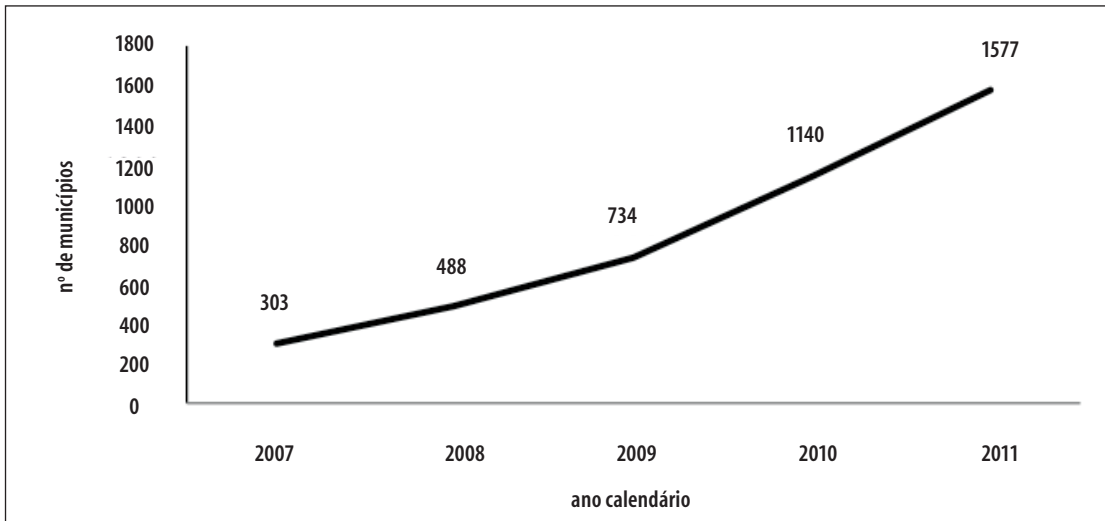


Figura 1 – Evolução do número de municípios que notificaram acidentes de trabalho graves no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). Brasil, 2007 a 2011

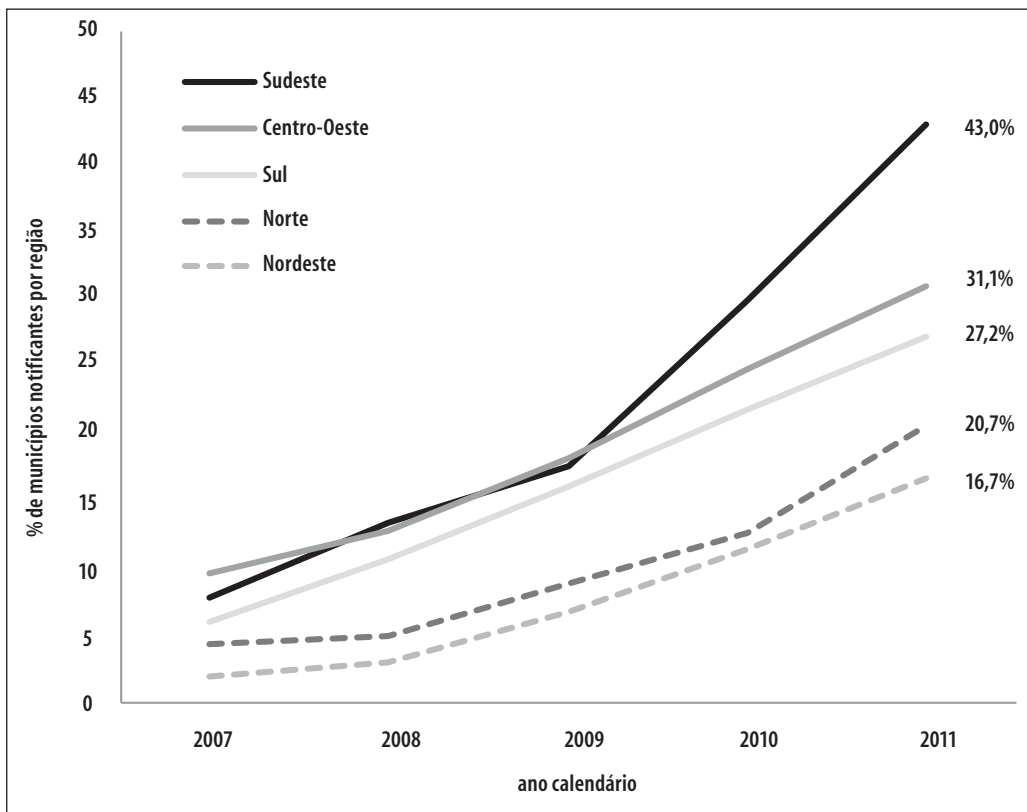


Figura 2 – Proporção (%) de municípios que notificaram acidentes de trabalho graves no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), segundo macrorregiões do país. Brasil, 2007 a 2011

Tabela 1 – Distribuição do número e proporção (%) de municípios que notificaram acidentes de trabalho graves no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), segundo macrorregiões e unidades da federação (UF), por ano-calendário. Brasil, 2007 a 2011

Macrorregiões e UF	Municípios	2007		2008		2009		2010		2011		Variação percentual 2007-2011 (%)
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Norte	449	20	4,5	23	5,1	40	8,9	57	12,7	93	20,7	365,0
Amazonas	62	5	8,1	3	4,8	9	14,5	18	29,0	27	43,5	440,0
Amapá	16	3	18,8	2	12,5	4	25,0	2	12,5	5	31,3	66,7
Acre	22	1	4,5	1	4,5	1	4,5	2	9,1	2	9,1	100,0
Rondônia	52	–	–	1	1,9	2	3,8	6	11,5	13	25,0	1.200,0 ^a
Roraima	15	1	6,7	1	6,7	4	26,7	3	20,0	4	26,7	300,0
Pará	143	3	2,1	1	0,7	2	1,4	5	3,5	14	9,8	366,7
Tocantins	139	7	5,0	14	10,1	18	12,9	21	15,1	28	20,1	300,0
Nordeste	1.794	35	2,0	53	3,0	122	6,8	207	11,5	299	16,7	754,3
Bahia	417	17	4,1	22	5,3	39	9,4	82	19,7	121	29,0	611,8
Alagoas	102	1	1,0	1	1,0	6	5,9	7	6,9	11	10,8	1.000,0
Ceará	184	6	3,3	7	3,8	19	10,3	38	20,7	55	29,9	816,7
Maranhão	217	–	–	2	0,9	5	2,3	8	3,7	8	3,7	300,0 ^a
Rio Grande do Norte	167	2	1,2	8	4,8	24	14,4	29	17,4	43	25,7	2.050,0
Sergipe	75	–	–	2	2,7	2	2,7	3	4,0	8	10,7	300,0 ^a
Pernambuco	185	2	1,1	4	2,2	12	6,5	16	8,6	28	15,1	1.300,0
Piauí	224	1	0,4	2	0,9	9	4,0	9	4,0	12	5,4	1.100,0
Paraíba	223	6	2,7	5	2,2	6	2,7	15	6,7	13	5,8	116,7
Sudeste	1.668	131	7,9	225	13,5	295	17,7	500	30,0	717	43,0	447,3
São Paulo	645	62	9,6	141	21,9	175	27,1	239	37,1	272	42,2	338,7
Minas Gerais	853	51	6,0	61	7,2	86	10,1	216	25,3	387	45,4	658,8
Rio de Janeiro	92	13	14,1	16	17,4	24	26,1	36	39,1	37	40,2	184,6
Espírito Santo	78	5	6,4	7	9,0	10	12,8	9	11,5	21	26,9	320,0
Sul	1.188	72	6,1	127	10,7	192	16,2	260	21,9	323	27,2	348,6
Paraná	399	49	12,3	105	26,3	152	38,1	200	50,1	242	60,7	393,9
Santa Catarina	293	8	2,7	12	4,1	23	7,8	29	9,9	38	13,0	375,0
Rio Grande do Sul	496	15	3,0	10	2,0	17	3,4	31	6,3	43	8,7	186,7
Centro-Oeste	466	45	9,7	60	12,9	85	18,2	116	24,9	145	31,1	222,2
Goias	246	4	1,6	6	2,4	13	5,3	17	6,9	17	6,9	325,0
Distrito Federal	1	1	100,0	1	100,0	1	100,0	1	100,0	1	100,0	–
Mato Grosso	141	36	25,5	43	30,5	56	39,7	74	52,5	80	56,7	122,2
Mato Grosso do Sul	78	4	5,1	10	12,8	15	19,2	24	30,8	47	60,3	1.075,0
Brasil	5.565	303	5,4	488	8,8	734	13,2	1.140	20,5	1.577	28,3	420,5

a) Estimativas que correspondem à variação percentual de 2008-2011, devido aos valores iguais a zero em 2007.

curvas, o crescimento linear de municípios notificantes de AT-Gr entre 2007 e 2011.

Na análise de associação entre a cobertura da ESF e a notificação de AT-Gr, o ano de referência foi 2008, quando havia 29.300 equipes distribuídas entre os 5.565 municípios brasileiros, com uma cobertura populacional estimada de 49,5%. A Tabela 2 mostra que, tanto em 2008 como em 2009, não foi possível identificar associação entre a cobertura da ESF, ou o número de equipes de Saúde da Família existentes, e a variação proporcional da notificação de acidentes de trabalho graves no Sinan.

Discussão

Os achados deste estudo mostram que, entre 2007 e 2011, foi crescente o número de municípios que notificavam acidentes de trabalho graves no Sinan, em todas as macrorregiões e unidades da federação brasileira. Todavia, os dados disponíveis não permitem afirmar que a expansão da ESF tenha tido um papel expressivo no crescimento dessas notificações. Regiões com maior aumento – relativamente ao patamar inicial – foram o Nordeste e o Sudeste. O Centro-Oeste apresentou o menor crescimento de municípios com casos notificados, ainda que essa região apresentasse percentuais

mais elevados na maioria de suas UF. Também ficou evidente que em 2011, cinco anos após a implantação da notificação, esta não tinha se estendido à maioria dos municípios. Poucas UF concentravam mais da metade de seus municípios com algum caso notificado. A maior proporção de municípios notificantes foi observada nas UF da região Sudeste.

A Renast tem a Vigilância em Saúde do Trabalhador como ação estruturante, baseando-se – fundamentalmente – na produção da informação para a ação. A coleta de dados, de modo sistemático e contínuo, sua análise e produção de informação pronta para o uso pelos gestores da Saúde, e pela sociedade como um todo, podem contribuir para uma melhor definição de prioridades e aplicação de recursos no nível local, impactando na melhoria da saúde dos trabalhadores. A implementação da Renast e de suas ações de apoio à notificação de agravos relacionados ao trabalho no Sinan têm um significado importante ao denotar uma inflexão na situação pregressa, na qual prevaleciam informações restritas a trabalhadores segurados pelo RAT da Previdência Social. Caminhou-se, portanto, na direção do maior alcance dos estudos estatísticos sobre a morbimortalidade dos agravos relacionados ao trabalho no Brasil, movimento em acordo com um dos princípios do SUS – a Universalidade – na gestão dos serviços de saúde.

Tabela 2 – Coeficiente de regressão linear para associação entre cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF), equipes de Saúde da Família existentes e variação da notificação dos acidentes de trabalho graves no Sinan, por municípios. Brasil, 2008 a 2009

Variáveis	β	Intervalo de confiança de 95%	Teste T p-valor
Modelo 1			
Cobertura da ESF – 2008	-0,11	-0,25;0,01	0,09
Modelo 2			
Cobertura da ESF – 2009	-0,11	-0,24;0,01	0,09
Modelo 3			
Nº de equipes da ESF – 2009	0,01	-0,24;0,01	0,84
Cobertura da ESF – 2009	-0,11	-0,09;0,11	0,09
Modelo 4 (ajustado)			
Cobertura da ESF – 2008	-0,07	-0,48;0,34	0,72
Cobertura da ESF – 2009	-0,04	-0,45;0,36	0,82
Nº de equipes da ESF – 2008	0,18	-0,88;1,26	0,72
Nº de equipes da ESF – 2009	-0,17	-1,22;0,87	0,74

Com a incorporação de agravos relacionados ao trabalho no Sinan, foi necessária a implementação da Rede Sentinela de Saúde do Trabalhador, uma estratégia que tem como um dos seus objetivos ampliar as unidades de saúde notificantes. Essa tarefa é complexa e difícil. O diagnóstico de agravos relacionados ao trabalho requer o reconhecimento e valorização do trabalho enquanto fator determinante da saúde. Esse reconhecimento desejado não se expressa tão-somente nos dados inscritos em prontuários e na notificação em si, tanto no Sinan como em outros sistemas de informações. Ele também se reflete em tarefas importantes, de interesse para além do registro burocrático, como na orientação das ações de prevenção desses agravos e na promoção da saúde dos trabalhadores.

O diagnóstico de acidente de trabalho – a partir de uma simples pergunta sobre a ocupação do paciente e a vinculação do acidente com seu trabalho, presumida ou comprovada – pressupõe a formação de profissionais de saúde motivados para o exercício dessa tarefa, o que depende de iniciativas em educação todavia insuficientes no país. Cursos de graduação na área da Saúde incluem poucos conteúdos, disciplinas e práticas relacionadas à saúde do trabalhador nos seus conteúdos curriculares.¹¹

Distintamente do que acontece com o diagnóstico de enfermidades em geral, a relação causal do acidente de trabalho com a ocupação pode ser verificada pela realização de poucas questões ao trabalhador ou informantes. Entretanto, observam-se omissões, resultantes de pressões exercidas por empregadores.¹¹ Há que se considerar, ademais, o receio dos profissionais de saúde em fazer o registro desses acidentes devido a: (i) questões legais, de responsabilidade jurídica das partes envolvidas; e (ii) pecuniárias, como interdições de empresas, multas, indenizações e ações regressivas, além de implicações orçamentárias para a Previdência Social, como o pagamento de pensões, entre outras. São fatores envolvidos no grande sub-registro e subnotificação dos casos de acidente de trabalho, identificados nos sistemas de informações em saúde.^{1,7,11,12}

Evidentemente, nos municípios onde não se registraram acidentes de trabalho, a conclusão é de "subnotificação total". É inverossímil a absoluta inexistência de casos fatais e/ou não fatais durante todo um ano, da forma como este estudo encontrou na maioria dos municípios brasileiros. A interpretação dos motivos para tão baixa adesão na notificação de acidentes de trabalho no nível

municipal ressoa-se da falta de estudos específicos sobre seus fatores determinantes.

Os achados do presente estudo sugerem que a habilitação de unidades de saúde pelo SUS não implica, necessariamente, na oferta de serviços de qualidade, tampouco em sua ampla cobertura e acesso pela população. Nesse sentido, um aspecto a ser considerado é a ocorrência de erros no registro de acidentes de trabalho. Por exemplo, quando se indica o local de notificação e não o de ocorrência, haverá uma estimativa maior do número de municípios sem casos notificados. Além deste há também equívocos de digitação de descritores, refletindo a negligência no preenchimento dos formulários.

Ademais, há problemas inerentes ao modelo de rede sentinela, como o estabelecimento de algumas unidades notificantes incompatível com o princípio da universalidade do Sinan.¹³ E a área de atuação dos Cerest difere daquela estabelecida para outras ações do SUS,⁷ sua cobertura não corresponde à capacidade instalada, e há tendência de concentração nos municípios-sede. Outra questão a se resolver reside nos municípios aos quais são atribuídas responsabilidades nas ações de Saúde do Trabalhador, nos quais persistem fatores limitantes a sua execução que necessitam ser superados. Por exemplo, observa-se:

- ausência de ações dirigidas à saúde dos trabalhadores nos planos municipais de saúde;
- não consideração do diagnóstico situacional em Saúde do Trabalhador no planejamento das ações de Vigilância e Assistência à Saúde;
- falta de definição e/ou de fortalecimento de referência técnica em Saúde do Trabalhador nos municípios; e
- pouca participação de Câmara Técnica ou Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador nos Conselhos Municipais de Saúde.¹⁴

Assim, não se pode deixar de destacar a limitada participação dos trabalhadores no controle social e nas ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT).¹⁵

Os resultados deste estudo evidenciam que no Brasil, entre 2008 e 2009, não houve associação entre a cobertura populacional da Saúde da Família e a variação percentual das notificações dos AT-Gr no Sinan, sugerindo que a proposta de incorporação das ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Básica em Saúde via matricialização é ainda incipiente no país. Dessa forma, as conclusões do presente estudo corroboram as do levantamento nacional realizado por Dias,¹⁰ que revelou não só as limitações

dessa proposta como também as restrições do escopo de atividades realizadas.

Entretanto, Poço e Dias,¹⁶ ao analisarem o processo de matricialização na ABS das ações de Saúde do Trabalhador do Cerest Regional de Juiz de Fora-MG, evidenciaram sua consolidação e integração ao SUS, destacando como principais ações implementadas: sensibilização e capacitação continuada dos profissionais da ABS; definição de fluxos e protocolos de referência e contra-referência; consultoria e suporte técnico para as equipes da ABS; e acompanhamento, avaliação e orientação dos usuários. A experiência de implantação das ações de Saúde do Trabalhador à ABS no município de Amparo-SP,¹⁷ mostra a importância da participação nos colegiados de Saúde da Família, espaços compartilhados pelas equipes para discussão de situações-problema e organização dos serviços sob sua competência.

A existência de desigualdades socioeconômicas, culturais e institucionais entre os municípios brasileiros é determinante na diversidade de estratégias adotadas para operacionalizar a Atenção Básica em Saúde. Alguns autores^{18,19} destacam essa diversidade como o principal desafio à efetivação das ações de Saúde do Trabalhador na ABS, a que se juntam outros:

- pouco engajamento de equipes de Saúde da Família nas ações de vigilância à saúde, em relação às práticas assistenciais;
- ações de assistência e vigilância em Saúde do Trabalhador todavia fragmentadas e concentradas em níveis de atenção mais complexos do sistema;
- sobrecarga de trabalho das equipes de Saúde da Família; e o
- entendimento, prevalente, de que doenças e agravos relacionados ao trabalho não fazem parte do grupo de condições indicadas como prioritárias para acompanhamento domiciliar.

Considerando-se a utilização de dados secundários nas análises e as restrições características dos desenhos ecológicos, os resultados apresentados aqui devem ser avaliados a partir das limitações do estudo em tela, quais sejam: (i) possibilidade de AT-Gr serem registrados em prontuários ou outros sistemas, e não no Sinan, (ii) erros no registro do estabelecimento ou município, concentrando as notificações no município-sede do Cerest e/ou da unidade sentinela, e a (iii) interferência de problemas burocráticos no encaminhamento de notificações preenchidas, entre outros aspectos.

O presente estudo demonstrou o reduzido número de municípios brasileiros notificantes de acidentes de trabalho graves. Não se observou relação entre o crescimento das notificações desses agravos nos municípios e sua cobertura pela Estratégia Saúde da Família, indicando a necessidade de maiores investimentos nas ações de assistência e vigilância, e de incentivos para a adesão dos gestores e profissionais de saúde à estratégia de descentralização das ações de Saúde do Trabalhador para a Atenção Básica em Saúde. O acesso das equipes de Saúde da Família à população trabalhadora local pode contribuir com o fortalecimento de ações integradas, dirigidas à saúde dos trabalhadores. Com o apoio de especialistas, as equipes de Saúde da Família estarão mais aptas a incorporar as ações de Saúde do Trabalhador em suas práticas, possibilitando a identificação de agravos relacionados ao trabalho e a realização de condutas clínicas específicas e de acompanhamento.

A divulgação das informações em Saúde do Trabalhador ao público geral representa outro importante elemento estratégico, no sentido de conferir transparência à situação de saúde dos trabalhadores no país. Da mesma forma, as ações desenvolvidas pelas equipes de Saúde da Família no território podem motivar a população a seguir as recomendações de saúde, e fortalecer, graças a seu conhecimento, orientação técnica e proximidade da população, iniciativas de controle social sobre as condições de saúde no ambiente de trabalho.

A Saúde da Família foi adotada como proposta estratégica para a municipalização das ações em Saúde do Trabalhador. Um importante instrumento de reforço e efetivação dessa estratégia foi a instituição da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora,⁸ ao contemplar as ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Básica em Saúde, incluindo, entre outras, a notificação dos agravos relacionados ao trabalho no Sinan e no SIAB, e o ajustamento aos novos processos tecnológico-produtivos.

Com a descentralização das ações e serviços de saúde, espera-se que todo município se responsabilize pelo gerenciamento das informações em saúde de sua localidade, contribuindo para a melhoria da qualidade e confiabilidade dos dados sobre acidentes de trabalho no conjunto do país. O reconhecimento da importância do registro dos

casos e o preenchimento completo dos dados pelas equipes de Saúde da Família poderão conduzir à melhoria dessas notificações nos sistemas de informações do SUS.

Outros estudos devem ser realizados, para aprofundar as análises, identificar os possíveis fatores determinantes das relações investigadas por este trabalho e avaliar, dentro do contexto de cada município, as dificuldades a superar para a implementação das ações de notificação de acidentes de trabalho graves na rede de Atenção Básica em Saúde.

Agradecimentos

À Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso, ao Centro Colaborador em Vigilância dos Acidentes de Trabalho do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade

Federal da Bahia, à Coordenação-Geral de Saúde do Trabalhador (CGSAT) da Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde e ao Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde/Ministério da Saúde, pelas valiosas contribuições.

Contribuições das autoras

Bastos-Ramos TP e Santana VS participaram da concepção e delineamento do estudo, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica do conteúdo do manuscrito.

Ferrite S participou da concepção, delineamento do estudo e revisão crítica do manuscrito.

As autoras aprovaram a versão final do artigo e assumem responsabilidade por todos os aspectos do trabalho, garantindo sua precisão e integridade.

Referências

1. Santana VS, Dias EC, Senna Silva JF. Atenção, prevenção e controle em saúde do trabalhador. In: Paim JS, Almeida-Filho NM. Saúde Coletiva: teoria e prática. Rio de Janeiro: Medbooks; 2014. p.513-39.
2. Ministério da Previdência Social (BR). Anuário estatístico de acidentes do trabalho 2009: anexo I [Internet]. Brasília: Ministério da Previdência Social; 2009 [citado 2012 abr 10]. Disponível em: <http://www.previdencia.gov.br/estatisticas/anuario-estatistico-de-acidentes-do-trabalho-2009/>
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Notificação de acidentes do trabalho fatais, graves e com crianças e adolescentes. Saúde do trabalhador - protocolos de complexidade diferenciada [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) . (Saúde do Trabalhador ; 2. Protocolos da Complexidade Diferenciada). [citado 2015 fev 15]. Disponível em: http://www.renastonline.org/sites/default/files/Protocolo_Acidente_de_Trabalho.pdf
4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan: normas e rotinas [Internet]. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. 67 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) [citado 2015 fev 16]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0098_M.pdf
5. Santana VS, Moura MCP, Soares J, Guedes MH. Acidentes de trabalho no Brasil: dados de notificação do SINAN 2007-2008 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, Universidade Federal da Bahia; 2009. [citado 2015 fev 12]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/artigos/relatorio_sinan_2007_08.pdf
6. Galdino A, Santana VS, Ferrite S. Os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador e a notificação de acidentes de trabalho no Brasil. Cad Saude Publica. 2012 jan;28(1):145-59.
7. Dias EC, Hoefel MG. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. Cienc Saude Colet. 2005 out-dez;10(4):817-27.
8. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2012 ago 23;Seção 1:46.
9. Tanaka OY. Avaliação da Atenção Básica em Saúde: uma nova proposta. Saude Soc. 2011 out-dez;20(4):927-34.
10. Universidade Federal de Minas Gerais. Desenvolvimento de ações de saúde do trabalhador na Atenção Primária à Saúde: aspectos históricos, conceituais, normativos e diretrizes [Internet]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2010. 63 p. [citado 2015 fev 14]. Disponível em: http://www.renastonline.org/sites/default/files/arquivos/recursos/ST-APS_documento%20conceitual.pdf

11. Mangas RMN, Gómez CM, Thedim-Costa SMF. Acidentes de trabalho fatais e desproteção social na indústria da construção civil do Rio de Janeiro. *Rev Bras Saude Ocup.* 2008 jul-dez;33(118):48-55.
12. Kluthcovsky, FA. Avaliação do processo de expansão do programa saúde da família em um município do sul do Brasil [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto.; 2005. 186p. [citado 2015 fev 10]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-16122005-114331/>.
13. Santana VS, Silva JM. Os 20 anos da saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde do Brasil: limites, avanços e desafios. In: Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde no Brasil.* Brasília: Ministério da Saúde; 2009. p.175-204.
14. Secretaria de Estado de Saúde (Minas Gerais). Subsecretaria de Vigilância e Proteção à Saúde. Superintendência de Vigilância Epidemiológica, Ambiental e Saúde do Trabalhador. Diretoria de Saúde do Trabalhador. Construindo ações de saúde do trabalhador no âmbito das superintendências e gerências regionais de saúde [Internet]. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais; 2011. 159 p. [citado 2015 jan 10]. Disponível em: www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2839.pdf
15. Machado JMH, Santana VS, Campos A, Ferrite S, Peres MC, Galdino A, et al. Situação da Rede Nacional de Atenção Integral em Saúde do Trabalhador (Renast) no Brasil, 2008-2009. *Rev Bras Saude Ocup.* 2013 jul-dez;38(128):243-56.
16. Poço JLC, Dias EC. Descentralização de ações de saúde do trabalhador para a atenção primária de saúde: desafios e possibilidades: a experiência do Cerest de Juiz de Fora, MG. *Rev Med Minas Gerais.* 2010 abr-jun;20supl 2:S38-46.
17. Dias MDA, Bertoline GCS, Pimenta AL. Saúde do Trabalhador na atenção básica: análise a partir de uma experiência municipal. *Trab Educ Saude.* 2011 mar-jun;9(1):137-48.
18. Dias EC, Rigotto RM, Augusto LGS, Cancio J, Hoefel MGL. Saúde ambiental e saúde do trabalhador na Atenção Primária à Saúde, no SUS: oportunidades e desafios. *Cienc Saude Colet.* 2009 dez;14(6):2061-70.
19. Lacaz FAC, Santos APL. Saúde do trabalhador, hoje: revisitando atores sociais. *Rev Med Minas Gerais.* 2010 abr-jun;20 supl 2:S5-12.

Recebido em 27/03/2015
Aprovado em 31/08/2015