



MESTRADO EM CIÊNCIAS
AMBIENTAIS E SAÚDE

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
MESTRADO EM CIÊNCIAS AMBIENTAIS E SAÚDE

**A REDE SENTINELA DE NOTIFICAÇÃO DE AGRAVOS EM
SAÚDE DO TRABALHADOR/SUS SEGUNDO A VISÃO DE
GESTORES E TRABALHADORES DA REGIONAL DE SAÚDE.
RONDONÓPOLIS/MT**

NELLI BROCH RAVAZIO

GOIÂNIA – GO
2013



MESTRADO EM CIÊNCIAS
AMBIENTAIS E SAÚDE

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
MESTRADO EM CIÊNCIAS AMBIENTAIS E SAÚDE

**A REDE SENTINELA DE NOTIFICAÇÃO DE AGRAVOS EM
SAÚDE DO TRABALHADOR/SUS SEGUNDO A VISÃO DE
GESTORES E TRABALHADORES DA REGIONAL DE SAÚDE.
RONDONÓPOLIS/MT**

**NELLI BROCH RAVAZIO
ORIENTADORA: DRA. ELINE JONAS**

Dissertação apresentada ao Programa
de Mestrado em Ciências Ambientais e
Saúde, da PUC, como requisito para
obtenção do Título de Mestre.

GOIÂNIA – GO
2013

Ravazio, Nelli Broch.

R252r A rede sentinela de notificações de agravos em saúde do trabalhador/SUS segundo a visão de gestores e trabalhadores da regional de saúde. Rondonópolis/MT [manuscrito] / Nelli Broch Ravazio. – 2013.

139 f. ; il. ; grafs. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Departamento de Ciências Ambientais e Saúde, 2013.

“Orientadora: Profa. Dra. Eline Jonas”.

1. Rede Sentinela. 2. Notificações 3. Agravos e Acidentes do Trabalho – Rondonópolis (Mato Grosso) I. Título.

CDU: 614(043)



DISSERTAÇÃO DO MESTRADO EM CIÊNCIAS AMBIENTAIS E SAÚDE
DEFENDIDA EM 11 DE MARÇO DE 2013 E CONSIDERADA
APROVADA PELA BANCA EXAMINADORA:

1)



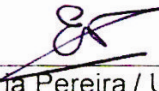
Profa. Dra. Eline Jonas / PUC Goiás (Presidente)

2)



Profa. Dra. Lúcia Helena Rincón Afonso / PUC Goiás (Membro)

3)



Profa. Dra. Edsaura Maria Pereira / UFG (Membro Externo)

4)

Profa. Dra. Maira Barberi / PUC Goiás (Suplente)

Dedico este estudo para minha mãe Ângela Corazza Broch, que demonstra todos os dias que a construção de uma família se fundamenta na dignidade e no valor do coração. Mãe, você é o exemplo vivo de que somente as pessoas de coração nobre, são capazes de passar por dificuldades, sem perder a bondade e a beleza d'alma. Hoje, percebo todos os valores que me repassou e sou feliz e orgulhosa por lhe chamar "MÃE"!

AGRADECIMENTOS

A força que impele a humanidade a desenvolver-se é a do coração e esta força se alicerça no sentimento de gratidão, que nos demonstra que nada somos ou poderíamos ser, se nos embasássemos somente em nossa coragem para lutar e vencer as pequenas e grandes batalhas impostas pela vida. Assim, consciente de que venci barreiras porque não estive somente com a solidão, agradeço:

Com sentimento de respeito, admiração e confiança agradeço a minha orientadora Dra. Eline Jonas, que me incentivou, cobrou e orientou a fazer este estudo, em todas as suas fases. O sucesso deste estudo não é somente meu é, com certeza, nosso. Obrigada!

Aos gestores e trabalhadores do SUS, especialmente, os trabalhadores das unidades de saúde da Rede Sentinela, os quais foram comprometidos com este trabalho e, participaram ativamente deste estudo, agradeço a disposição, amizade e lealdade todas às vezes que necessitei entrar em contato com cada um de vocês.

Agradeço a Diretora do Escritório Regional de Saúde da Regional de Saúde de Rondonópolis Geraldina B. Ribeiro Silva, aqui representando a Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Mato Grosso, por ser compreensiva e ativa no desenvolvimento deste trabalho, que acredito terá retorno para o meu aperfeiçoamento humano e profissional no desempenho das funções. E toda a Equipe de Trabalho do Escritório Regional de Saúde de Rondonópolis, bem como, a Equipe do CEREST/MT, pelo

companheirismo e me auxiliando com apoio técnico, informações e palavras de incentivo.

Aos meus familiares, em especial ao meu esposo Gilnei José Ravazio, que foi sempre incentivador para me proporcionar a realização deste sonho. Juntos, fomos e somos vencedores.

As minhas filhas Mariangela Broch Ravazio e Gabrielle Broch Ravazzio, pela demonstração diária de que o sucesso somente agracia aqueles que nada temem e que tem na intensidade de suas emoções a força que rege a sua vida. Vocês são os exemplos de perseverança, força e luta, me orgulho de olhar para vocês e chamar “filhas”, pelo brilhantismo de suas mentes e força de seus corações.

Com sentimento de saudades e amor, agradeço ao meu pai João Aleixo Broch (*in memoriam*), que soube como poucos alegrar o coração e a vida daqueles que estavam ao seu lado, que fez de sua alegria a felicidade de seus familiares.

A minha irmã Neusa Maria Broch Coelho, que representa toda a nossa família nesta longa caminhada em busca da formação acadêmica e do título de Mestre. Seu apoio e companhia durante todo o período do mestrado, nos tornou mais do que irmãs, juntas: SOMOS MESTRES.

“Há privilégios públicos para o ‘SUS da soja e do boi’ em detrimento do SUS para a saúde humana e ambiental de Mato Grosso”.

Wanderlei Antonio Pignati
Jorge Mesquita Huet Machado

RESUMO

A preocupação com a saúde do trabalhador vem ganhando maior notoriedade no campo das discussões sociais, do Poder Público e na Saúde Pública, comprovando a fragilidade do tratamento aos agravos e acidentes de trabalho. Este estudo teve como objetivo geral identificar as dificuldades da efetivação da Rede Sentinela de Notificação de Acidentes e Agravos em saúde dos trabalhadores a partir da visão dos/as gestores/as e trabalhadores/as/SUS da Regional de Saúde de Rondonópolis-MT, 2009-2011. Tratou-se de um estudo descritivo-explicativo por meio de pesquisa documental e questionário junto aos gestores e trabalhadores/SUS que responderam as questões fechadas e semi-abertas, com análise quantitativa. Os resultados possibilitaram as seguintes assertivas: as notificações de agravos e acidentes de trabalho no SINAN – Sistema de Informação de Agravos e Notificações não estão em conformidade com os registros do MPS/DATAPREV, CAT, SUB; existe alto índice de subnotificação nos dados do SINAN; falta treinamento para os trabalhadores/SUS; não existem profissionais designados especificamente para atuar na saúde do trabalhador e o Código Sanitário dos Municípios da Regional de Saúde de Rondonópolis não aborda aspectos da saúde do trabalhador. Neste sentido, concluiu-se que os gestores não possuem conhecimento real sobre os casos de acidentes de trabalho, por isso, não percebem a importância de ações para reduzir os problemas de subnotificações dos atendimentos realizados na Rede Sentinela. Concluiu-se ainda que os trabalhadores são atendidos, porém não notificados, sugerindo-se maior efetividade nas notificações.

Palavras-chave: Rede Sentinela. Notificações. Agravos e Acidentes de Trabalho.

ABSTRACT

The matter of worker's health has been getting a bigger attention in the field of social discussions, Public Engagement and Public Health, proving the fragility in the area of injuries and work accidents treatment. This study had as general objective identify the difficulties met in the process of effectuation of Rede Sentinela de Notificação de Acidentes e Agravos em Saúde dos Trabalhadores (Sentinel Network for Notification of Accidents and Injuries in the Workers' Health), from the view of the managers and workers at SUS-Regional de Saúde de Rondonópolis-MT (Health Public System-Regional Health Center of Rondonópolis-MT), in the period 2009-2011. It's a descriptive-explanatory study, which used the documental research and questionnaire to interview managers and workers from SUS (Public Health System), who answered closed and semi-open questions, according to quantitative analysis. The results indicated the following statement: the notifications of injuries and work accidents in SINAN – Sistema de Informação de Agravos e Notificações (SINAN=System of information and notification of injuries) are not in conformity with the records of MPS/DATAPREV, CAT, SUB; there is a high level of sub-notification of data in SINAN; there is a lack of training for workers/SUS; there aren't specifically designated professionals to work with the workers' health and the Sanitary Code of Municipalities from Health Regional of Rondonópolis doesn't address aspects concerning the workers' health. Therefore, it can be concluded that the managers don't have the real knowledge of the cases concerning the work accidents, and because of that, they don't realize the importance of actions to reduce problems of sub-notifications of the care provided at Rede Sentinela (Sentinel Network). It was also concluded that even though the workers have received care, they are not registered, situation which suggests a better effectiveness in the notifications.

Key-words: Rede Sentinela (Sentinel Networks). Notifications. Injuries and Work Accidents.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

ATG – Acidente de Trabalho Grave

ATMB – Acidente de Trabalho com Material Biológico

CAT – Comunicação de Acidente de Trabalho

CEREST – Centro de Referência Estadual Saúde do Trabalhador

CGR – Conselho de Gestão Regional

CLT – Consolidação das Leis do Trabalho

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CONASS – Conselho Nacional de Secretários da Saúde

CONEP – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

COSAT – Coordenadoria de Saúde do Trabalhador

DATAPREV – Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social

DORT – Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho

EPC – Equipamento de Proteção Coletiva

EPI – Equipamento de Proteção Individual

ERS – Escritório Regional de Saúde

FGTS – Fundo de Garantia por Tempo de Serviço

HR – Hospital Regional

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IEO – Intoxicações Exógenas Ocupacionais

LER – Lesões por Esforços Repetitivos

MPS – Ministério da Previdência Social

MTE – Ministério do Trabalho e Emprego

PAIR – Perda Auditiva Induzida por Ruído

PNH – Política Nacional de Humanização

PSF – Programa de Saúde da Família

SIA – Sistema de Informação Ambulatorial

SIAB – Sistema de Informação de Atenção Básica

SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SISPACTO – Sistema de Pactuação das ações em Saúde firmado entre as Secretarias Estaduais e Secretarias Municipais

SMS – Secretaria Municipal da Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

VISAT – Vigilância em Saúde do Trabalhador

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Idade e Sexo dos Gestores e Trabalhadores. Regional de Rondonópolis-MT, 2012	70
Gráfico 2: Tempo de trabalho na área da saúde e tempo de trabalho na atividade atual. Regional de Rondonópolis-MT, 2012	72
Gráfico 3: Escolaridade quando iniciou o trabalho na saúde e escolaridade_atual de Gestores e Trabalhadores. Regional de Rondonópolis-MT, 2012	75
Gráfico 4: Realização de capacitação para Gestores e treinamento para Trabalhadores da Rede Sentinela. Regional de Rondonópolis-MT, 2012	79
Gráfico 5: Inserção do Programa da Saúde do Trabalhador no organograma da Secretaria Municipal da Saúde e existência de plano de Saúde do Trabalhador. Regional de Rondonópolis-MT, 2012.....	81
Gráfico 6: Abordagem da Saúde do Trabalhador no Código Sanitário, inclusão e pactuação da Saúde do Trabalhador nos sistemas de informação e pactuação dos indicadores no SISPACTO. Regional de Rondonópolis-MT, 2012	85
Gráfico 7: Conhecimento dos Gestores sobre o Órgão Público que atua na Saúde do Trabalhador. Regional de Rondonópolis-MT, 2012.....	88
Gráfico 8: Número de pessoas que trabalham na vigilância em saúde por Município da Regional segundo informação dos Gestores. Regional de Rondonópolis-MT, 2012	90
Gráfico 9: Treinamentos/Horas realizados por trabalhadores da Vigilância em Saúde segundo os Gestores. Regional de Rondonópolis-MT, 2012	92
Gráfico 10: Local de atendimento de pessoas vitimadas de acidente de trabalho no Município segundo os Gestores. Regional de Rondonópolis, 2012.....	95

Gráfico 11: Local da realização das notificações de Acidentes de Trabalho segundo os Gestores. Regional de Rondonópolis, 2012	97
Gráfico 12: Principal problema de Saúde do Trabalhador no Município segundo os gestores. Regional de Rondonópolis, 2012	99
Gráfico 13: Percepção dos gestores sobre a responsabilidade de fiscalização dos ambientes de trabalho. Regional Sul de Mato Grosso, 2012.....	101
Gráfico 14: Principais ações para melhoria da Saúde do Trabalhador segundo os Gestores. Regional de Rondonópolis, 2012	103
Gráfico 15: Unidade de Saúde integra a Rede Sentinela e treinamento para atuar na rede, segundo os trabalhadores. Regional de Rondonópolis, 2012	106
Gráfico 16: Realiza o preenchimento das fichas de notificações de agravos de Acidente de Trabalho e da ficha D, no SIAB segundo os Trabalhadores. Regional de Rondonópolis, 2012	108
Gráfico 17: Comunicação feita a equipe da Unidade de Saúde sobre a existência de Trabalhadores em risco, trabalho precoce e acidentados. Regional de Rondonópolis, 2012	110
Gráfico 18: Realiza acompanhamento dos Trabalhadores que sofrem Acidente de Trabalho e notificações de Acidente de Trabalho e Doenças Trabalhadoras, segundo a visão dos Trabalhadores. Regional de Rondonópolis, 2012	112
Gráfico 19: Número de profissionais que atuam na atenção a Saúde do Trabalhador na Vigilância em Saúde, segundo os trabalhadores. Regional de Rondonópolis, 2012.	114
Gráfico 20: Tempo de treinamento segundo os trabalhadores / SUS. Regional de Rondonópolis, 2012	116

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Resumo das Unidades Sentinelas Pactuadas ERS – Rondonópolis em 2008 e 2010	62
Quadro 2: Municípios segundo o tipo e número de acidentes e de agravos notificados pelo SINAN 2009 e 2011	65
Quadro 3: Municípios da Regional de Rondonópolis-MT – Acidentes do Trabalho, por situação de registro e motivo – 2009 e 2010	67
Quadro 4: Comparação das notificações do SINAN e registros da CAT – 2009 e 2011	68

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Relação dos Municípios da Regional de Saúde de Rondonópolis segundo a População, as Unidades de Saúde e as Unidades pactuadas-2011	53
Tabela 2: Trabalhadores/as do SUS da Rede Sentinela participantes da Pesquisa segundo atuação profissional. Rondonópolis, 2012.....	54
Tabela 3. Municípios da Regional de Saúde, Unidades de Saúde, Profissionais/SUS por Formação e Gestores. Rondonópolis, 2012	60
Tabela 4: Idade e sexo dos gestores e trabalhadores. Regional de Rondonópolis-MT, 2012	70
Tabela 5: Tempo de trabalho na área da saúde e tempo de trabalho na atividade atual. Regional de Rondonópolis-MT, 2012.....	72
Tabela 6: Escolaridade quando iniciou o trabalho na saúde e escolaridade atual de gestores e trabalhadores. Regional de Rondonópolis-MT, 2012	74
Tabela 7: Realização de capacitação para Gestores e treinamento para Trabalhadores da Rede Sentinela. Regional de Rondonópolis-MT, 2012	79
Tabela 8: Inserção do Programa da Saúde do Trabalhador no organograma da Secretaria Municipal da Saúde e existência de plano de Saúde do Trabalhador. Regional de Rondonópolis-MT, 2012.....	81
Tabela 9: Abordagem da Saúde do Trabalhador no Código Sanitário, inclusão e pactuação da Saúde do Trabalhador nos sistemas de informação e pactuação dos indicadores no SISPACTO. Regional de Rondonópolis-MT, 2012	84
Tabela 10: Conhecimento dos Gestores sobre o Órgão Público que atua na Saúde do Trabalhador. Regional de Rondonópolis-MT, 2012	88

Tabela 11: Número de pessoas que trabalham na vigilância em saúde por Município da Regional segundo informação dos Gestores. Regional de Rondonópolis-MT, 2012	90
Tabela 12: Treinamentos/Horas realizados por trabalhadores da Vigilância em Saúde segundo os Gestores. Regional de Rondonópolis-MT, 2012	92
Tabela 13: Local de atendimento de pessoas vitimadas de acidente de trabalho no Município segundo os Gestores. Regional de Rondonópolis, 2012	94
Tabela 14: Local da realização das notificações de Acidentes de Trabalho segundo os Gestores. Regional de Rondonópolis, 2012.....	96
Tabela 15: Principal problema de Saúde do Trabalhador no Município segundo os gestores. Regional de Rondonópolis, 2012.....	99
Tabela 16: Percepção dos gestores sobre a fiscalização dos ambientes de trabalho por órgãos públicos. Regional Sul de Mato Grosso, 2012	101
Tabela 17: Principais ações para melhoria da Saúde do Trabalhador segundo os Gestores. Regional de Rondonópolis, 2012.....	103
Tabela 18: Unidade de Saúde integra a Rede Sentinela e treinamento para atuar na rede, segundo os trabalhadores. Regional de Rondonópolis, 2012	105
Tabela 19: Realiza o preenchimento das fichas de notificações de agravos de Acidente de Trabalho e da ficha D, no SIAB segundo os Trabalhadores. Regional de Rondonópolis, 2012.....	107
Tabela 20: Comunicação feita a equipe da Unidade de Saúde sobre a existência de Trabalhadores em risco, trabalho precoce e acidentados. Regional de Rondonópolis, 2012.....	110
Tabela 21: Realiza acompanhamento dos Trabalhadores que sofrem Acidente de Trabalho e notificações de Acidente de Tra-	

balho e Doenças Trabalho, segundo a visão dos Traba-	
lhadores. Regional de Rondonópolis, 2012	112
Tabela 22: Número de profissionais que atuam na atenção a Saú-	
de do Trabalhador na Vigilância em Saúde, segundo os	
trabalhadores. Regional de Rondonópolis, 2012	114
Tabela 23: Tempo de treinamento segundo os trabalhadores/	
SUS. Regional de Rondonópolis, 2012	116

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	19
2. REFERENCIAL TEÓRICO	22
2.1 Saúde do Trabalhador e Saúde Ambiental: Uma Questão de Saúde Pública	22
2.1.1 A Política Nacional de Humanização na Saúde Pública	25
2.2 Modelos de Organização da Produção e a Saúde do Trabalhador	27
2.3 Acidentes de Trabalho como Problema de Saúde Pública	32
2.3.1 Acompanhamento do trabalhador acidentado após a notificação de agravos	35
2.4 A Política de Saúde Pública e a Redução dos Acidentes de Trabalho e dos Agravos à Saúde do Trabalhador	38
2.5 Aportes Conceituais para a Construção de uma Política de Notificação de Agravos e Acidentes do Trabalho	41
2.5.1 SUS: Vigilância de ambientes e dos processos de trabalho	44
2.6 A Implantação da Rede Sentinela de Notificação de Agravos em Saúde do Trabalhador no SUS em Mato Grosso	45
3. METODOLOGIA	51
3.1 Tipo de Pesquisa	51
3.2 Região e Área do Estudo	51
3.3 Critérios de Inclusão e Exclusão	54
3.4 Coleta dos Dados	55
3.5 Tratamento dos Dados/Informações	55
3.6 Resultados da Pesquisa	56
3.7 Aspectos Éticos	56
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	58
4.1 Perfil Sociodemográfico dos Gestores e Trabalhadores da Regional de Saúde	70
4.2 Saúde do Trabalhador nas Unidades de Saúde	78
4.3. Pactuação da Saúde do Trabalhador e Inclusão nos Sistemas de Informação	84

4.4. Trabalhadores da Rede Sentinela/SUS e a Percepção sobre as Ações e as Políticas Públicas.....	105
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	120
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	124
APÊNDICE I – QUESTIONÁRIO PARA GESTORES E/OU COORDENADORES DA VIGILÂNCIA A SAÚDE	130
APÊNDICE II – QUESTIONÁRIO AOS TRABALHADORES DA REDE SENTINELA/SUS.....	132
APÊNDICE III – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO/TCLE	134
APÊNDICE IV – DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO PSICOLÓGICO	136
ANEXO I – DECLARAÇÃO DAS INSTITUIÇÕES CO-PARTICIPANTES	137

1. INTRODUÇÃO

O direito à saúde do trabalhador é fruto de reivindicações dos sindicatos com os movimentos de oposição sindical dos anos 70/80 e dos movimentos de reforma sanitária, das Conferências de Saúde e pela conquista da promulgação da “Constituição Cidadã” em 1988, em que segundo Brasil (2010), foi determinado o direito universal a saúde e o advento do Sistema Único de Saúde (SUS).

A saúde do trabalhador constitui uma área da saúde pública que tem como objetivo o estudo e intervenção das relações entre o trabalhador e a saúde. Para Brasil (2010), o programa de saúde do trabalhador tem atuação contínua e sistemática, no sentido de detectar, pesquisar, analisar e conhecer os fatores determinantes e condicionantes dos agravos a saúde relacionados aos processos e ambientes de trabalho, em seus aspectos sociais, tecnológicos, organizacionais e epidemiológicos, com a finalidade de planejar, executar e avaliar intervenções sobre esses aspectos de forma a eliminá-los ou contratá-los.

A saúde do trabalhador é um assunto que está inserido em um contexto socioambiental capaz de influenciar a vida em sociedade. Neste sentido, esta abordagem parte do pressuposto que os trabalhadores são sujeitos transformadores de sua história e têm direitos de preservar a sua saúde física e mental a partir de boas condições no trabalho.

Os agravos à saúde do trabalhador, para Pignati (2007) estão diretamente relacionados com o desenvolvimento econômico e a diversificação dos processos produtivos, especificamente, em estados com

maior índice de crescimento econômico nos últimos anos, como é o caso do Estado de Mato Grosso que a partir da década de 1970 teve um processo evolutivo em alguns setores, da economia, principalmente em relação ao agronegócio.

Por esta razão os cuidados com a saúde do trabalhador, especialmente, no setor de agronegócio em Mato Grosso devem ser intensos devido aos riscos em que se encontram expostos.

O objetivo deste estudo foi identificar as dificuldades da implementação da Rede Sentinela de Notificação de Acidentes e Agravos em Saúde do Trabalhador a partir da visão dos/as gestores/as e dos trabalhadores/as/SUS da Regional de Saúde de Rondonópolis-MT, 2009-2011, por serem os últimos três anos disponíveis nas estatísticas.

Neste sentido, propôs-se: 1) listar as unidades de Saúde da Rede Sentinela/SUS que estão pactuadas e o número de notificações de acidentes e agravos relacionados ao trabalho no SINAN – Sistema de Informação de Agravos e Notificações; 2) apontar os tipos de acidentes e agravos notificados no SINAN; estabelecer a relação entre os dados do SINAN (Ministério da Saúde) e do Ministério da Previdência Social por meio da Comunicação de Acidente do Trabalho - MPS/CAT; 3) identificar os problemas para o funcionamento da Rede Sentinela segundo a visão manifestada pelos gestores/as e trabalhadores/as e apresentar elementos que subsidiem o poder público na elaboração de programas para o controle mais rigoroso das notificações de acidentes de trabalho.

A pesquisa foi realizada junto a 179 (cento e setenta e nove) trabalhadores que atuam nas Unidades de Saúde da Rede Sentinela e 34

(trinta e quatro) gestores das 19 (dezenove) Secretarias de Saúde que compõem a Regional de Saúde de Rondonópolis-MT.

Considerando que existem poucos dados que possibilitem informações das notificações de agravos de acidentes de trabalho, no presente estudo, se observou as limitações no programa de saúde do trabalhador e na atuação das Unidades Sentinela/SUS/.

Diante disso, este estudo se fundamentou na seguinte questão problema: As notificações de acidentes e agravos relacionados ao trabalho estão sendo realizadas adequadamente na Rede Sentinela/SUS/ da Regional de Rondonópolis-MT?

Ressalta-se a oportunidade deste estudo para a Regional de Rondonópolis-MT, visto que a médio e longo prazo possam ser desenvolvidos Programas que permitam o controle mais rigoroso em relação às notificações de acidentes de trabalho e atuar no sentido de prevenção e em defesa da preservação da vida dos trabalhadores.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Saúde do Trabalhador e Saúde Ambiental: Uma Questão de Saúde Pública

Quando se faz uma reflexão acerca da saúde do trabalhador, entra-se no campo da humanização da saúde pública. Neste sentido, para Lourenço e Bertani (2007), é um desafio ao SUS atuar de forma efetiva na proteção da segurança e saúde dos trabalhadores. Com relação à saúde pública no eixo da saúde do trabalhador tem-se que:

A saúde pública já presta o atendimento ao trabalhador vítima de doença ou de acidente relacionado ao trabalho e conta com serviços especializados de vigilância sanitária e epidemiológica. Contudo, há necessidade de romper com as ações focais e fragmentadas na assistência à saúde do(a) trabalhador(a) e avançar na construção de dados fidedignos para subsidiar ações mais amplas (LOURENÇO; BERTANI, 2007, p.132).

A saúde do trabalhador faz parte da saúde pública no Brasil, segundo Lacaz (2007), a partir da saúde coletiva, que atua na humanização e na qualidade de vida de todos os usuários.

Por outro lado, a saúde do trabalhador para Vicente (2007) é de responsabilidade da sociedade, empresários e poder público, sendo que a saúde pública deve representar a possibilidade de estruturar ações preventivas nos casos de acidentes de trabalho. Porém, entende-se que a saúde pública desenvolve programas de promoção de ambientes de trabalho saudáveis.

Ainda sobre a responsabilidade da saúde pública em relação à saúde do trabalhador observa-se:

Desde que o campo da saúde do trabalhador foi inscrito no sistema de saúde brasileiro, do ponto de vista ideológico e normativo como atribuição de saúde pública, o Estado brasileiro vem sendo chamado a uma responsabilidade de traçar políticas para a área. [...] Pouco se faz na direção da intersetorialidade, praticamente não se constituiu uma vigilância sanitária dos processos de trabalho e persistem as inconsistências das informações [...] (VASCONCELLOS; MACHADO, 2011, p.37).

Os problemas que envolvem a saúde do trabalhador estão diretamente ligados aos problemas da saúde pública brasileira, sobre o tema de acordo com a avaliação de Lourenço e Bertani (2007), as notificações e informações são falhas gerando poucas ações para a melhoria da qualidade do ambiente de trabalho e a conscientização sobre os acidentes ocorridos no âmbito laboral.

Neste sentido, identifica-se a fragilidade quando se estabelece a relação entre saúde pública e saúde do trabalhador que se fundamenta na dificuldade de se conhecer a realidade de números de acidentes e agravos, gerando limitações nas ações de saúde pública. Isto porque, segundo Vasconcellos e Machado (2011, p.37) mesmo quando se tem um razoável: “[...] diagnóstico dos obstáculos para a implementação da política, as soluções propostas vêm trilhando caminhos erráticos e periféricos, e nenhuma delas é priorizada na agenda de projetos para o país”.

Cabe aqui destacar, para uma visão mais ampla sobre o tema abordado, a compreensão de Dias et al. (2009), que indicam os eixos temáticos que tratam atualmente sobre a saúde ambiental e a saúde do trabalhador estão inseridos em contexto de compartilhamento da característica transversalidade e humanização que envolvem a saúde pública em todo o Brasil. Neste sentido, é pertinente o esclarecimento de que a saúde do trabalhador seja amplamente discutida e faça parte da

saúde pública, mas para isso se faz relevante à necessidade de um processo de humanização da saúde pública, com reflexos positivos para o trabalhador e para a sociedade.

Já, para Ratner (2009, p.1969) a saúde do trabalhador está diretamente ligada aos impactos vivenciados em seu ambiente quando afirma: “os impactos mais sérios na saúde humana são produzidos, indubitavelmente, pelas condições de vida, a desigualdade social e a consequente exclusão e marginalidade [...]”, que são vivenciadas por milhões de pessoas no Brasil e em todo o mundo.

No caso da saúde do trabalhador no Estado de Mato Grosso, estudos mostram que:

Os desequilíbrios da relação de “vigilância-produção-controle social” nos indicou a dinâmica social e econômica imposta por este setor do neoliberalismo no Mato Grosso e que podem ser considerados como reflexos das forças de poder político – no sentido da desorganização sindical dos trabalhadores e dos privilégios de políticas públicas concedida pelo Estado aos patrões do agronegócio; de injustiça social – no sentido de desigualdade de direitos humanos; e de injustiça ambiental – no sentido de se aumentar a produtividade agropecuária com prejuízo sócio-ambiental (*sic*) para a maioria da população. Eles podem ser apontados como as causas básicas das situações de riscos à saúde-ambiente “induzidos” pelo desenvolvimento agro-industrial-florestal (PIGNATI, 2007, p.99).

Portanto, partindo destas considerações, os riscos à saúde do trabalhador podem ser minimizados a partir de controles que levam ao alcance de maior nível de segurança no desempenho das atividades laborais.

As influências negativas na vida dos trabalhadores ocorrem com mais intensidade atualmente, pois, segundo Ratner (2009, p.1971): “o modelo presente de desenvolvimento do mundo não é sustentável. [...]”. Neste sentido, para este mesmo autor, a sustentabilidade entra em um contexto

mais teórico do que prático, o que prejudica a saúde dos trabalhadores e de toda a sociedade, que paga um alto preço por esta falta de cuidado com o meio ambiente.

2.1.1 A Política Nacional de Humanização na Saúde Pública

Ao tratar sobre a humanização no atendimento da saúde pública e da saúde do trabalhador, entende-se de acordo com Guanaes e Souza (2004, p.1), que esta constitui ato de humanizar: “[...] Humanizar: dar condição humana a, humanar. Humanizar não é uma técnica, uma arte e muito menos um artifício; é um processo vivencial que permeia toda a atividade do local e das pessoas que ali trabalham [...]”.

Segundo a avaliação do Ministério da Saúde conforme Brasil (2004, p.6), o ato de humanizar a saúde é considerado como: “ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais”.

Nos relatos de Garcia et al. (2010, p.2), o ano de 2003 foi marco na saúde pública porque foi quando o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Humanização – PNH, “[...] sendo que seus princípios, diretrizes, dispositivos e método indicavam uma nova forma de tratar a humanização nos serviços de saúde. [...]”.

Sobre a humanização na saúde pública e as ações da PNH, tem-se que:

Para além dos valores, princípios e métodos, o PNH apresenta diretrizes, quais sejam: acolhimento, fomento a redes e coletivos, gestão participativa e cogestão, defesa dos direitos e deveres dos sujeitos envolvidos na produção de saúde, clínica ampliada, valorização do trabalho e do trabalhador em saúde, ambiência e contextualização e produção histórica (BRASIL, 2008, p.5).

É preciso considerar os avanços da democratização da saúde e o processo de avanço tecnológico que, para Souza e Moreira (2008) vem possibilitando uma nova forma de tratamento na saúde pública, porém, se apresenta importante e essencial avaliar a humanização. Neste sentido, surge a humanização como melhoria no atendimento a saúde, sendo essenciais estas ações no atendimento aos casos de agravos ou acidentes de trabalho, muitos dos quais, deixam sequelas para toda a vida dos acidentados.

O processo de humanização da saúde pública, segundo Souza e Moreira (2008), apresenta a evidência de se trabalhar imbuído de uma proposta que eleva a subjetividade e o tratamento humanizado, além de vivências e saberes que são construtores da verdadeira cidadania. Neste campo, compreende-se que a humanização da saúde pública, pode também influenciar na humanização no atendimento ao trabalhador, gerando um propósito de qualidade no atendimento e transformação nas relações de humanização da saúde e cidadania.

Trata-se de um processo de humanização na saúde pública, que para Hennington (2008), tem reflexo no atendimento à saúde do trabalhador, especialmente, na Rede Sentinela.

A saúde do trabalhador é determinada pelos modelos de organização da produção, sendo importante analisar todos os aspectos que envolvem, por exemplo, os acidentes de trabalho.

2.2 Modelos de Organização da Produção e a Saúde do Trabalhador

Outro aspecto a ser considerado na discussão sobre doenças relacionadas ao trabalho, segundo Pimentel (2010), são as transformações no mundo do trabalho ocorridas a partir da globalização do mercado, das inovações tecnológicas e a reorganização empresarial, que não apenas trouxeram aspectos positivos, como também reestruturou o processo de produção e as relações de trabalho.

No que se referem às mudanças econômicas no mundo, Barreto (2000), afirma que é possível dividir o processo de mudanças do mercado de trabalho em fases diferentes, sendo que a primeira ocorreu a partir de 1914, com o modelo de produção em massa criado por Henry Ford para a indústria automotiva, com um processo que mais tarde foi denominado Fordismo¹.

De acordo com Arenti (2003) e Souza (2004) o Fordismo foi um processo de produção voltado unicamente para o retorno financeiro dos investimentos das fábricas, com visão unicamente na quantidade da produção e no lucro financeiro e econômico que este modelo poderia trazer, não considerando a saúde e segurança do trabalhador, este subjugado a um segundo plano.

Este modelo de organização da produção foi desenvolvido e aplicado como esclarece Arenti (2003), em um período pós a Primeira Guerra Mundial em que as indústrias passavam a ter acesso a novas tecnologias e

¹ O fordismo é um modelo de produção, que nasce na fábrica e que se expande para fora de seus muros sob um caráter ideológico, político e cultural determinando assim o americanismo. A correlação entre americanismo e fordismo, é a forma pela qual a burguesia torna-se hegemônica na América do Norte. Ou seja, a hegemonia burguesa nasce na fábrica (SOUZA, 2004, p.2).

os homens necessitavam concorrer com máquinas buscando sempre a superação e o aumento da produção.

Sobre a discussão acerca do campo de saúde do trabalhador o primeiro aspecto a ser considerado é a definição do termo acidentes de trabalho:

[...] refere-se a todos os acidentes que ocorrem no exercício da atividade laboral, ou no percurso de casa para o trabalho e vice-versa, podendo o trabalhador estar inserido tanto no mercado formal como informal [...] (BRASIL, 2002a, p.19).

Salienta-se que existe uma concepção equivocada sobre os acidentes de trabalho. Em geral a concepção majoritária é a de que os acidentes de trabalho são aqueles que ocorrem somente no ambiente de trabalho, porém é preciso considerar que no trajeto de casa para o trabalho ou vice-versa, em muitos casos pode o trabalhador não ter as condições dignas de transporte seguro.

O Fordismo foi o marco para a origem de um novo conceito em relação ao trabalho e ao trabalhador, bem como das “[...] novas formas de produção, e de organização do trabalho que se desenvolve na América do Norte, coloca o Capital frente à necessidade de construção de um novo tipo de trabalhador [...]” Souza (2004, p.2). Este novo trabalhador deveria trabalhar por longas jornadas sem remuneração adequada para sua sobrevivência.

O Fordismo constituiu um processo de produção que perdurou por um tempo superior a 50 anos, entrando em declínio somente a partir da década

de 1970, quando foi implantado nas indústrias o Toyotismo² (SILVA & WOLFF, 2009).

Mais recentemente, nos anos 1980/1990 o Toyotismo trouxe técnicas de gerenciamento capazes de reduzir os custos da produção em todas as fases, segundo Lavinias (2009), uma das principais características o *Just in Time* (redução de desperdício e reorganização do ambiente).

Sobre esta mudança, segundo Pimentel (2010, p.24) ocorreu a substituição de um modelo de produção e: “[...] acumulação baseado na rigidez produtiva ocorreu por um regime fundamentado em uma maior flexibilidade dos processos, produtos, padrões de consumo, mercados e da organização do trabalho”.

Foi a partir deste processo de reestruturação produtiva, conforme esclarece Antunes (2009) é que ocorreu o agravamento do adoecimento dos trabalhadores, considerando as patologias físicas e psicológicas acarretadas pelo excesso de esforço.

No Brasil a realidade do período de industrialização que ocorreu a partir dos anos de 1930, também foi marcada por longas e fatigantes jornadas de trabalho, causando problemas na saúde aos trabalhadores:

[...] as condições de trabalho, neste momento, de início da industrialização no Brasil, são mais alvitantes: salários extremamente baixos, jornadas de trabalho de até dezoito horas diárias, nenhum forma de assistência a operários acidentados e nada que se aproximasse de um plano de aposentadoria (CALIL, 2012, p.1).

² O Toyotismo tinha como elemento principal, a flexibilização da produção. Ao contrário do modelo fordista, que produzia muito e estocava essa produção, no Toyotismo só se produzia o necessário, reduzindo ao máximo os estoques. [...] O empregado é levado a se sentir como se estivesse em família (enquanto no Fordismo ele é apenas uma Extensão da máquina, descartável e plenamente substituível), com um grau bastante elevado de compromisso e de exigência por parte da organização (RIBEIRO, 2012, p.5).

Ainda segundo Calil (2012) as grandes jornadas de trabalho ocasionavam problemas para a saúde e segurança dos trabalhadores, necessitando da implantação de programas para reduzir os casos de acidentes.

Quando se trata das avaliações relativas ao trabalho e a saúde do trabalhador, destaca-se a importância de existirem condições dignas para os trabalhadores desenvolverem suas atividades:

Assim, que se assume que Saúde do Trabalhador é campo de práticas e conhecimentos cujo enfoque teórico-metodológico, no Brasil, emerge da Saúde Coletiva, buscando conhecer (e intervir) (n) as relações trabalho e saúde-doença, tendo como referência central o surgimento de um novo ator social: a classe operária industrial, numa sociedade que vive profundas mudanças políticas, econômicas, sociais. Ao contrapor-se aos conhecimentos e práticas da Saúde Ocupacional, objetiva superá-los, identificando-se a partir de conceitos originários de um feixe de discursos dispersos formulados pela Medicina Social Latino-Americana, relativos à *determinação social* do processo saúde-doença; pela Saúde Pública em sua *vertente programática* e pela Saúde Coletiva ao abordar o sofrer, adoecer, morrer das classes e grupos sociais inseridos em processos produtivos (LACAZ, 2007, p.757-758).

Pontua-se que são diversas as doenças que se relacionam direta ou indiretamente com o trabalho, as quais devem ser prevenidas e combatidas com os rigores que possam existir na legislação, pois os trabalhadores precisam ter seus direitos de saúde assegurados no decorrer de suas atividades laborais.

Salienta-se que as doenças do trabalho segundo Brasil (2002, p.21) são aquelas que se referem a um: “[...] conjunto de danos ou agravos que se incidem sobre a saúde dos trabalhadores, causados, desencadeados ou agravados por fatores de risco presentes nos locais de trabalho. [...]”. Podem afetar as vias aéreas; lesões por esforços repetitivos / Distúrbio osteomuscular relacionado ao trabalho – LER/DORT; intoxicações

exógenas; picadas por animais peçonhentos; dermatoses ocupacionais e distúrbios mentais do trabalho.

Neste mesmo contexto de complexidade se encontra a saúde do trabalhador na atividade laboral rural, pois o trabalho exige por vezes esforços além da capacidade do trabalhador, bem como, expõem continuamente a riscos.

No caso da saúde dos trabalhadores que atuam no segmento do agronegócio em todo o país observa-se que um dos principais problemas é a intoxicação exógena ou conforme Brasil (2002), aquelas que ocorrem devido à exposição, inalação ou ingestão de agrotóxicos, existindo quatro classes destes produtos: os extremamente tóxicos (tarja vermelha); altamente tóxicos (tarja amarela); medicamente tóxicos (tarja azul) e os pouco tóxicos (tarja verde).

É importante ressaltar que mesmo os produtos com tarja verde são tóxicos, o que expõem os trabalhadores rurais a constantes perigos de intoxicação e acidentes de trabalho que podem ser fatais.

Os riscos de acidentes a que os trabalhadores rurais estão expostos, na interpretação de Pignati (2002), são consequências do processo de evolução tecnológica vivenciado no segmento de agronegócio. Agrega-se a isso que:

Vale destacar que na prática agrícola brasileira, em sua maioria, os agricultores utilizam múltiplos produtos, muitas vezes concomitantemente, por longos períodos de tempo e em jornadas prolongadas, o que complexifica a avaliação dos danos à saúde causados pela exposição a estes produtos, principalmente, chamados efeitos crônicos (BRASIL, 2002, p.27).

Em relação a uma nova postura do Ministério da Saúde quanto ao trabalhador é possível apontar segundo Lourenço e Bertani (2007), que a participação dos trabalhadores em controle social, conselhos e demais atores sociais é elemento motivador para que o referido ministério observasse os trabalhadores de forma diferenciada tanto no campo econômico, quanto ideológico.

Neste sentido, destaca-se que o Ministério da Saúde indica e desenvolve uma política preventiva no que se relaciona a saúde do trabalhador, que segundo Brasil (2002), abrange as doenças relacionadas ao trabalho. Dessa forma, elaborou e disponibilizou a obra “Doenças Relacionadas ao Trabalho: Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde”, com o objetivo de contribuir e orientar os profissionais dos serviços de saúde em especial da atenção básica, quanto aos procedimentos de assistência, prevenção e vigilância da saúde dos trabalhadores e possibilitar a caracterização das relações da doença com o trabalho e a ocupação, na perspectiva da saúde do trabalhador.

2.3 Acidentes de Trabalho como Problema de Saúde Pública

É interessante ressaltar o entendimento de Vasconcellos, Pignatti e Pignatti (2009, p.1) de que: “os agravos à saúde do trabalhador vêm, historicamente, acompanhando o crescimento econômico e a diversificação dos processos produtivos. [...]”. Neste sentido, avalia-se que a aceleração do desenvolvimento da economia e o aumento do processo de produção agropecuária, industrial, comercial e de serviços são fatores geradores do aumento de acidentes e agravos que afetam parcial ou totalmente a saúde

dos trabalhadores, ou seja, homens e mulheres que são vitimados pelo crescimento econômico.

Embora os problemas com os elevados índices de acidentes de trabalho tenham sempre ocorridos no Brasil, destaca-se a concepção de Lourenço e Bertani (2007), de que as discussões em relação à saúde do trabalhador tiveram sua origem somente na década de 1970, porém uma preocupação real e com ações de prevenção e fiscalização somente ocorreu na década de 1980, especificamente, nos governos municipais que tinham ênfase nas políticas democráticas.

Esta nova postura política oficial tem uma relação direta com a redemocratização do Brasil, como afirmam Lourenço e Bertani (2007, p.122) que houve “mudança de postura política no enfrentamento dos eventos agressivos à saúde no trabalho. [...]”.

Foi na década de 1980 segundo a análise de Lacaz (1996), que a saúde do trabalhador passou a ser foco de um interesse mais amplo, visto que foi neste período que o trabalhador deixa de ser visto somente como executor de tarefas produtivas e ganha maior valorização enquanto ser humano e possuidor de conhecimentos e não somente como um ser executor de atividades e consumidor de produtos e serviços oferecidos no mercado.

A década de 1990 trouxe para os trabalhadores brasileiros a melhoria na legislação, sendo que a Lei nº 8.080/90 preceitua que o trabalho, deve ser um fator determinante e condicionante para a saúde. No entanto, segundo Eduardo (1998) o trabalho, em muitos casos acaba causando

problemas de saúde devido a riscos físico, mental e social que todos os dias os trabalhadores estão expostos.

Conforme o entendimento de Vicente (2007, p.14) é possível considerar que os trabalhadores são os primeiros a sentirem os efeitos: “[...] decorrentes destas condições inadequadas, o que pode ser verificado pelo expressivo número de mortes e de casos de incapacidades permanentes provocadas pelos acidentes de trabalho”.

Não apenas no Estado de São Paulo, mas conforme Wunch Filho (1999), em todo o Brasil ocorrem sub-registros quanto aos acidentes no trabalho, especialmente, nos casos mais leves o que prejudica não apenas as reais estatísticas com relação a este problema, como se apresenta um problema de ordem da saúde pública.

Os números reais dos acidentes de trabalho são maiores e mais preocupantes do que os registrados. Este fator conforme Waldvogel (2003) torna necessário maior rigor na fiscalização, pois os acidentes de trabalho estão ganhando uma proporção que podem gerar uma epidemia levando a atividade laboral do acidentado ao declínio.

Os acidentes de trabalho na avaliação de Vicente (2007) não apenas causam incapacidades temporárias ou permanentes, como também podem causar a morte dos trabalhadores, podendo desta forma, sua redução se tornar de interesse da Saúde Pública.

2.3.1 Acompanhamento do trabalhador acidentado após a notificação de agravos

Na perspectiva de garantir os cuidados com a saúde do trabalhador é que se deve tratar sobre o acompanhamento do trabalhador acidentado. É importante observar Andreotti, Santos & Santos (2010, p.2) quando afirmam que: “Os acidentes de trabalho configuram-se em um grave problema de saúde pública, atingindo, anualmente, milhares de trabalhadores, que perdem suas vidas ou comprometem sua capacidade produtiva em um evento potencialmente passível de prevenção. [...]”.

Ainda, tratando os acidentes na perspectiva da saúde do trabalhador tem-se que:

A inserção do campo da saúde do trabalhador, como competência da saúde, modifica toda a história do tratamento dado aos acidentes e doenças relacionados ao trabalho no Brasil. Historicamente, os acidentes de trabalho sempre foram regidos pelo campo da Previdência Social e do Trabalho. O primeiro, com o objetivo compensatório dos danos provocados ao trabalhador e sua família após a ocorrência do acidente e o segundo, com o objetivo de estabelecer normas de segurança no ambiente de trabalho e de proteção à saúde do trabalhador (ANDREOTTI; SANTOS & SANTOS, 2010, p.3).

Atualmente (especialmente após o ano de 2004), o Sistema Único de Saúde (SUS) vem realizando um trabalho que não é apenas de compensação do trabalhador pela dor do acidente, mas segundo explicam Andreotti, Santos & Santos (2010), de prevenção em que o acolhimento após o atendimento precisa existir e, as notificações dos agravos e acidentes devem ser realizados.

Nos casos de acidentes ou doenças que se relacionam com o trabalho, é preciso realizar:

Notificação dos casos, mediante instrumentos do setor saúde: Sistema de Informações de Mortalidade – SIM; Sistema de Informações Hospitalares do SUS – SIH; Sistema de Informações de Agravos Notificáveis – SINAN e Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB (BRASIL, 2002a, p.16).

Somente a partir de todas as notificações acima apresentadas é possível melhorar os dados estatísticos sobre a realidade vivenciada pelos trabalhadores, quanto aos problemas com acidentes e agravos no trabalho.

Os acidentes de trabalho podem ser considerados como os principais agravos da saúde dos trabalhadores em todo o Brasil, e para Cordeiro et al. (2005, p.1): “[...]. Diferentemente do que o nome sugere, eles não são eventos acidentais ou fortuitos, mas sim fenômenos socialmente determinados, previsíveis e preveníveis. [...]”.

O atendimento dispensado aos trabalhadores que sofrem acidentes de trabalho está inserido em um contexto social e, para Cordeiro et al. (2005) deve ocorrer antes (em ações preventivas), durante (em ações paliativas) e depois (em ações humanizadas).

Este atendimento humanizado aos trabalhadores ocorre a partir das atividades dos profissionais da saúde, neste sentido, segundo Brasil (2002a) cada profissional deve conhecer e desempenhar suas funções dentro do território delimitado de sua atuação, como, por exemplo, cabe ao médico(a) prover assistência médica ao trabalhador, fazer a anamnese clínico-ocupacional, programar e realizar ações relacionadas a assistência básica e de vigilância à Saúde do Trabalhador, vigiar os ambiente de trabalho junto a outros membros da equipe, notificar acidentes e doenças do trabalho, além de colaborar e participar de atividades educativas para que

os trabalhadores possam ter conhecimento dos riscos e agravos que estão submetidos.

Outros profissionais, que segundo Brasil (2002a), também têm importante papel no atendimento aos trabalhadores acidentados são os enfermeiros, que devem programar e realizar ações de assistência básica e de vigilância à Saúde do Trabalhador, investigar os ambientes de trabalho identificando fatores que possam prejudicar a saúde do trabalhador, notificar os acidentes e agravos do trabalho além de planejar e ter participação ativa nas atividades educativas que estejam envolvidas no campo da Saúde do Trabalhador.

Especialmente, ao auxiliar de enfermagem, que faz parte da equipe da Rede Sentinela, de acordo com Brasil (2002a) é atribuição o acompanhamento do trabalhador que sofreu acidentes graves ou portadores de doenças relacionadas ao trabalho a partir de visita domiciliar, o preenchimento e organização de fichas de acompanhamento do atendimento, a participação no planejamento das atividades educativas em Saúde do Trabalhador e a coleta de material biológico para que sejam realizados os exames laboratoriais.

E, ao agente comunitário de saúde, conforme Brasil (2002a) compete em suas atividades: notificação à equipe de saúde sobre a existência de trabalhadores que se encontram em situação de risco, trabalho precoce e casos de acidentes ou adoecimento do trabalhador, informação à família do trabalhador onde devem procurar assistência e o planejamento e participação das atividades educativas em Saúde do Trabalhador.

2.4 A Política de Saúde Pública e a Redução dos Acidentes de Trabalho e dos Agravos à Saúde do Trabalhador

Um dos principais desafios da saúde pública é a redução dos acidentes de trabalho, sendo que estes acidentes vêm se tornando onerosos para a saúde, vitimando trabalhadores em pleno potencial produtivo e tornando difícil a sua vida e de seus familiares.

A Política Nacional de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde se encontra em vigor desde 2004 e visa: “[...] a redução dos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, mediante a execução de ações de promoção, reabilitação e vigilância na área de saúde” (PORTAL DA SAÚDE 2011, p.1).

Ao tratar sobre a saúde do trabalhador o MS desenvolveu diretrizes capazes de possibilitar a atenção integral à saúde, fazendo articulações relacionadas aos fatores intra e intersetorial, além de possibilitar apoio às pesquisas que venham em benefício da capacitação de recursos humanos e, apoio direto da comunidade nas gestões, tendo como foco ações de melhoria da saúde do trabalhador (PORTAL DA SAÚDE, 2011).

A participação popular por meio dos conselhos municipais de saúde, na sociedade civil organizada, permite que os cidadãos se comprometam com a criação de políticas públicas que venham na segurança do direito de todos os trabalhadores a qualidade no ambiente de trabalho e a condições de segurança e saúde.

Neste sentido, tanto os acidentes de trabalho, quanto os de trânsito, para a Secretaria de Políticas de Saúde – Ministério da Saúde (2000) vêm se tornando um problema de saúde pública, necessitando ações efetivas

para enfrentá-los. Embora os acidentes de trabalho ocorram com a mesma frequência do que os acidentes do trânsito, devido à subnotificação dos acidentes de trabalho, o Ministério da Saúde e todos os órgãos da saúde pública não possuem dados para estatísticas reais.

Devido à gravidade com que ocorrem os acidentes de trabalho, estes passaram a ser de interesse da Saúde Pública, sendo que o termo acidente, pode ser compreendido segundo a Secretaria de Políticas de Saúde – Ministério da Saúde (2000, p.1) como: “[...] o evento não intencional e evitável, causador de lesões físicas e ou emocionais. Assume-se que tais eventos são, em maior ou menor grau, perfeitamente previsíveis e preveníveis”.

As ações de prevenção em relação à saúde do trabalhador estão diretamente vinculadas ao período de identificação da relação dos acidentes com as atividades laborais, sendo que de acordo com Baker (1989) somente a partir desta identificação é que iniciaram as primeiras ações de prevenção de acidentes no trabalho e vigilância à saúde do trabalhador.

Neste sentido:

Em termos gerais, a identificação e a avaliação da magnitude e da transcendência dos agravos à saúde relacionados ao trabalhador permitem a priorização de questões relevantes segundo uma perspectiva epidemiológica. Essa abordagem da estrutura de atendimento e da capacidade diagnóstica específica do sistema de saúde e, por consequência, da política institucional do próprio SUS (MACHADO, 2011, p.7).

Diversos estudos acadêmicos foram realizados, de acordo com Machado (2011), com o intuito de identificar os agravos relacionados à saúde do trabalhador, visando reduzir os principais agravos e,

consequentemente, transformar conhecimento acadêmico em ações da vigilância à saúde do trabalhador.

Ao abordar os riscos à saúde do trabalhador é possível contemplar a importância e forma de controlar as causas de acidentes, e para isso, segundo Machado (2011), é necessário considerar os agentes físicos, químicos ou biológicos causadores de agravo.

No Brasil as questões que envolvem a saúde pública e os agravos ocorridos na saúde do trabalhador passaram a ser de competência do SUS, conforme salienta Cohn (2009) somente a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, quando este sistema foi criado.

O que ocorreu com a saúde pública foi a busca pelo processo de descentralização das ações de saúde, que antes de 1988 eram consolidadas sem os três importantes princípios do SUS: universalidade, equidade e integralidade.

Ainda sobre estes princípios é comentado que:

Os preceitos que estão na gênese do SUS: *universalidade* (garantia de atenção à saúde a todo e qualquer cidadão), *equidade* (direito ao atendimento adequado às necessidades de cada indivíduo e coletividade) e *integralidade* (a pessoa é um todo indivisível inserido numa comunidade), carecem ainda de maior efetividade, particularmente nos municípios do interior do Brasil, em função, dentre outros motivos, devido à parca infra-estrutura (*sic*) dos serviços de saúde; baixa expertise e carência do pessoal, bem como a incipiência do controle social –, ressalta-se que a pressão do poder público local nos pequenos municípios sobre os conselheiros é sempre muito mais forte. [...] (BRASIL, 2009, p.54).

Dessa forma, é importante que haja consciência por parte de todas as pessoas em relação à proteção da saúde dos trabalhadores, para Sá & Sá & Diniz (1997), ocorrerá ainda, por um longo período de tempo, acidentes no desempenho da atividade laboral, com estatísticas preocupantes e,

consequentemente, a necessidade de buscar a construção de uma sociedade mais justa e digna que saiba proteger os seus trabalhadores. Somente poderá ocorrer redução dos riscos e agravos ocorridos no ambiente de trabalho, quando toda a sociedade e os órgãos de proteção à saúde do trabalhador tenham conhecimento da importância da participação de todos, reduzindo os impactos negativos a partir dos acidentes de trabalho.

Ao avaliar a importância da relação saúde e trabalho tem-se que:

[...] Aquela que foi chamada de constituição cidadã não conseguiu influenciar e sensibilizar o legislador estadual, no sentido de garantir na lei a conquista da cidadania por parte dos trabalhadores, nas questões da relação entre saúde e trabalho (OLIVEIRA et al., 1997, p.432).

A reforma da saúde pública, especialmente, na proteção da saúde dos trabalhadores segundo Cohn (2009), não pode somente encontrar guarida nas limitadas ações do SUS, mas também no trabalho de uma sociedade mais participativa.

2.5 Aportes Conceituais para a Construção de uma Política de Notificação de Agravos e Acidentes do Trabalho

As características do trabalho, na interpretação de Laurell & Noriega (1989), demonstram os aspectos estruturais e organizacionais da sociedade em que se encontram inseridos os trabalhadores e as organizações produtivas.

Para proteger a saúde do trabalhador é preciso que exista segurança no trabalho e que as empresas sejam constantemente fiscalizadas, para que

não cometam ações incipientes no desempenho das atividades laborais dos trabalhadores.

O trabalho é uma atividade essencialmente humana, sendo que conforme Laurell e Noriega (1989), todos os gestores das organizações precisam oferecer aos trabalhadores condições para o desempenho de suas atividades com segurança, evitando possíveis acidentes.

É relevante considerar que a saúde do trabalhador vem sendo discutida com maior ênfase na saúde pública, pois os elevados índices de acidentes apontam para um processo de exploração dos trabalhadores, que marcou a década de 90. Para Handy (1995, p.25) o problema de exploração da mão de obra humana tornou-se evidente quando ocorreu um processo de transformação do tempo em mercadoria: “[...] quando compramos o tempo das pessoas em nossas empresas em vez de comprar a sua produção [...]”.

Com o decorrer das mudanças no âmbito do trabalho, de acordo com Sodré (2002), houve mudanças no campo social, com uma nova abordagem na saúde pública, pois existem contradições na relação de trabalho e saúde que devem ser observadas.

A “saúde do trabalhador” é um processo em construção no âmbito da saúde pública e, na avaliação de Lacaz (1997), tem como principal ponto a análise que envolve o estado de saúde e doença relacionado ao desenvolvimento de atividades laborais, ou seja, é a relação do homem com o trabalho.

Esta relação pode ocasionar doenças que poderiam ser evitadas com o trabalho de prevenção a ser realizado pela implantação de programas de vigilância da saúde do trabalhador. Assim, entende-se a concepção de

Tambellini (1994) *apud* Sodré (2002, p.33) de que as condições de saúde e enfermidade: “[...] de cada grupo social refletem a sua inserção na esfera política e o seu uso das condições de cidadania, estando intrinsecamente relacionada ao processo produtivo ao qual, os trabalhadores estão inseridos”.

As políticas públicas de saúde da década de 70, 80 e início de 90 não se voltavam especificamente para a saúde do trabalhador. No entanto, como esclarece Mendes e Dias (1991), nos últimos dez anos esta constitui uma das principais discussões em saúde pública.

A importância da saúde do trabalhador e o papel das políticas públicas, como esclarece Lacaz (1996), em sua proteção reforçam a necessidade de ações preventivas e de fiscalização.

Segundo Lacaz *apud* Sodré (2002, p.34): “[...] os pilares da saúde do trabalhador estavam se consolidando”. A luta pela saúde do trabalhador ganhou mais força com a implantação de políticas públicas, que necessitam ser implantadas e fiscalizadas para o alcance dos objetivos traçados.

Ainda, na avaliação de Sodré (2002, p.36): “[...] a fiscalização, a notificação e tratamento dos dados coletados, o não reconhecimento de nexos entre a doença e o trabalho, a prevenção e o cumprimento da legislação não são realizados [...]”. Portanto, existe o agravamento dos problemas de saúde à medida que a assistência médica não ocorre considerando a vigilância nos ambientes e nos processos de trabalho, conforme preconiza a legislação.

2.5.1 SUS: Vigilância de ambientes e dos processos de trabalho

A história da vigilância nos ambientes de trabalho é ainda recente no Brasil, para Fernandes e Nobre (2002), este aspecto está presente nas discussões de políticas e saúde pública somente nas duas últimas décadas.

Considera-se ainda relevante citar que a estrutura da VISAT – Vigilância em Saúde do Trabalhador implantada no Brasil teve como modelo, segundo Fernandes e Nobre (2002), o italiano, que tinha como principal característica sua visão de transformação social.

Pode-se compreender a Vigilância à Saúde como:

[...] prática sanitária informada pelo modelo epidemiológico que articula, sob a forma de operações, um conjunto de processos de trabalho relativos à situação de saúde a preservar, riscos, danos e sequelas, incidentes sobre indivíduos, famílias, ambientes coletivos, grupos sociais e meio ambiente. Esses processos estão normalmente dispersos na vigilância sanitária, na vigilância epidemiológica, na vigilância nutricional e alimentar, no controle de vetores, na educação para a saúde, nas ações sobre o meio ambiente, e implicam ações extra-setoriais, para enfrentar problemas contínuos num determinado território (PAIM, 2002, p.12).

Compreende-se desta forma que a VISAT segundo o Ministério da Saúde, conforme salientam Fernandes e Nobre (2002), não constitui uma ação isolada e, sim, um programa de ações contínuas que objetivam solidificar o bem estar e a saúde do trabalhador, permitindo-lhe melhorias no âmbito social.

Para o SUS – Sistema Único de Saúde a vigilância no ambiente de trabalho é uma das formas de permitir a implantação de um programa de vigilância à saúde do trabalhador e, com isso, preservar as condições de vida dos trabalhadores.

Durante um longo período de tempo, como esclarecem Fernandes e Nobre (2002), a vigilância pela saúde do trabalhador era obrigação do MTE – Ministério do Trabalho e Emprego, mais tarde houve a necessidade do SUS, especificamente, da VISAT assumir o papel fiscalizador.

Neste sentido, atualmente as ações voltam-se para a construção de um ambiente de trabalho orientado para um sistema processual que abrange o trabalhador enquanto ser social, que deve estar inserido em um ambiente em que o adoecimento seja substituído pelo bem estar e, para isso, é relevante às ações de vigilância.

Na interpretação de Cordoni Júnior (1988, p.38): “[...] a saúde dos trabalhadores constitui um dos objetos integradores das ações de saúde pública por seu potencial articulador das ações de vigilância sanitária, de vigilância epidemiológica e de serviços de saúde [...]”.

Cabe destacar que é recente a implantação de ações de vigilância em saúde do trabalhador para reduzir os problemas de saúde, que de acordo com Machado (2011), constitui um processo com avaliações sociais, que buscam perpetuar a redução de acidentes. Segundo este mesmo autor, a vigilância de riscos e de saúde do trabalhador não podem ser tratadas individualmente, visto que a saúde do trabalhador é interdisciplinar e possui complexas formas de apresentação.

2.6 A Implantação da Rede Sentinela de Notificação de Agravos em Saúde do Trabalhador no SUS em Mato Grosso

Quanto a Rede Sentinela conforme a COSAT – Coordenadoria de Saúde do Trabalhador (2011, p.1), esta constitui uma sistema composto por

unidades de saúde, que “[...] identificam, investigam e notificam, quando confirmados, os casos de doenças, agravos e/ou acidentes relacionados ao trabalho”.

Especificamente no Estado de Mato Grosso, segundo a COSAT (2011), a Rede Sentinela é estruturada a partir de 260 (duzentos e sessenta) estabelecimentos de saúde, tratando de baixa, média e alta complexidade, atingindo aproximadamente 72% de todos os municípios do Estado, os quais possuem pelo menos uma unidade que trabalha com referências para os casos de doenças, agravos e acidentes relacionados ao trabalho.

As unidades de saúde incorporadas a Rede Sentinela, estão relacionadas à pactuação definida pela Comissão Intergestora Bipartite e que atualmente denomina-se Colegiado de Gestão Regional – CGR, disciplinada na Resolução CIB nº 143/2010, em que os municípios designam as unidades de saúde de seu território que passarão a compor a rede e os agravos que são referências e, conforme observação do COSAT (2011, p.1) quanto: “[...] ao perfil produtivo da região [...]”, para a realização do parecer técnico da Coordenadoria Estadual de Saúde do Trabalhador e, posteriormente, dar continuidade aos trâmites legais.

Para a estrutura da Rede Sentinela é preciso salientar a necessidade de dois caminhos:

- 1) Que a rede tenha condições de identificar as atividades produtivas e o perfil epidemiológico dos trabalhadores nas regiões de saúde definidas pelo Plano Diretor de Regionalização;
- 2) Que a rede SUS esteja devidamente capacitada para identificar e monitorar casos atendidos que possam ter relação com as ocupações e os processos produtivos em que estão inseridos os usuários (COSAT, 2011, p.1).

De acordo com o Governo do Estado de Mato Grosso (2010), somente a pactuação das unidades de saúde não significa que efetivamente sejam notificados os agravos, neste sentido, é preciso realizar ações para a implantação dos protocolos clínicos e treinamentos para capacitar as unidades e os trabalhadores nos cuidados a saúde do trabalhador.

Importa considerar que os protocolos clínicos dos agravos são elaborados com o objetivo de capacitar os trabalhadores das unidades de saúde da Rede Sentinela para identificar e monitorar os casos dos trabalhadores que possuem suspeitas de agravos à saúde, tendo como origem e relação o trabalho. Nesta contextualização se esclarece que, os protocolos clínicos são realizados para avaliar a relação entre a doença e o trabalho para a identificação das atividades produtivas, perfil epidemiológico e os processos produtivos, considerando desde o primeiro atendimento até a notificação.

Sobre a obrigatoriedade da notificação dos atendimentos se observa o Anexo III da Portaria GM/MS 104/2011:

1. Acidente com exposição a material biológico relacionado ao trabalho;
2. Acidente de trabalho com mutilações;
3. Acidente de trabalho em crianças e adolescentes;
4. Acidente de trabalho fatal;
5. Câncer Relacionado ao Trabalho;
6. Dermatoses ocupacionais;
7. Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT);
- [...];
9. Perda Auditiva Induzida por Ruído – PAIR relacionada ao trabalho;
10. Pneumoconioses relacionadas ao trabalho;
- [...];
- [...];
- [...];
14. Transtornos Mentais Relacionadas ao Trabalho (BRASIL, 2011, p.5).

Além das doenças apresentadas no Anexo III da Portaria GM/MS 104/2011, é preciso ainda apontar as “intoxicações exógenas (por substâncias químicas, incluindo agrotóxicos, gases tóxicos e metais pesados)”, que se encontra no anexo I da referida Portaria.

A referida Portaria ainda apresenta a obrigatoriedade da Ficha de Notificação, que de acordo com COSAT (2011), deve ter informações sobre os trabalhadores e a ocorrência de acidente de trabalho.

Este instrumento de Notificação Compulsória ou Ficha de Notificação é uma forma padronizada pelo Ministério da Saúde, de acordo com o fluxo do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), que segundo COSAT (2011) tem como objetivo a realização das notificações de agravos ocorridos à saúde do trabalhador, em todo território brasileiro.

A Portaria GM/MS 104/2011 ainda disciplina:

Art. 7º A notificação compulsória é obrigatória a todos os profissionais de saúde médicos, enfermeiros, odontólogos, médicos veterinários, biólogos, biomédicos, farmacêuticos e outros no exercício da profissão, bem como os responsáveis por organizações e estabelecimentos públicos e particulares de saúde e de ensino, em conformidade com os arts. 7º e 8º, da Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975 (BRASIL, 2011, p.2).

As atividades econômicas não podem desenvolver-se sem considerar profundos problemas da saúde pública no Brasil. Neste sentido, nas opiniões de Dias et al. (2009), há que se equilibrarem os indicadores econômicos e sociais, na proteção dos direitos de todos os trabalhadores.

Importa ainda comentar que:

As relações entre trabalho e violência têm sido enfocadas em múltiplos aspectos: a violência contra o trabalhador no seu local de trabalho, representada pelos acidentes e doenças no trabalho; a

violência decorrente de relações de trabalho deterioradas, como no trabalho escravo e de crianças; a violência decorrente da exclusão social agravada pela ausência ou insuficiência de amparo estatal; a violência ligada às relações de gênero e aquelas envolvendo agressões entre pares, chefias e subordinados. A violência também acompanha o trabalhador rural envolvido nos conflitos pela posse da terra (DIAS et al., 2009, p.9).

A VISAT vem a ser um componente do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde, definido a partir da Portaria GM/MS nº 3252 de dezembro de 2009, que tem por objetivo promover a saúde e a redução da morbidade dos trabalhadores.

Sobre as ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador estas devem ser realizadas por profissionais da Vigilância em Saúde do Trabalhador, segundo a COSAT (2011, p.2): “[...] devidamente constituídos como Autoridade Sanitária, e quando necessário da Atenção Primária, no âmbito estadual, regional e municipal [...]”.

Quanto aos princípios consolidados se analisa que:

A VISAT pauta-se nos princípios do Sistema Único de Saúde, em consonância com a Promoção da Saúde e o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde, mantendo estreita integração com as demais Vigilâncias – sobretudo com a Sanitária, Epidemiológica e Saúde Ambiental – e as redes assistenciais (BRASIL, 2006, p.1).

É preciso considerar que todos os trabalhadores, independente da atividade desenvolvida ou do local de trabalho são sujeitos da VISAT, inclusive os trabalhadores que se encontram na informalidade.

Segundo Brasil (2006) são princípios da VISAT: universalidade; equidade; integralidade das ações; integração interinstitucional; pluriinstitucionalidade; integração intrainstitucional; responsabilidade sanitária; direito do trabalhador ao conhecimento e à participação; controle

e participação social; comunicação; hierarquização e descentralização; interdisciplinaridade; princípios da precaução e caráter transformador.

Em cada um destes princípios estão garantidos, em consonância com Brasil (2006), os direitos relacionados a seu bem estar, segurança, dignidade, participações sociais e a prevenção de agravos à saúde dos trabalhadores.

A vigilância em saúde do trabalhador constitui um processo em que se articulam ações para intervir na relação trabalho/saúde. Assim na interpretação do Governo do Estado de Mato Grosso (2011, p.1): “[...]. Sob o olhar da epidemiologia são situados riscos e efeitos em um contexto espacial, social, tecnológico e interdisciplinar.”

3. METODOLOGIA

3.1 Tipo de Pesquisa

Tratou-se de um estudo do tipo descritivo e explicativo com base em dados quantitativos sobre o Programa de Saúde do Trabalhador implementado na Regional de Rondonópolis em 2009. Nos estudos, a pesquisa descritiva tem como objetivo:

[...] primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis. São inúmeros os estudos que podem ser classificados sob este título e uma de suas características mais significativas está na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados, tais como o questionário e a observação sistemática (GIL, 2007, p.42).

Para tanto, foi realizada análise de documentos e pesquisa junto aos trabalhadores/as do SUS (profissionais concursados ou contratados atuantes na Rede Sentinela) e gestores do SUS (Gestores/as e/ou Coordenadores/as dos Departamentos da Atenção a Saúde).

Neste caso, a pesquisa explicativa possibilitou, segundo Gil (1999, p. 46) “identificar os fatores que determinam ou que contribuem para a ocorrência dos fenômenos” por explicar a razão e o “por quê” das coisas, possibilitando aprofundar o conhecimento da realidade.

3.2 Região e Área do Estudo

Os dados foram coletados junto aos gestores/as das Secretarias de Saúde que formam a Regional de Rondonópolis-MT, constituída por 19

(dezenove) Municípios da Região Sul do Estado de Mato Grosso com uma população total de 452.519 (quatrocentos e cinquenta e dois mil, quinhentos e dezenove) habitantes e junto aos trabalhadores/as que atuam diretamente nos atendimentos aos usuários do SUS nas Unidades de Saúde que formam a Rede Sentinela.

Observa-se na Figura 1, os 19 municípios que compõem a Regional de Saúde de Rondonópolis, considerando sua localização no âmbito da região no Estado de Mato Grosso e no Brasil, como observa-se nos mapas aqui representados:

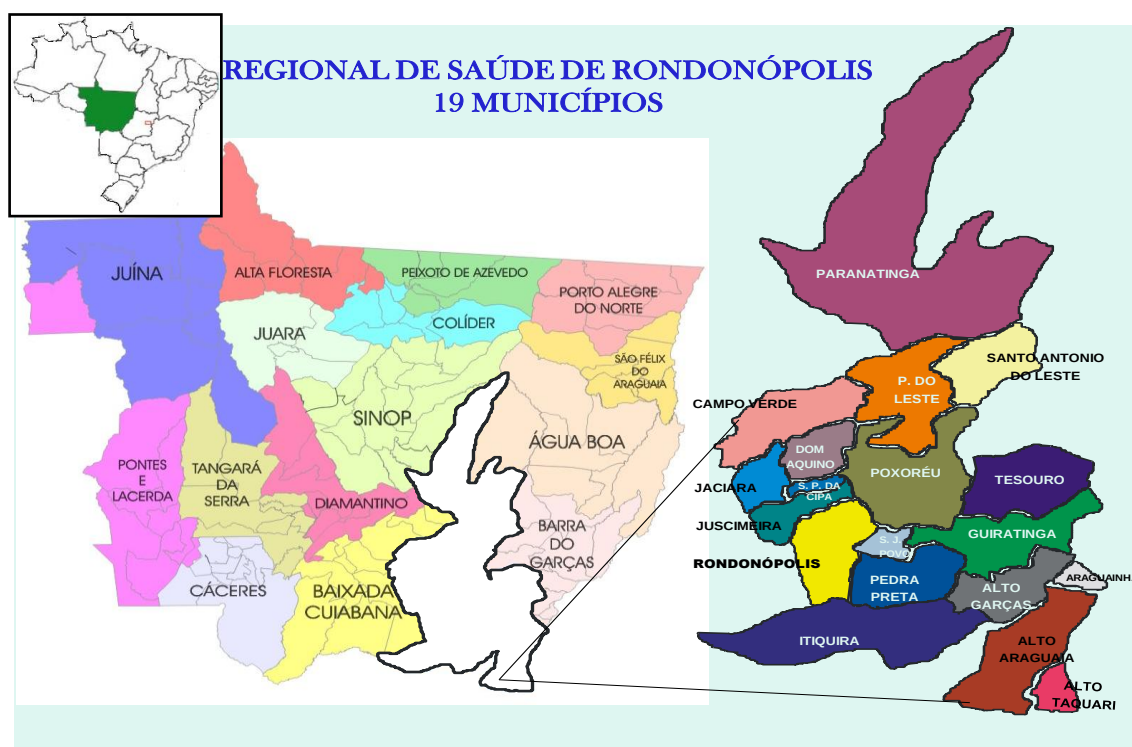


Figura 1: Municípios que compõem a Regional de Saúde de Rondonópolis – 19 Municípios

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde/MT (2012).

Na Tabela 1, segue a relação dos Municípios que compõem a Regional de Saúde de Rondonópolis, considerando a sua população,

número de Unidades de Saúde e, também, o número de Unidades de Saúde pactuadas em 2011.

Tabela 1: Relação dos Municípios da Regional de Saúde de Rondonópolis segundo a População, as Unidades de Saúde e as Unidades pactuadas-2011

Municípios	População	Unidades de Saúde	Unidades de Saúde Pactuadas	
			N	%
Alto Araguaia	15.644	10	06	60,0
Alto Garças	10.350	06	02	33,3
Alto Taquari	8.072	04	01	25,0
Araguainha	1.096	01	01	100,0
Campo Verde	31.589	18	07	38,9
Dom Aquino	8.171	05	05	100,0
Guiratinga	13.934	11	06	54,5
Itiquira	11.478	07	07	100,0
Jaciara	25.647	17	02	11,8
Juscimeira	11.430	09	06	66,7
Paranatinga	19.290	10	06	60,0
Pedra Preta	15.755	06	02	33,3
Poxoréo	17.599	06	05	83,3
Primavera do Leste	52.066	16	05	31,3
Rondonópolis	195.476	51	37	72,5
S. Antônio do Leste	3.754	03	01	33,3
São José do Povo	3.592	02	01	50,0
São Pedro da Cipa	4.158	02	01	50,0
Tesouro	3.418	03	01	33,3
Total	452.519	187	102	

Fonte: Adaptado de Brasil (2011a)

Para o alcance dos objetivos específicos foram levantados e apresentados dados segundo o CEREST (Centro de Referência Estadual Saúde do Trabalhador), Escritório Regional de Saúde de Rondonópolis-MT, além de informações compiladas e apresentadas segundo pesquisa realizada com gestores e/ou coordenadores dos municípios pertencentes a Regional de Rondonópolis e dos trabalhadores das unidades Sentinelas da referida regional.

3.3 Critérios de Inclusão e Exclusão

Foram incluídos na pesquisa 34 (trinta e quatro) gestores/as de saúde e/ou coordenadores/as da vigilância em saúde e 179 (cento e setenta e nove) trabalhadores/as do SUS, totalizando 213 (duzentos e treze) indivíduos, que se encontram especificados segundo a sua unidade de trabalho na Tabela 3.

Os/as trabalhadores/as do SUS selecionados são concursados/as e/ou contratados/as, com formação de nível superior (Enfermeira, Médica, Fisioterapeuta) e nível médio (Agentes Comunitários de Saúde, Técnicos de Enfermagem, Aux. Administrativos), e que atuam diretamente nas Unidades de Saúde da Rede Sentinela de Notificação de Agravos com um maior número de atendimentos aos/as usuários/as da Rede do SUS - Unidade Básica de Saúde, Centros de Saúde, Pronto Atendimentos, Hospitais e PSFs. Conforme a atuação profissional (Tabela 2).

Tabela 2: Trabalhadores/as do SUS da Rede Sentinela participantes da Pesquisa segundo atuação profissional. Rondonópolis, 2012

ATUAÇÃO PROFISSIONAL	N	%
Agente Comunitário de Saúde	23	12,8
Auxiliares Administrativos/as	22	12,3
Assistentes Sociais	01	0,6
Enfermeiros/as	52	29,0
Fisioterapeutas	08	4,5
Fonoaudiólogos/as	03	1,7
Médicos/as	32	17,9
Psicólogos/as	03	1,7
Técnicos/as Enfermagem	35	19,5
Total	179	100

Foram excluídos os trabalhadores/as do SUS que não atuam na Rede Sentinela e os gestores e/ou coordenadores que não aceitaram

participar da pesquisa, e todos aqueles que não assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

3.4 Coleta dos Dados

Os dados e informações foram coletados a partir da aplicação de dois tipos de questionários, um para os gestores/as e/ou coordenadores com 23 (vinte e três) questões fechadas e semi-abertas. Com o objetivo de identificar o perfil técnico e a visão destes sobre a importância da saúde do trabalhador nas suas respectivas Secretarias de Saúde, por meio do planejamento das ações, treinamento aos trabalhadores e monitoramento dos dados dos sistemas de informação, sobre acidentes e agravos em saúde do trabalhador em seu Município.

O outro questionário, para os/as trabalhadores/as do SUS, contendo 16 (dezesesseis) questões fechadas e semi-abertas, com o objetivo de identificar o perfil técnico e a visão dos trabalhadores da Rede Sentinela sobre a importância da saúde do trabalhador no desempenho das atividades profissionais, por meio da realização das notificações e alimentação dos sistemas de informação no atendimento aos usuários.

3.5 Tratamento dos Dados/Informações

Os dados obtidos foram organizados, tabulados e apresentados em forma de Tabelas e Gráficos que foram interpretados e possibilitaram identificar a visão dos trabalhadores/as e gestores/as/coordenadores sobre a Rede Sentinela de Notificações de Agravos em saúde do trabalhador.

3.6 Resultados da Pesquisa

O estudo possibilitou o aprofundamento teórico e prático em relação às notificações de acidentes e agravos na Rede Sentinela/SUS sendo possível identificar alguns problemas existentes em seu funcionamento.

Os resultados deste estudo serão apresentados para gestores/as na reunião do Conselho de Gestão Regional no Escritório Regional de Saúde de Rondonópolis-MT e aos trabalhadores/as do SUS em reuniões técnicas no Escritório Regional de Saúde de Rondonópolis-MT e/ou nas visitas das Unidades Sentinelas, além de ser divulgada a Dissertação no Portal da Saúde do Trabalhador do CEREST-Cuiabá-MT, como publicação de material científico, para o conhecimento de todos os interessados e apresentação em Congressos e Seminários.

Serão apresentadas sugestões para a efetivação da Rede Sentinela, na expectativa de que contribuam para a melhoria do atendimento da rede básica de saúde e em ações que favoreçam a saúde e segurança do trabalhador.

3.7 Aspectos Éticos

A pesquisa foi iniciada após a aprovação do Comitê de Ética do Hospital Universitário Júlio Müller da Universidade Federal de Mato Grosso, sendo que a mesma foi inserida na Plataforma Brasil, conforme orientação / Carta nº 0212/CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa) / CNS (Conselho Nacional de Saúde) / MS. Foi desenvolvida a partir de uma conduta ética, sob a orientação da resolução 196/96/CONEP/CNS/MS, de

respeito aos sujeitos da pesquisa. O termo de aprovação ética de projeto de pesquisa foi CAAE N° 00718512.4.0000.5541 – CEP-HUJM/2012 com Parecer CEP N° 19412.

Aos participantes da pesquisa foi garantida a confidencialidade dos seus nomes ou identificação e sigilo das informações prestadas conforme preconiza a Resolução CNS 196/96. Os TCLE e os Questionários ficarão guardados por um período de 5 (cinco) anos, em local seguro sob a responsabilidade da pesquisadora.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este capítulo apresenta as considerações de gestores e trabalhadores da Rede Sentinela que participaram de um estudo, sobre a organização da saúde do trabalhador dos municípios e a importância dos trabalhadores/SUS no desempenho de suas atividades profissionais.

Ainda este estudo aponta as unidades de saúde dos dezenove municípios da Rede Sentinela e as categorias profissionais dos trabalhadores do SUS. Bem como, foi traçado o perfil dos gestores/trabalhadores que fizeram parte do estudo, além de identificar questões relevantes das Políticas Públicas desenvolvidas nos municípios, em relação à saúde do trabalhador.

Foi observado, neste estudo, a organização nos municípios da saúde do trabalhador, considerando o papel da Rede Sentinela para que todos os acidentes de trabalho na Regional, sejam corretamente identificados e notificados.

O atendimento aos trabalhadores acidentados nas unidades da Rede Sentinela, também foi abordado neste capítulo, a partir da observação acerca da importância do trabalhador do SUS no desenvolvimento de suas ações.

Neste estudo, foram abordadas questões relacionadas com a capacitação e treinamento dos trabalhadores/SUS no atendimento aos acidentados, realizados nas unidades de referência.

A importância da saúde do trabalhador está na capacidade da rede básica de detectar a relação entre trabalho/saúde/doença de seus usuários. Para isso, a Rede vem desenvolvendo ações que possam minimizar as consequências dos acidentes de trabalho na vida dos trabalhadores, seus familiares e de toda a sociedade.

A Rede para o atendimento aos usuários do SUS da Regional de Saúde de Rondonópolis-MT é composta por 187 (cento e oitenta e sete) unidades e, 102 (cento e duas) unidades pactuadas para atuar na saúde do trabalhador, com um percentual de 54,5% de pactuação.

No Estado de Mato Grosso existem 04 (quatro) Centros de Referências em Saúde do Trabalhador – CEREST, sendo 01 (um) Centro Estadual de Gestão Estadual sediado em Cuiabá-MT e 03 (três) Centros Regionais de Gestão Municipal, localizados na Baixada Cuiabana em Cuiabá-MT; Colider-MT e Primavera do Leste-MT.

O CEREST de Primavera do Leste-MT inaugurado no dia 03 de Agosto de 2012, faz parte da Regional de Rondonópolis-MT, o qual será referência para os 19 (dezenove) Municípios que integram a Rede Sentinela/Regional de Saúde de Rondonópolis, para suporte na rede de agravos e referência, para a operacionalização da Política Nacional de Saúde do Trabalhador regional e estadual (Tabela 3):

Tabela 3. Municípios da Regional de Saúde, Unidades de Saúde, Profissionais/SUS por Formação e Gestores. Rondonópolis, 2012

Município da Regional	Unidades de Saúde	Profissionais/SUS	Gestores
Alto Araguaia	1. Hosp. Municipal 2. Centro Reabilitação 3. PSF Central 4. PSF Vila Aeroporto	1. Enf.; Méd.; Téc. Enf. (02) 2. Fono; Fisio 3. Enf.; Méd.; Assist. Social 4. Enf.; Méd.; Ag. Com. Saúde	1. Coord.
TOTAL	04	12	01
Alto Garças	1. PA – Pronto Atend. 2. U. F. de Aquino Correa	1. Enf.; Téc. Enf. 2. Fisio.; Fono.; Psico.	1. Sec. 2. Coord.
TOTAL	02	05	02
Alto Taquari	1. Hospital Municipal	1. Enf.; Méd.; Téc. Enf. (02)	1. Coord.
TOTAL	01	04	01
Araguainha	1. Centro Saúde	1. Enf.; Méd.; Aux. Adm.	1. Sec. 2. Coord.
TOTAL	01	03	02
Campo Verde	1. Hosp. São Camilo 2. Centro At. Psicos. 3. Centro Esp. Jupira 4. CTA DST/AIDS 5. PSF São Lourenço	1. Enf.; Téc. Enf. (02) 2. Fono.; Fisio. (02); Psico. 3. Enf.; Méd. 4. Enf.; Aux. Adm. 5. Enf.; Méd.; Ag. Com. Saúde	1. Sec. 2. Coord.
TOTAL	05	14	02
Dom Aquino	1. Unid. Saúde Cent. 2. USF Vila Planaltina 3. PSF Vila Esportiva	1. Enf.; Méd.; Ag. Com. Saúde 2. Enf.; Téc. Enf. (02); Ag. Com. Saúde 3. Enf.; Méd.; Ag. Com. Saúde	1. Sec.
TOTAL	03	10	01
Guiratinga	1. Hosp Oswaldo Cruz 2. PSF I Stª Mª Bertila 3. PSF II Genoveva 4. PSF III Garça Branca	1. Enf.; Méd.; Téc. Enf. (02) 2. Enf.; Ag. Com. Saúde 3. Enf.; Ag. Com. Saúde 4. Enf.; Méd.	1. Sec. 2. Coord.
TOTAL	04	10	02
Itiquira	1. H. M. Osnir Bortoloni 2. PA Adroaldo Gatto 3. PSF Adroaldo Gatto 4. PSF Voo Livre Zamb. 5. PSF Central	1. Enf.; Téc. Enf. (02); Aux. Adm. 2. Enf.; Méd.; Ag. Com. Saúde 3. Enf.; Méd.; Ag. Com. Saúde 4. Enf.; Méd.; 5. Enf.; Ag. Com. Saúde	1. Sec.
TOTAL	05	14	01
Jaciara	1. Hosp. Municipal 2. PSF VIII	1. Enf.; Tec. Enf. (02) 2. Enf.; Méd.; Ag. Com. Saúde	1. Coord.
TOTAL	02	06	01
Juscimeira	1. C. Hab. João Baiano 2. PSF I 3. PSF II	1. Fisio. (02) 2. Enf.; Méd.; Ag. Com. Saúde 3. Enf.; Méd.; Ag. Com. Saúde	1. Sec. 2. Coord.
TOTAL	03	08	02
Paranatinga	1. PA Municipal 2. PSF I Concórdia 3. PSF II Vila Nova 4. PSF III União	1. Enf.; Méd.; Aux. Adm.(02); Téc.Enf. (02) 2. Enf.; Méd.; Ag. Com. Saúde 3. Enf.; Méd. Ag. Com. Saúde 4. Enf.; Méd.	1. Sec. 2. Coord.
TOTAL	04	14	02
Pedra Preta	1. PA Municipal 2. C.H. D. Aq. Correa	1. Enf.; Méd.; Téc. Enf. (02) 2. Téc. Enf.; Fisio.; Aux. Adm.	1. Coord. (02)
TOTAL	02	07	02
Poxoréo	1. Hosp. S. J. Batista 2. PSF I 3. PSF II 4. PSF III	1. Enf.; Méd.; Aux. Adm.; Tec.Enf. (02) 2. Enf.; Méd.; Ag. Com. Saúde 3. Enf.; Méd.; Aux. Adm. 4. Enf.; Méd.; Ag. Com. Saúde	1. Sec. 2. Coord. (02)
TOTAL	04	14	03
Primavera do Leste	1. PA Municipal 2. PSF VII 3. C. A. Psicossocial 4. C. R. G. P. Ferreira	1. Enf.; Méd.; Aux. Adm.; Tec. Enf.(02) 2. Enf.; Méd.; Ag. Com. Saúde 3. Enf.; Aux. Adm.; Psico. 4. Fisio.; Aux. Adm. (02)	1. Sec. 2. Coord. (02)
TOTAL	04	14	03
Rondonópolis	1. PA Municipal 2. H. Reg. E. Giovanela 3. Sta. Casa/UNIMED 4. C. S. J. Guanabara 5. Policlínica 6. CEADAS 7. C.S. N.S. Amparo 8. PSF Parque Univers. 9. PSF Monte Líbano 10. PSF J. Atlântico	1. Enf.; Méd.; Aux. Adm; Téc. Enf. (03) 2. Enf.; Méd.; Téc. Enf. 3. Enf.; Méd.; Aux. Adm. 4. Enf.; Aux. Adm. (02) 5. Enf.; Aux. Adm. (02) 6. Enf.; Aux. Adm.; Téc.Enf.(02) 7. Enf.; Ag. Com. Saúde 8. Enf.; Ag. Com. Saúde 9. Enf.; Ag. Com. Saúde 10. Enf.; Téc. Enf. (02)	1. Sec. 2. Coord. (03)
TOTAL	10	31	04
S. Antônio do Leste	1. Centro Munc. Saúde	1. Enf.; Méd. Aux. Adm. (02); Téc. Enf.; Ag. Com. Saúde	1. Sec. 2. Coord.
TOTAL	01	06	02
São José do Povo	1. PSF	1. Téc. Enf. (02)	1. Sec.
TOTAL	01	02	01
São Pedro da Cipa	1. PSF	1. Enf.; Ag. Com. Saúde; Aux. Adm.	1. Sec.
TOTAL	01	03	01
Tesouro	1. PSF	1. Enf. Téc. Enf.	1. Sec.
TOTAL	01	02	01
Total	58	179	34

A Tabela 3, acima apresentada, foi estruturada para demonstrar o número de participantes, considerando os municípios, unidades, profissionais/SUS e gestores. Todos os municípios que formam a Regional de Rondonópolis participaram da pesquisa, conforme o número de Unidades de Saúde.

Os resultados observados a partir dos dados coletados e apresentados na Tabela 3, apontaram ainda que o número de unidades de saúde pactuadas tem relação com a densidade demográfica e, conseqüentemente, com o número de profissionais e gestores participantes da pesquisa.

Observou-se na Tabela 3, que pelo número de Instituições existentes na Regional de Saúde de Rondonópolis-MT, existem poucas unidades pactuadas, sendo que a população da região acaba não tendo o atendimento necessário na redução dos problemas de saúde pública. Seria importante que todas as unidades de saúde fossem pactuadas, possibilitando melhor atendimento aos usuários e possível redução dos casos de subnotificações como nos casos ocorridos em relação à saúde e segurança do trabalhador.

O Quadro 1, demonstra às unidades de saúde pactuadas, com as portarias e os referidos anos de pactuação, com evidência aos dois municípios (Pedra Preta e São José do Povo), que apresentaram redução do número de unidades pactuadas no período de 2008 e 2010:

Quadro 1: Resumo das Unidades Sentinelas Pactuadas ERS – Rondonópolis em 2008 e 2010

	Portaria	Ano Pactuação	
		2008	2010
Alto Araguaia	Portaria nº 030/SMS/GS de 16 de outubro de 2008 Portaria Interna nº 30/GS, de 18 de agosto de 2010	2 -	- 6
Alto Garças	Portaria nº 73 de 17 de setembro de 2008 Portaria nº 031, de 18 de março de 2010	2 -	- 2
Alto Taquari	Portaria nº 002 de 22 de outubro de 2008 Portaria Interna nº 205/GS, de 18 de agosto de 2010	1 -	- 1
Araguainha	Portaria sem número Portaria nº 75, de 23 de agosto de 2010	1 -	- 1
Campo Verde	Resolução nº 01 de 29 de agosto de 2008 Portaria nº 01/GS, de 12 de fevereiro de 2010	6 -	- 7
Dom Aquino	Portaria nº de 16 de outubro de 2008 Portaria Interna nº 06/GS, de 09 de agosto de 2010	4 -	- 5
Guiratinga	Portaria nº 004 de 08 setembro de 2008 Portaria nº 003/2010, de 12 de agosto de 2010	6 -	- 6
Itiquira	Resolução CMS, 002 de 29 de agosto de 2008 Portaria Interna nº 001/SMS, de 18 de maio de 2010	2 -	- 7
Jaciara	Portaria nº 005/SMS/GS de 09 de setembro de 2008 Portaria nº 001/GS, de 11 de agosto de 2010	2 -	- 2
Juscimeira	Resolução nº 164 de 15 de outubro de 2008 Portaria Interna nº 26/2010, de 20 de maio de 2010	5 -	- 6
Paranatinga	Portaria nº 185/2008 de 26 de novembro de 2008 Portaria Interna nº 01/SMS, de 06 de junho de 2010	1 -	- 6
Pedra Preta	Portaria nº 004/GS de 22 de setembro de 2008 Portaria Interna nº 010/GS, de 19 de agosto de 2010	5 -	- 2
Poxoréo	Portaria nº 306/GS de 14 de outubro de 2008 Portaria nº 01/GS, de 12 de agosto de 2010	3 -	- 5
Primavera do Leste	Portaria nº 25 de 26 agosto de 2008 Portaria Interna nº 006/SMS, de 11 de junho de 2010	5 -	- 5
Rondonópolis	Resolução nº 12 de 16 de outubro de 2008 Portaria nº 017/SMS, de 17 de setembro de 2010	15 -	- 37
S. Antônio do Leste	Portaria nº 185 de 01 de setembro de 2008 Portaria Interna nº 001/GS, de 16 de junho de 2010	1 -	- 1
São José do Povo	Portaria nº 37 de 10 de setembro de 2008 Portaria nº 022/2010, de 26 de fevereiro de 2010	2 -	- 1
São Pedro da Cipa	Portaria nº 066 de 15 de outubro de 2008 Portaria nº 01/2010, de 16 de agosto de 2010	1 -	- 1
Tesouro	Portaria nº 41 de 18 de setembro de 2008 Portaria Interna nº 001, de 03 de setembro de 2010	1 -	- 1
Total		65	102

Fonte: Adaptado pela pesquisadora a partir dos dados do SINAN_NET/Observatório em Saúde do Trabalhador – CEREST-MT (2012)

Dentre os 19 (dezenove) municípios que formam a Regional de Saúde de Rondonópolis-MT, segundo o demonstrativo Quadro 1, observou-se que 08 (oito) municípios aumentaram o número de unidades pactuadas entre 2008 e 2010, como: Alto Araguaia (2-6); Itiquira (2-7); Paranatinga (1-6) e Rondonópolis (15-37). No entanto, o (Quadro 1) apresenta a existência de

dois Municípios que tiveram um decréscimo no número de unidades de saúde pactuadas, que foram Pedra Preta (5-2) e São José do Povo (2-1).

Para a Coordenadoria de Saúde do Trabalhador (COSAT) (2011), pactuação é a definição de quais as Unidades de Saúde dos Municípios que vão integrar a Rede Sentinela de Notificações de Agravos em Saúde do Trabalhador, por meio da aprovação dos Conselhos Municipais de Saúde dos respectivos Municípios e, posterior, aprovação do Conselho de Gestão Regional (CGR) e, encaminhamento ao COSAT.

O processo de pactuação da Secretaria de Saúde do Estado com os municípios da Regional de Rondonópolis iniciou com Primavera do Leste em 26 de agosto de 2008, a partir da Portaria nº 25, com a pactuação de cinco unidades de saúde.

É necessário avaliar que para existir um amplo reconhecimento dos agravos e corretas notificações, todas as Unidades de Saúde dos 19 (dezenove) Municípios da Regional Sul deveriam ser pactuadas e capacitadas, independente do número de usuários das unidades, visto que os trabalhadores dos pequenos municípios também são alvos de acidentes no desempenho de suas atividades.

A Figura 2 apresenta em destaque o número de Municípios que fazem parte da Regional de Saúde de Rondonópolis, a sua localização geográfica no território de Mato Grosso, extensão territorial, número de Unidades de Saúde de cada Município e das Unidades pactuadas, bem como, das notificações de agravos e acidentes de trabalho realizado no SINAN em 2011.

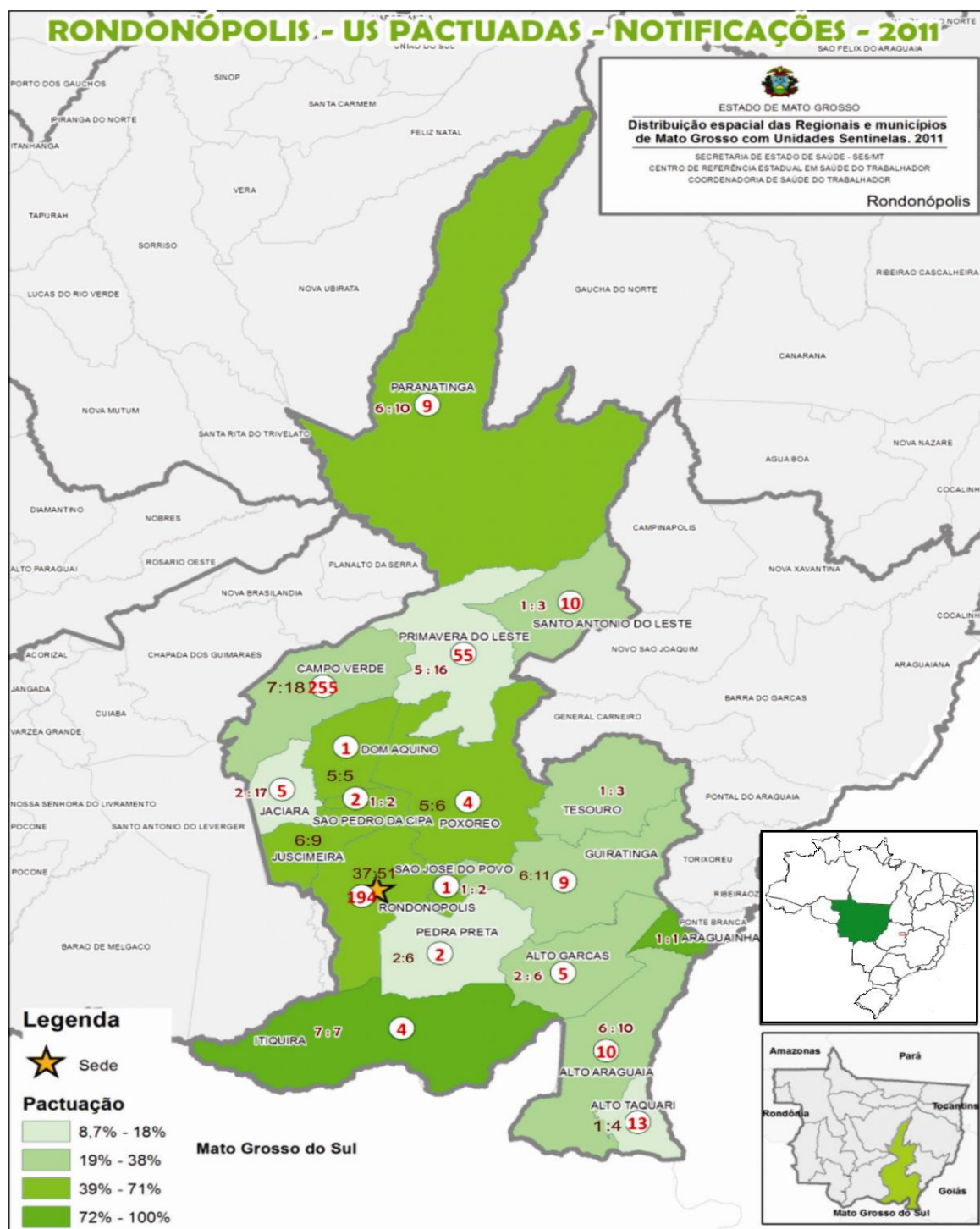


Figura 2. Rondonópolis – Unidades de Saúde Pactuadas – Notificações – 2011
Fonte: CEREST-MT (2012)

Nesta Regional, somente 2 (dois) Municípios possuem 100% de suas Unidades pactuadas, Itiquira (7:7) e Araguainha (1:1), enquanto que quatro Municípios apresentam menor índice de Unidades pactuadas, Primavera do Leste (5:16); Jaciara (2:17); Pedra Preta (1:6) e Alto Taquari (1:4).

No ano de 2011 (Figura 2), houve 579 notificações de agravos e acidentes de trabalho, destes o município de Campo Verde apresentou 255 e Rondonópolis 194. Considerando que segundo o IBGE (2012), Campo Verde tem menor densidade demográfica (31.589 habitantes) do que Rondonópolis (195.476 habitantes) observam-se dois aspectos: primeiro que os acidentes de trabalho são mais frequentes em Campo Verde ou, segundo, seu sistema de notificação é mais eficiente, o que gera a compreensão de que os acidentes de trabalho em Rondonópolis possuem um elevado índice de subnotificações.

Quadro 2: Municípios segundo o tipo e número de acidentes e de agravos notificados pelo SINAN 2009 e 2011

pelo SIMAN 2009 e 2011

Municípios do ERS	2009				2010				2011			
	ATMB	AT G	DO RT	IEO	ATM B	ATG	DO RT	IEO	ATMB	ATG	DO RT	IEO
Alto Araguaia	0	0	0	0	1	0	0	0	5	5	0	0
Alto Garças	0	1	0	1	0	2	0	0	3	2	0	0
Alto Taquari	0	0	0	0	2	2	0	0	9	4	0	0
Araguainha	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Campo Verde	5	14	0	0	7	15	0	2	15	234	0	6
Dom Aquino	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0
Guiratinga	3	1	0	2	3	1	1	1	1	6	0	2
Itiquira	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	0	0
Jaciara	0	0	0	0	3	2	0	1	0	5	0	0
Juscimeira	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Paranatinga	9	1	0	0	5	7	0	0	8	1	0	0
Pedra Preta	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0
Poxoréo	1	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0
Pva. do Leste	14	3	0	8	17	7	0	12	16	35	1	3
Rondonópolis	56	5	0	0	52	19	0	0	66	127	0	1
S. Antônio do Leste	0	0	0	0	0	1	0	0	0	6	0	4
São José do Povo	0	0	0	4	0	0	0	1	0	1	0	0
São Pedro da Cipa	0	0	0	0	5	1	0	0	1	1	0	0
Tesouro	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Sub Total	88	25	1	16	96	57	1	17	130	432	1	16
Total Parcial	130				171				579			
Total Geral	888											

Fonte: Adaptado pela pesquisadora do SINAN_NET/Observatório em Saúde do Trabalhador – CEREST-MT (2012)

LEGENDA

- ATMB – Acidentes de Trabalho com Material Biológico
- ATG – Acidentes de Trabalho Grave
- DORT – Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho
- IEO – Intoxicações Exógenas Ocupacionais

Quanto ao número de notificações e os tipos de acidentes e agravos notificados pelo SINAN (Quadro 2), a Portaria nº 104/2011 Brasil (2011), conforme anteriormente citado estabelece que os agravos de notificação compulsória são 11 (onze), sendo os seguintes: acidente com exposição a material biológico relacionado ao trabalho, acidente de trabalho com mutilações, acidente de trabalho em crianças e adolescentes; acidente de trabalho fatal, câncer relacionado ao trabalho; dermatoses ocupacionais; intoxicações exógenas; distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT), perda auditiva induzida por ruído – PAIR relacionada ao trabalho, pneumoconioses relacionadas ao trabalho e transtornos mentais relacionadas ao trabalho.

No entanto, nos Municípios que formam a Regional de Saúde Rondonópolis somente foram notificados quatro tipos de agravos e acidentes: acidentes de trabalho com material biológico, acidentes de trabalho graves; distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho e a intoxicação exógena ocupacional (Quadro 2), com as seguintes siglas: ATMB, ATG, DORT e IEO.

Verificando o número de notificações de agravos e acidentes de trabalho na Regional de Saúde de Rondonópolis notificados no SINAN, tem-se em 2009 um número total de 130 casos com predominância ao ATMB com 88 registros; em 2010 foram 171 casos também com predominância das ATMB e, por fim no ano de 2011 foram 579 casos sendo 432 identificados como de ATG, portanto, ocorrendo mudança do principal tipo de agravo.

Com o objetivo de fazer um comparativo entre os dados do SINAN e os dados do Ministério da Previdência Social por meio da Comunicação de

Acidente do Trabalho - MPS/CAT, (Quadro 3)³, referente às notificações de agravos em Saúde do Trabalhador, por situação de registro e motivo em 2009 e 2010:

Quadro 3: Municípios da Regional de Rondonópolis-MT – Acidentes do Trabalho, por situação de registro e motivo – 2009 e 2010

MUNICÍPIOS DA REGIONAL DE RONDONÓPOLIS - ACIDENTES DO TRABALHO, POR SITUAÇÃO DO REGISTRO E MOTIVO – 2009-2010												
MUNICÍPIOS	COM CAT REGISTRADA										SEM CAT REGISTRADA	
	TOTAL		MOTIVO									
			TOTAL									
	Típico				Trajeto		Doença do Trabalho					
2009	2010	2009	2010	2009	2010	2009	2010	2009	2010	2009	2010	
Alto Araguaia	64	74	33	44	29	34	4	10	0	0	31	30
Alto Garças	45	38	45	38	42	36	2	2	1	0	0	0
Alto Taquari	56	55	56	55	49	49	6	6	1	0	0	0
Araguainha	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0
Campo Verde	117	174	117	174	98	153	19	19	0	2	0	0
Dom Aquino	36	26	36	26	32	24	4	2	0	0	0	0
Guiratinga	16	9	16	9	14	9	2	0	0	0	0	0
Itiquira	53	31	53	31	43	26	10	4	0	1	0	0
Jaciara	192	291	64	166	52	149	12	17	0	0	128	125
Juscimeira	16	12	16	12	11	9	5	3	0	0	0	0
Paranatinga	242	153	214	140	205	134	9	6	0	0	28	13
Pedra Preta	169	132	169	132	146	111	6	9	17	12	0	0
Poxoréo	41	34	31	26	27	22	4	4	0	0	10	8
Primavera do Leste	238	226	164	157	134	122	29	33	1	2	74	69
Rondonópolis	1.265	1.157	917	887	698	621	199	253	20	13	348	270
S. Antônio do Leste	2	1	2	1	2	0	0	1	0	0	0	0
São José do Povo	2	2	2	2	1	2	1	0	0	0	0	0
São Pedro da Cipa	7	19	7	19	5	18	2	1	0	0	0	0
Tesouro	1	5	1	5	1	5	0	0	0	0	0	0
Total Regional Roo	2.562	2.440	1.943	1.925	1.589	1.525	314	370	40	30	619	515
Total Mato Grosso	14.130	13.376	9.613	9.413	7.914	7.606	1.471	1.584	228	223	4.517	3.963
Total Brasil	755.980	723.452	551.023	528.279	441.925	421.141	88.742	89.445	20.356	17.693	204.957	195.173

Fonte: Adaptado pela pesquisadora a partir dos dados do MPS/DATAPREV, CAT, SUB (2012)

O Quadro 3 demonstra que tanto em 2009, quanto em 2010 a Regional de Rondonópolis-MT, apresenta índice significativo em relação ao

³ O Quadro 3 foi estruturado a partir das informações contidas no Sistema Único de Benefícios (SUB) e do Sistema de Comunicação de Acidentes de Trabalho (CAT), os quais foram desenvolvidos pela DATAPREV, com o objetivo de processar e armazenar todas as informações da CAT, que são enviadas por meio da Internet ou nas Agências da Previdência Social (MPS/DATAPREV, 2012).

número total de acidentes no Estado de Mato Grosso, com percentuais de 18,13% e 18,25% respectivamente.

No entanto, o Estado de Mato Grosso possui menor relevância no contexto geral do número de acidentes de trabalhos por meio do registro da CAT, com percentuais de 1,87% em 2009 e 1,85% em 2010, enquanto que sem CAT os percentuais são de 2,2% e 2,03%, respectivamente. Os registros de acidentes sem CAT apresentam índices menores da Regional de Rondonópolis em relação ao Mato Grosso com 13,7% e 12,99% nos anos de 2009 e 2010.

Para estabelecer a relação entre o SINAN e CAT, foram compilados dados dos dois sistemas de informações e apresentados no Quadro 4, considerando os anos de 2009 e 2011:

Quadro 4: Comparação das notificações do SINAN e registros da CAT – 2009 e 2011

Sistema	2009	%	2010	%	2011
SINAN	130	30,8	171	238,6	579
CAT	2.562	- 4,75	2.440	-	-
Diferença SINAN/CAT		1.870,76		1.326,90	

Observa-se pelos dados coletados do SINAN (2012) que em 2009 houve 130 notificações de agravos e acidentes de trabalho; em 2010 houve 171, enquanto que em 2011 ocorreram 579 notificações. No entanto, no mesmo período o MPS/DATAPREV, CAT, SUB (2012), apontaram em 2009 a existência de 2.562 registros (1.943 com CAT e 619 sem CAT); 2010 os registros de 2.440 registros (1.925 com CAT e 515 sem CAT) sendo que os dados de 2011 da Regional de Saúde não estão disponíveis. (Quadro 4). Os registros da CAT na Regional de Rondonópolis apresentaram um decréscimo de -4,75% entre os anos de 2009 e 2010.

Apesar da base de dados ser de instituições diferentes, se compararmos o SINAN e a CAT do ano de 2009 o percentual de diferença é de 1.870,76% a menor no SINAN e em 2010 o percentual foi de 1.326,90% a menor no SINAN, isto pode demonstrar que existe um elevado percentual de subnotificações na Regional de Rondonópolis, como já foi anteriormente citado neste estudo.

Considerando que as notificações do SINAN são de toda a população atendida pelo SUS e que do MPS/DATAPREV, CAT, SUB, são apenas os trabalhadores com registro em carteira. E, ao avaliar que segundo o Dieese (2011), o percentual de trabalhadores com carteira assinada no Estado de Mato Grosso é de 32,0%, tem-se a compreensão de que a subnotificação dos agravos e acidentes de trabalho no SINAN, apresentam números muito significativos. Neste sentido, conforme apontam Medeiros et al. (2005), no setor informal as notificações são nulas, o que gera ainda mais problemas aos usuários devido a falta de registro.

Levando-se em conta que os dados do SINAN e os da Vigilância Epidemiológica, que são indicadores de saúde de seus Municípios, por não serem adequadamente alimentados, monitorados e avaliados, geram índices que não condizem com a realidade.

Assim, conforme Relatório de Gestão 2010 COSAT/MT, as estatísticas detectam somente de 1% a 4% dos agravos que os trabalhadores são expostos, que em Mato Grosso representam 84% do total da população, com isso prejudica toda a população a partir da fragilização dos programas de Saúde do Trabalhador desenvolvidos no Estado e Regional.

4.1 Perfil Sociodemográfico dos Gestores e Trabalhadores da Regional de Saúde

São aqui apresentados dados relacionados ao perfil sociodemográfico de gestores e trabalhadores da Regional, sendo que a relação idade e sexo foi o primeiro aspecto analisado, bem como questões relacionadas foram apresentadas em uma só tabela e gráfico.

Os dados foram compilados e analisados considerando as características sociodemográficas de gestores e trabalhadores, pois é importante observar a visão de homens e mulheres no desempenho de suas funções e, na observação da realidade vivenciada no cotidiano de suas atividades laborais.

Tabela 4: Idade e sexo dos gestores e trabalhadores. Regional de Rondonópolis-MT, 2012

Faixa Etária \ Sexo	Gestores				Total		Trabalhadores				Total	
	F		M				F		M			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Até 21 anos	-	-	-	-	-	-	8	4,4	5	2,7	13	7,1
De 22 a 35 anos	10	29,4	11	32,4	21	61,8	77	43,0	18	10,1	95	53,1
De 36 a 45 anos	4	11,8	6	17,6	10	29,4	34	19,0	13	7,2	47	26,2
Mais de 45 anos	1	2,9	2	5,9	3	8,8	6	3,5	18	10,1	24	13,6
Total	15	44,1	19	55,9	34	100	125	69,9	54	30,1	179	100

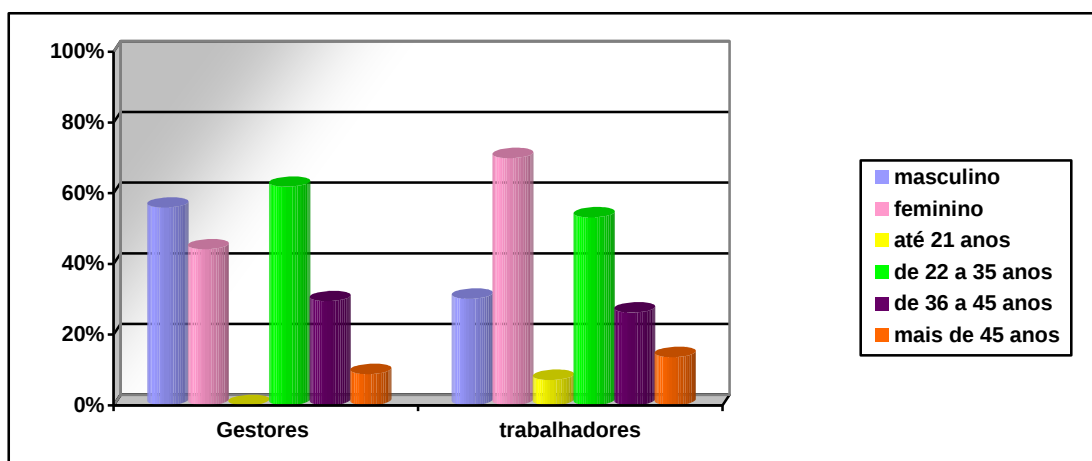


Gráfico 1: Idade e Sexo dos Gestores e Trabalhadores. Regional de Rondonópolis-MT, 2012

Dentre os participantes da pesquisa, no grupo dos gestores o maior percentual é de 55,9% do sexo masculino, enquanto que no grupo dos trabalhadores a predominância é de 69,9% do sexo feminino. Considera-se que os gestores, quanto à idade são jovens, com 61,8% entre 22 e 35 anos.

De acordo com Silva (2011), as mulheres ainda não conquistaram as mesmas funções e remuneração do que os homens, em nenhuma parte do mundo. Ainda existem desigualdades de oportunidades e das realidades vivenciadas em instituições públicas e privadas.

Observa-se a hegemonia no grupo de gestores quanto à idade, visto que tanto homens, quanto mulheres possuem entre 22 e 35 anos, com percentuais de 32,4% e 29,4% respectivamente. Nas idades de 36 a 45 anos e mais de 45 anos a predominância é de gestores do sexo masculino.

Conforme a Tabela 4, dentre os trabalhadores da unidade de saúde 53,1% possuem entre 22 e 35 anos, e 26,2% se encontram com idade de 36 e 45 anos, demonstrando que a maioria destes trabalhadores é jovem e se encontra no início de suas carreiras profissionais.

Quanto ao sexo a maioria dos 179 pesquisados, ou seja, um percentual de 69,9% são do sexo feminino enquanto 30,1% são do sexo masculino, o que aponta para uma predominância de trabalhadoras, característica de trabalhadores em saúde no Brasil.

Ao relacionar os gestores com os trabalhadores, observou-se que no quesito idade a maioria dos dois grupos se encontra na faixa etária de 22 a 35 anos, porém quanto ao sexo no caso dos gestores a predominância é

para o sexo masculino, enquanto que dentre os trabalhadores o percentual é maior para o sexo feminino.

Quanto ao tempo de trabalho na área da saúde e o tempo que gestores e trabalhadores atuam na atividade exercida no momento da pesquisa (Tabela 5):

Tabela 5: Tempo de trabalho na área da saúde e tempo de trabalho na atividade atual. Regional de Rondonópolis-MT, 2012

Tempo de Trabalho na Saúde	Gestores/anos				Total		Trabalhadores/Anos				Total	
	F		M				F		M			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Até 1 ano	2	5,9	-	-	2	5,9	8	4,5	11	6,1	19	10,6
De 2 a 5 anos	6	17,6	5	14,7	11	32,4	35	19,6	14	7,8	49	27,4
De 6 a 10 anos	2	5,9	5	14,7	7	20,5	27	15,1	9	5,0	36	20,1
Mais de 10 anos	5	14,7	9	26,5	14	41,2	55	30,7	20	11,2	75	41,9
Total Atuação	15	44,1	19	55,9	34	100	125	69,9	54	30,1	179	100,0

Tempo de Trabalho na Atividade Atual	Gestores/anos				Total		Trabalhadores/Anos				Total	
	F		M				F		M			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Até 1 ano	2	5,9	-	-	2	5,9	21	11,7	11	6,1	32	17,8
De 2 a 5 anos	7	20,6	6	17,6	13	38,2	43	24,0	10	5,6	53	29,6
De 6 a 10 anos	1	2,9	5	14,7	6	17,7	22	12,4	9	5,0	31	17,4
Mais de 10 anos	5	14,7	8	23,6	13	38,2	39	21,8	24	13,4	63	35,2
Total na Atividade	15	44,1	19	55,9	34	100	125	69,9	54	30,1	179	100

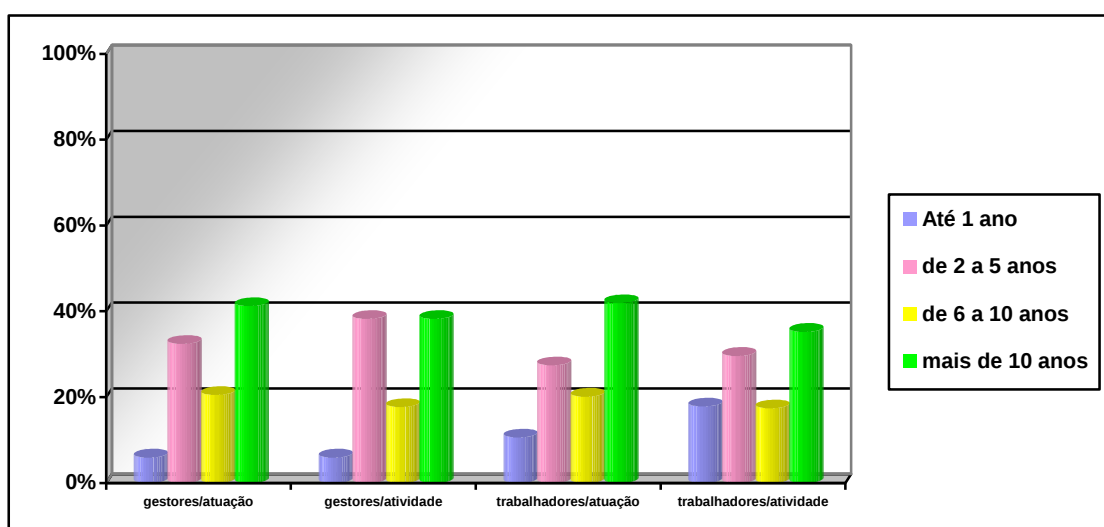


Gráfico 2: Tempo de trabalho na área da saúde e tempo de trabalho na atividade atual. Regional de Rondonópolis-MT, 2012

Identificou-se o tempo de trabalho na área da saúde considerado de forma abrangente tanto o período em que gestores e trabalhadores atuam na saúde, bem como, o tempo que desempenham a atividade atual, com evidência às mudanças no quadro funcional. Destaca-se que 41,2% estão trabalhando na área da saúde há mais de 10 (dez) anos e 38,2% estão na função de gestores neste mesmo período, demonstrando a flexibilidade de funções exercidas.

Observou-se como característica do grupo de gestores, que todas as mulheres participantes que se encontram na área da saúde há mais de 10 anos, estão na atividade no mesmo período (14,7%), e dentre os homens existe um percentual menor na atividade atual (26,5% e 23,6%). Neste sentido, observa-se a continuidade da mulher na atividade, o que lhe oportuniza maior nível de conhecimento e desenvoltura na execução das ações pertinentes a função de gestora.

Embora em percentuais menos acentuados, entende-se que de acordo com Brasil (2007), a maioria dos profissionais que atuam como gestores no serviço de saúde possuem experiência de mais de 10 anos, fator este observado na Regional de Rondonópolis, que se demonstra igual no período de 2012, evidenciando que em alguns aspectos não houve mudanças desde o ano 2007.

Dentre os trabalhadores que atuam na saúde, 41,9% atuam há mais de 10 anos, 27,4% responderam entre 2 e 5 anos. Quando citaram o tempo em que se encontram no cargo que ocupam, 29,6% responderam que ocupam o cargo em que atuam entre 2 e 5 anos, e 35,2% mais de 10 anos.

Na (Tabela 5) dentre as mulheres trabalhadoras existe maior rotatividade do que dentre os homens, com destaque no último ano, posto que 4,5% delas responderam estar na saúde até 1 ano e 11,7% se encontram na atividade atual até 1 ano, enquanto que dentre os homens o percentual se manteve no mesmo período (6,1%).

Com relação aos trabalhadores/as que estão na área da saúde há mais de 10 anos, ambos mudaram de atividade neste período (mulheres 30,7% e 21,8%; homens 11,2% e 13,4%). Desta forma, é possível justificar que por vezes ocorre o treinamento para uma atividade e, posteriormente com a mudança de função o trabalhador/a passa a não ter qualificação para o desempenho das novas atividades.

Quanto ao nível de instrução antes de iniciar suas atividades profissionais na saúde e atualmente (Tabela 6 e Gráfico 3) os gestores e trabalhadores demonstram que houve melhoria no grau de escolaridade.

Tabela 6: Escolaridade quando iniciou o trabalho na saúde e escolaridade atual de gestores e trabalhadores. Regional de Rondonópolis-MT, 2012

Escolaridade inicial Sexo	Gestores				Total		Trabalhadores				Total	
	F		M				F		M			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Nível médio	3	8,8	12	35,3	15	44,1	40	22,4	22	12,3	62	34,6
Nível superior	8	23,5	5	14,7	13	38,2	73	40,8	23	12,8	96	53,7
Especialização	4	11,8	2	5,9	6	17,7	12	6,7	9	5,0	21	11,7
Total Inicial	15	44,1	19	55,9	34	100	125	69,9	54	30,1	179	100
Escolaridade atual Sexo	Gestores				Total		Trabalhadores				Total	
	F		M				F		M			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Nível médio	1	2,9	8	23,5	9	26,5	25	14,0	17	9,5	42	23,5
Nível superior	9	26,5	2	5,9	11	32,4	85	47,5	18	10,0	103	57,5
Especialização	5	14,7	9	26,5	14	41,1	15	8,4	19	10,6	34	19,0
Total Atual	15	44,1	19	55,9	34	100	125	69,9	54	30,1	179	100

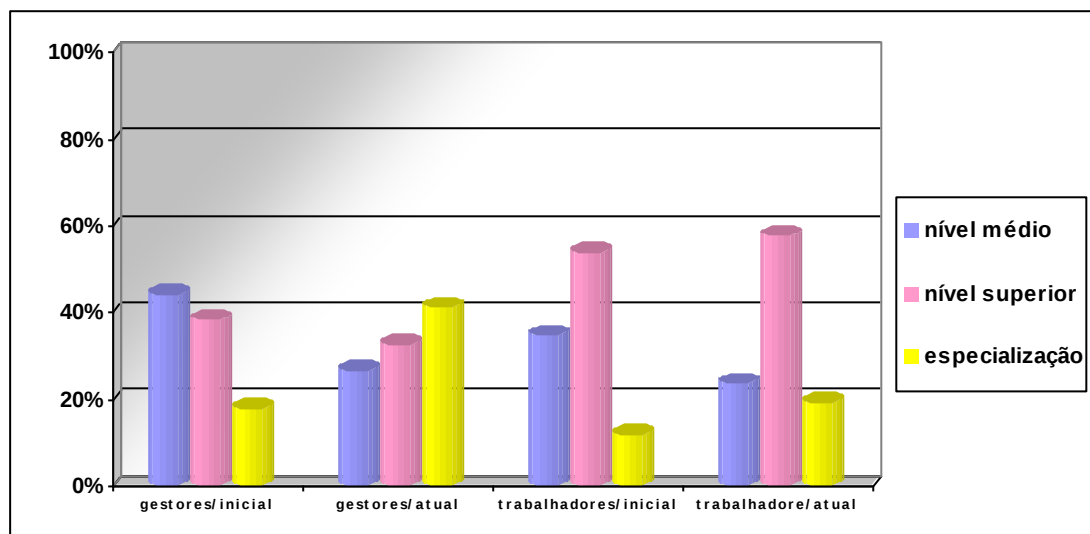


Gráfico 3: Escolaridade quando iniciou o trabalho na saúde e escolaridade atual de Gestores e Trabalhadores. Regional de Rondonópolis-MT, 2012

Isto pode ser confirmado ao observar que 44,1% dos gestores e 34,6% dos trabalhadores iniciaram suas atividades tendo apenas o ensino médio e, atualmente, estes índices caíram para 26,5% e 23,5% respectivamente.

Nesta mesma linha de análise observa-se que ao iniciarem suas atividades 17,7% dos gestores e 11,7% dos trabalhadores possuíam especialização e, na atualidade estes índices passaram para 41,1% e 19,0% respectivamente.

Fazendo um comparativo entre mulheres e homens, observou-se que dentre os que ocupam o cargo de gestão as mulheres quando iniciaram na saúde já possuíam maior nível de escolaridade do que os homens (8,8% e 35,3%).

Já no grupo dos trabalhadores o sexo feminino tinha menor nível de escolaridade quando iniciou na saúde (ensino médio mulheres 22,4% e homens 12,3%), porém, as mulheres buscaram com maior interesse a qualificação acadêmica, com 8,4% elevando seu grau de escolaridade do

ensino médio para o ensino superior, enquanto dentre os homens este percentual foi de 2,8% (mulheres 22,4% e 14,0% e homens 12,3% e 9,5%).

Na avaliação de Bomfin e Hastenreiter (2010), a partir do século XX as mulheres passaram a desempenhar um importante papel não apenas nas famílias, enquanto mãe e esposa, como também nas instituições públicas e privadas, passando a conquistar o seu espaço enquanto gestora, desempenhando atividades que anteriormente eram conferidas exclusivamente aos homens.

A necessidade de melhoria contínua com a formação acadêmica fica evidente no entendimento de Macedo, Carvalho e Coutinho (2009, p.2) de que: “a gestão da saúde pública é complexa e exige habilidades e qualificação contínua, devido à necessidade de atender a legislação que consta do Direito Administrativo. [...]”.

Compreende-se assim, que os gestores e/ou coordenadores são conscientes desta nova gestão pública que exige não apenas a formação acadêmica, mas a continuidade dos estudos com realização de programas de especialização e, ainda mais mestrados e doutorados.

O reconhecimento da necessidade de qualificação profissional a partir do ensino superior e de ações relacionadas à especialização demonstra a compreensão de que conhecer a ciência da administração e da saúde amplia o nível de conhecimento destes profissionais gestores, os quais são especialistas. Neste sentido, ao se qualificar continuamente certamente haverá melhoria no desempenho de suas atividades.

Estas iniciativas ratificam o entendimento de Macedo, Carvalho e Coutinho (2009, p.1) quando afirmam que “a administração pública visa ao

interesse da coletividade e faz a defesa do bem comum, fundamentados nos princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade, finalidade, continuidade, indisponibilidade e igualdade. [...]”.

Ao analisar os dados apresentados se observou que os trabalhadores das unidades de saúde da Regional de Rondonópolis apresentaram aumento do nível de instrução, o que aponta para o fato de que estes trabalhadores buscam a melhoria de sua atividade a partir da qualificação acadêmica.

É importante citar que a qualificação dos trabalhadores passa especialmente, pela formação acadêmica, neste sentido, o aumento do nível de instrução, traz o aumento da capacitação e a necessidade de atuar com sabedoria no atendimento aos usuários, considerando a importância de um atendimento humanizado.

Segundo Brasil (2004a), o baixo nível de instrução pode se constituir um fator negativo para a qualidade das atividades dos trabalhadores que atuam na saúde pública, seja pela dificuldade em formular conceitos de autocuidado em saúde, ou mesmo, a noção da necessidade de conservar o ambiente em que se encontra inserido.

Compreende-se, portanto, que o aumento do nível de instrução destes trabalhadores, pode indicar a melhoria das atividades destes e, conseqüentemente, a melhoria do atendimento aos usuários, na proteção da saúde dos trabalhadores.

Segundo esclarece Neira (2009), as mulheres vêm conquistando o poder, ganhando espaço na gestão e liderança, mas, para isso, necessitam

estar melhor preparadas do que os homens, tendo mais elevado nível de escolaridade.

Foi possível traçar um perfil dos gestores, comparando aspectos que envolvem o nível de escolaridade e as considerações sobre o tema, levando em conta o sexo.

Neste sentido, observou-se que as mulheres quando iniciam como gestoras já possuem maior nível de escolaridade do que os homens e, no decorrer da carreira, buscam o curso superior em maior proporção e realizam mais capacitação do que os gestores, bem como, são mais conscientes da importância do treinamento e desenvolvimento para os trabalhadores.

4.2 Saúde do Trabalhador nas Unidades de Saúde

A Política Nacional de Saúde do Trabalhador, por meio da Rede Sentinela que constituem unidades de saúde, as quais são a porta de entrada para o atendimento aos trabalhadores acometidos de doenças e agravos no trabalho foi à abordagem discutida neste subtítulo.

Ao tratar sobre o programa de saúde do trabalhador cabe a qualificação na saúde observou-se a realização de capacitação pelos gestores e treinamento para os trabalhadores, (Tabela 7):

Tabela 7: Realização de capacitação para Gestores e treinamento para Trabalhadores da Rede Sentinela. Regional de Rondonópolis-MT, 2012

Gestores	Sexo	Realização de capacitação dos gestores							
		Sim				Não			
		F		M		F		M	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Secretários/as		6	17,6	7	20,6	2	5,9	4	11,8
Coordenadores/as		5	14,7	2	5,9	2	5,9	6	17,6
Total		11	32,3	9	26,5	4	11,8	10	29,4

Gestores	Sexo	Realização de treinamento aos trabalhadores							
		Sim				Não			
		F		M		F		M	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Secretários/as		6	17,6	7	20,6	2	5,9	4	11,8
Coordenadores/as		6	17,6	2	5,9	1	3,0	6	17,6
Total		12	35,2	9	26,5	3	8,9	10	29,4

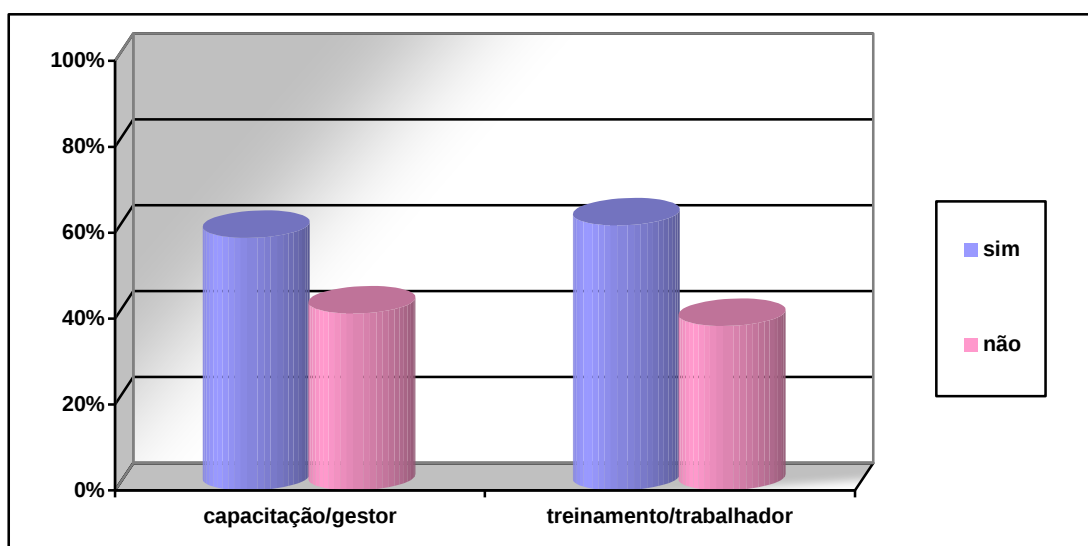


Gráfico 4: Realização de capacitação para Gestores e treinamento para Trabalhadores da Rede Sentinela. Regional de Rondonópolis-MT, 2012

Constatou-se que 58,8% dos gestores foram capacitados para desenvolver a atividade em que atuam, enquanto 41,2% não foram capacitados. Sendo que neste público os homens que desempenham a função de Secretários são mais capacitados que as mulheres (mulheres 17,6% e homens 20,6%), já no caso dos coordenadores a capacitação das mulheres é superior (mulheres 14,7% e homens 5,9%).

Quando se fala em excelência de gestão busca-se um percentual de 100,0% de qualificados. No entanto, o fato de 41,2% dos gestores não ter

capacitação para exercer a função, pode ser explicado por existirem contratações por indicação política para os cargos de confiança.

Neste sentido Macedo, Carvalho e Coutinho (2009), afirmam que na atualidade, compreende-se a necessidade do gestor público, especialmente, o que atua na saúde ter conhecimento de suas atividades, com a preocupação de desempenhar suas funções com competência e elevado nível de conhecimento principalmente no que se refere a direcionar os recursos com estratégia e bom retorno para toda a sociedade.

Quando se trata de oferecer treinamento aos trabalhadores da Rede Sentinela, 61,7% dos gestores apontaram que oferecem treinamentos, superando o índice da própria qualificação para ocupar o cargo de gestor. Portanto, observou-se que existe maior preocupação por parte dos gestores em promover a capacitação dos trabalhadores da Rede Sentinela a partir de treinamentos, do que com a sua própria capacitação enquanto gestor público.

Sobre a disponibilidade de treinamento para capacitação dos trabalhadores, os secretários do sexo masculino apresentaram um índice superior em relação ao feminino (homens 20,6% e mulheres 17,6%). Dentre os coordenadores as mulheres com um índice de 17,6%, foram superiores aos homens com 5,9% de disponibilidade de treinamento.

Para Motta (1991) *apud* Macedo, Carvalho e Coutinho (2009), considerando que a gestão é uma atividade que exige conhecimento e estratégia, fica evidente a necessidade de preparação tanto dos gestores, quanto dos trabalhadores, pois a atuação na rede pública de saúde exige

peessoas capacitadas para oferecer aos usuários um serviço de melhor qualidade. Isto significaria, principalmente, reduzir problemas como o da falta de notificações de agravos que denuncia problemas no desempenho das funções em saúde pública.

A Tabela 8 apresenta a inserção do programa de Saúde do Trabalhador no organograma da Secretaria Municipal de Saúde, além de demonstrar se existe ou não o plano de Saúde do Trabalhador nas Secretarias:

Tabela 8: Inserção do Programa da Saúde do Trabalhador no organograma da Secretaria Municipal da Saúde e existência de plano de Saúde do Trabalhador. Regional de Rondonópolis-MT, 2012

Regional de Rondonópolis-MT, 2012									
Gestores Sexo		Inserção do Programa da Saúde do Trabalhador no organograma da SMS							
		Sim				Não			
		F		M		F		M	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Secretários/as de Saúde		5	14,7	4	11,8	3	8,8	7	20,6
Coordenadores/as		6	17,6	3	8,8	1	3,0	5	14,7
Total		11	32,3	7	20,6	4	11,8	12	35,3
Gestores Sexo		Plano da Saúde do Trabalhador no Município							
		Sim				Não			
		F		M		F		M	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Secretários/as de Saúde		3	8,8	5	14,7	5	14,7	6	17,6
Coordenadores/as		3	8,8	2	5,9	4	11,9	6	17,6
Total		6	17,6	7	20,6	9	26,6	12	35,2

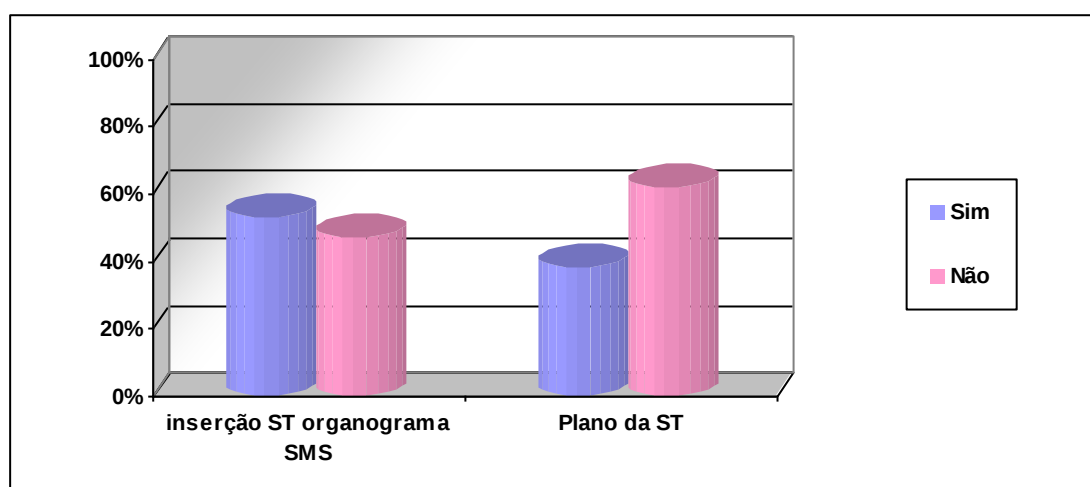


Gráfico 5: Inserção do Programa da Saúde do Trabalhador no organograma da Secretaria Municipal da Saúde e existência de plano de Saúde do Trabalhador. Regional de Rondonópolis-MT, 2012

Em referência a inserção do Programa da Saúde do Trabalhador, 52,9% dos gestores confirmou sua existência no organograma da Secretaria Municipal de Saúde, e 47,1% demonstraram desconhecer a referida inserção (Tabela 8; Gráfico 5), enquanto que 61,8% dos gestores afirmaram desconhecer o Plano de Saúde do Trabalhador da Secretaria Municipal de Saúde bem como se ocorre sua aplicação.

Considerando que 47,1% dos gestores afirmaram que não existe o Programa de Saúde do Trabalhador na estrutura da SMS, levando-se a refletir sobre a falta de visão dos gestores sobre a importância da Saúde do Trabalhador em seus municípios.

A análise dos índices demonstra que as secretárias e coordenadoras, consideram com maior relevância a inserção da Saúde do Trabalhador no organograma da SMS do que os homens (mulheres 32,3% e homens 20,6%) (Tabela 8).

Ao apresentar a visão sobre a elaboração do plano de Saúde do Trabalhador nos Municípios, 14,7% dos secretários responderam sim, e dentre as mulheres este índice foi de 8,8%. Segundo 8,8% das coordenadoras a resposta é sim e, 5,9% dos coordenadores responderam sim (Gráfico 5). Desse modo, observou-se tendência de conhecimento sobre a elaboração do plano de Saúde do Trabalhador entre os secretários e as coordenadoras.

O Plano de Saúde do Trabalhador é elaborado pelas Secretarias Municipais para operacionalizar as ações e, alcançar as metas propostas, levando em consideração a capacidade de execução das ações e serviços em consonância com os recursos humanos disponíveis. Desse modo, como

61,8% dos gestores responderam que não realizam o plano para a Saúde do Trabalhador, certamente não são planejadas e implementadas as ações voltadas para a execução do programa da saúde do trabalhador nos municípios.

Considera-se importante citar que o plano de Saúde do Trabalhador influencia diretamente na qualidade de vida dos trabalhadores e na possibilidade de saúde de qualidade para todos, sendo isto responsabilidade do Poder Público. Neste sentido, a falta deste plano ou a não existência de ações planejadas, pode ocasionar dentre outros problemas a redução da qualidade no atendimento a saúde do trabalhador com prejuízo para a saúde pública.

Quanto a esta questão, Calil (2012) cita em seus estudos que o desenvolvimento tecnológico no processo produtivo em todas as atividades evidenciou a necessidade de criar mecanismos de proteção a saúde e segurança dos trabalhadores, sendo que o Poder Público desenvolve importante papel neste contexto, quando desenvolve e implementa planos para a Saúde do Trabalhador.

Também, para Lacaz (2007, p.758) os programas de saúde do trabalhador possuem práticas e metodologias que se originaram na Saúde Coletiva, atuando de forma preventiva e também curativa na preservação da saúde dos trabalhadores, a partir de programas que disponibilizem na saúde pública, abordando o “[...] sofrer, adoecer, morrer das classes e grupos sociais inseridos em processos produtivos”.

A elaboração e implementação de programas e planos para a Saúde do Trabalhador dependem, dentre outros fatores, da importância dada

pelos gestores. Neste sentido, quando estes não conhecem ou não possuem dados estatísticos reais, ocorre um processo de fragilização da saúde do trabalhador no âmbito da saúde pública.

Neste sentido, cabe destacar que a saúde do trabalhador é uma responsabilidade tanto das empresas (públicas ou privadas) em que os mesmos atuam, quanto do Poder Público nas ações de gestão pública e desenvolvimento de programas que envolvam a saúde do trabalhador, como é o caso da Rede Sentinela.

4.3. Pactuação da Saúde do Trabalhador e Inclusão nos Sistemas de Informação

Na Tabela 9, são apresentados dados sobre a inclusão e pactuação da Saúde do Trabalhador nos sistemas de informação e Código Sanitário:

Tabela 9: Abordagem da Saúde do Trabalhador no Código Sanitário, inclusão e pactuação da Saúde do Trabalhador nos sistemas de informação e pactuação dos indicadores no SISPACTO. Regional de Rondonópolis-MT, 2012

Gestor	Sexo	Saúde do Trabalhador no Código Sanitário							
		Sim				Não			
		F		M		F		M	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Secretários/as de Saúde		5	14,7	6	17,6	3	8,8	5	14,7
Coordenadores/as		2	5,9	2	5,9	5	14,7	6	17,7
Total		7	20,6	8	23,5	8	23,5	11	32,4
Gestor	Sexo	Saúde do Trabalhador nos Sistemas de Informação							
		Sim				Não			
		F		M		F		M	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Secretários/as de Saúde		7	20,6	9	26,5	1	2,9	2	5,9
Coordenadores/as		3	8,8	6	17,6	4	11,8	2	5,9
Total		10	29,4	15	44,1	5	14,7	4	11,8
Gestor	Sexo	Indicadores no SISPACTO							
		Sim				Não			
		F		M		F		M	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Secretários/as de Saúde		8	23,5	9	26,5	0	0	2	6,0
Coordenadores/as		6	17,6	7	20,6	1	2,9	1	2,9
Total		14	41,1	16	47,1	1	2,9	3	8,9

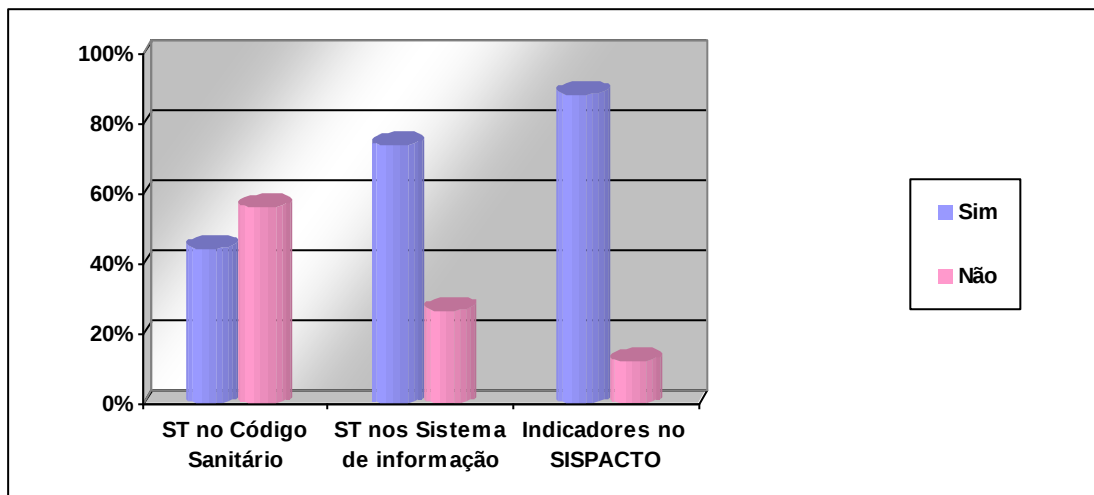


Gráfico 6: Abordagem da Saúde do Trabalhador no Código Sanitário, inclusão e pactuação da Saúde do Trabalhador nos sistemas de informação e pactuação dos indicadores no SISPACTO. Regional de Rondonópolis-MT, 2012

Observou-se que na maioria dos Municípios que fazem parte da Rede Sentinela a saúde do trabalhador é relegada a um plano secundário visto a não existência da adoção de um Código Sanitário Municipal, com ações voltadas para a saúde dos trabalhadores.

Dentre os gestores, 55,9% consideraram que o Código Sanitário Municipal, do seu Município não aborda aspectos relacionados à saúde do trabalhador indicando não só o pouco conhecimento desses gestores acerca do referido código, mas também, a pouca importância demonstrada sobre esta questão.

Dos pesquisados que consideraram que o referido código não aborda aspectos da saúde do trabalhador, os percentuais de maior significância tanto no grupo de secretários, quanto de coordenadores foi do sexo masculino (Tabela 9).

É importante citar que se os gestores do setor de saúde pública não desenvolvem programas de proteção à saúde do trabalhador, ocorre um processo de redução das notificações dos acidentes ocorridos e,

consequentemente, prejuízos para os trabalhadores, inclusive pela falta de fiscalização das condições de trabalho vivenciadas no cotidiano das organizações produtivas.

As más condições de trabalho segundo Eduardo (1998) pode ser motivo para causas de problemas de saúde do trabalhador que poderá sofrer riscos físico, mental e social em atividades que lhes deixam expostos a acidentes, ou mesmo, em decorrência do cansaço e fadiga que levam a doenças ocupacionais.

Pimentel (2010) esclarece que ambiente de trabalho na atualidade passou por um processo de mudanças devido a fatores como a globalização do mercado, inovações tecnológicas e a reorganização empresarial. Porém, é importante que os aspectos da saúde do trabalhador sejam considerados, solidificando a reestrutura do processo de produção e as relações de trabalho, na proteção da saúde do trabalhador.

Portanto, a falta de registros de notificações de agravos e acidentes de trabalho pode indicar a falta de visão dos gestores sobre a importância da saúde do trabalhador, que se torna evidente na regional analisada, visto que 55,9% dos gestores (homens 32,4% e mulheres 23,5%), responderam que em seus municípios não existe abordagem da Saúde do Trabalhador no Código Sanitário.

As ações voltadas para a Saúde do Trabalhador é um fator necessário em todos os municípios, e, no Estado de Mato Grosso, cabe destacar a sua importância, pois, segundo Pignati (2007), trata-se de um Estado que a partir da década de 1970, se por um lado, teve um processo evolutivo em alguns setores da economia (agronegócio), por outro lado, gerou trabalho

com baixo, médio e alto nível de periculosidade, expondo os trabalhadores a perigos físicos e psicológicos em nome do desenvolvimento econômico.

Sobre a inclusão da Saúde do Trabalhador nos sistemas de informação do Ministério da Saúde 73,5% dos gestores (homens 44,1% e mulheres 29,4%) afirmaram que sim. Porém, conforme o Relatório de Análise de Situação do Escritório Regional de Saúde em 2011, dentre os dezenove municípios, 95% não alimentam os sistemas de informação sobre os dados referentes aos atendimentos das pessoas vitimadas de acidentes.

Segundo 88,2% dos gestores (homens 47,1% e mulheres 41,1%), ocorre no município a pactuação dos indicadores no SISPACTO. Nas questões que abordaram o SISPACTO, os gestores apresentaram índices superiores em relação às gestoras. No entanto, de acordo com o Relatório de Análise de Situação do Escritório Regional de Saúde em 2011, somente 26,3% destes municípios atingiram a meta de pactuação dos indicadores no SISPACTO.

As vigilâncias dos Municípios devem avaliar e monitorar os sistemas de informação em saúde SINAN/NET; SIM; SIH; SIA; SIAB e SISPACTO, para promover interface entre esses sistemas e os indicadores locais de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, subsidiando as tomadas de decisões municipais e estaduais.

De acordo com Brasil (2006a, p.26), o Ministério da Saúde desde 2004 buscou atuar a partir de parâmetros, como, por exemplo, na saúde do trabalhador especificamente nos casos de: “Dermatoses ocupacionais; Exposição a materiais biológicos; Lesão de Esforço Repetitivo e Distúrbios Osteomusculares; Relacionados ao Trabalho - LER/DORT; Pneumoco-

nioses; Perdas Auditivas Induzidas por Ruído – PAIR; Exposição ao chumbo; Exposição ao benzeno; Intoxicação por agrotóxicos”.

Na Tabela 10 apresentam-se os dados sobre o conhecimento dos gestores quanto ao órgão público que atua na Saúde do Trabalhador, considerando a divisão entre secretários/as de saúde e coordenadores/as:

Tabela 10: Conhecimento dos Gestores sobre o Órgão Público que atua na Saúde do Trabalhador. Regional de Rondonópolis-MT, 2012

Gestores	Órgão Público que atua na Saúde do Trabalhador							
	Sim				Não			
	F		M		F		M	
Sexo	N	%	N	%	N	%	N	%
Secretários/as de Saúde	7	20,6	8	23,5	1	2,9	3	8,8
Coordenadores/as	5	14,7	4	11,8	2	5,9	4	11,8
Total	12	35,3	12	35,3	3	8,8	7	20,6

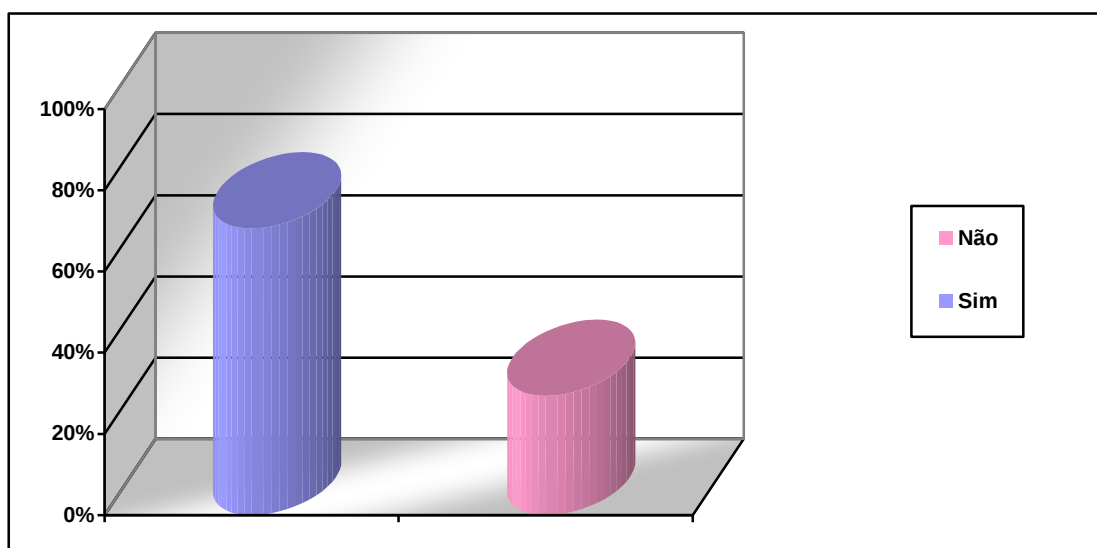


Gráfico 7: Conhecimento dos Gestores sobre o Órgão Público que atua na Saúde do Trabalhador. Regional de Rondonópolis-MT, 2012

Sobre a existência de algum órgão público que atua na questão da saúde do trabalhador, 70,6% dos gestores declararam conhecer (Tabela 10). Com índices superiores entre os secretários e as coordenadoras, nas seguintes escalas: secretários (homens 23,5% e mulheres 20,6%) e coordenadores (mulheres 14,7% e homens 11,8%).

Como a Rede Sentinela é instituída nas unidades de saúde, os gestores preocupam-se com a saúde dos usuários como um todo, não fazendo correlação entre o agravo decorrente do trabalho, não havendo estatísticas reais sobre os casos de Saúde do Trabalhador atendidos.

Ainda segundo o Portal da Saúde (2011), dentre os aspectos que a Política Nacional de Saúde do Trabalhador no Ministério da Saúde atua está a redução de acidentes de trabalho e as doenças relacionadas às atividades laborais, cabendo aos gestores atuantes na saúde, conhecer esta política em sua totalidade, buscando desenvolver ações em seus Municípios que vão ao encontro desta política, porém um percentual 29,4% dos gestores pesquisados não abrangem este conhecimento (Tabela 10).

Cabe aqui constatar que programas como a Saúde de Trabalhador, podem ter resultados, quando existe uma política pública corretamente estruturada e sob a responsabilidade de algum órgão público em parceria com o privado resultando na redução do número de casos de acidentes de trabalho e aumentando as notificações de forma a possibilitar que novas políticas sejam realizadas a partir de dados concretos.

Quando os órgãos públicos não atuam de forma efetiva na saúde do trabalhador, ocorre subnotificações gerando dificuldades em desenvolver programas de prevenção de acidentes, fato este preocupante, posto que segundo Vicente (2007), os acidentes de trabalho podem causar incapacidades temporárias ou permanentes, ou ainda, levar o trabalhador a morte, o que deve ser amplamente combatido pelos órgãos de saúde pública.

Para que as atividades nos órgãos de saúde públicos sejam realizadas de forma eficiente é primordial à existência de trabalhadores/SUS treinados para cada atividade, como na Vigilância Sanitária, Epidemiológica, Ambiental e Saúde do Trabalhador.

O número de pessoas que trabalham na vigilância em saúde, segundo cada Município que faz parte da Regional de Saúde de Rondonópolis, foi apresentado na Tabela 11, segundo informações dos Gestores:

Tabela 11: Número de pessoas que trabalham na vigilância em saúde por Município da Regional segundo informação dos Gestores. Regional de Rondonópolis-MT, 2012

Número de Pessoas	Gestores/sexo							
	Secretários/as de Saúde				Coordenadores/as			
	F		M		F		M	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Ninguém atua em Saúde do Trabalhador	2	5,9	3	8,8	1	2,9	2	5,9
Até 5	2	5,9	2	5,9	2	5,9	-	-
De 6 a 10	-	-	2	5,9	-	-	3	8,8
Mais de 10	4	11,7	4	11,8	4	11,8	3	8,8
Total	8	23,5	11	32,4	7	20,6	8	23,5

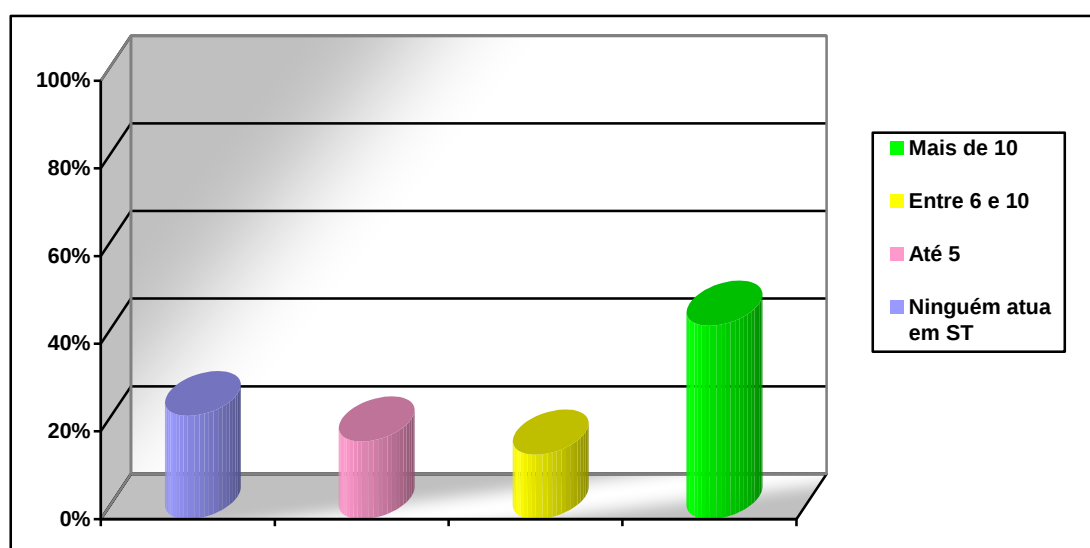


Gráfico 8: Número de pessoas que trabalham na vigilância em saúde por Município da Regional segundo informação dos Gestores. Regional de Rondonópolis-MT, 2012

Quanto ao número de pessoas que atuam na vigilância em saúde nos municípios da Regional de Rondonópolis (Tabela 11 e Gráfico 8), 23,5%

dos gestores responderam que nenhuma pessoa atua em programas de Saúde do Trabalhador, o que evidencia uma realidade a ser abordada com maior profundidade e, trabalhada para confrontar com os índices dos acidentes de trabalho.

Dentre os gestores, 44,1% declararam que mais de 10 pessoas atuam em seus Municípios na vigilância em saúde, englobando as atividades desenvolvidas pelas quatro Vigilâncias (Epidemiológica, Sanitária, Ambiental e Saúde do Trabalhador).

A questão que levantou dados sobre o número de pessoas que trabalham na vigilância em saúde em cada Município da Regional, apresentou dados similares entre as respostas de homens e mulheres.

Destaca-se, no entanto, que o número de pessoas atuantes na Vigilância em Saúde não é o único fator qualificador das atividades destas equipes, sendo que os referidos trabalhadores devem ser treinados para o desempenho da função, apresentando qualidade nas ações desenvolvidas, continuidade no monitoramento de notificação dos casos epidemiológicos ou de acidentes de trabalho, que ocorrem, pois somente desta forma é possível desenvolver e aplicar Políticas Públicas, compatíveis com a realidade e necessidade de cada Município.

Neste sentido, Lourenço e Bertani (2007) afirmam que a saúde pública vem desenvolvendo um trabalho especializado, no campo da vigilância sanitária e epidemiológica, porém, há que se analisar a necessidade de suplantando dificuldades a partir de atividades desempenhadas por uma equipe comprometida, capacitada e humanizada.

Pode-se constatar que é possível que esteja ocorrendo na Regional problemas de subnotificações já que o número de pessoas que atuam na Vigilância em Saúde não é suficiente para abranger toda a necessidade do Município, e, conseqüentemente, ações equivocadas na área da saúde pública, como o próprio programa de Saúde do Trabalhador.

Para uma melhor avaliação, coube identificar junto aos gestores a ocorrência de treinamentos realizados junto aos trabalhadores da Vigilância em Saúde, como é o caso da Rede Sentinela, conforme Tabela 12.

Tabela 12: Treinamentos/Horas realizados por trabalhadores da Vigilância em Saúde segundo os Gestores. Regional de Rondonópolis-MT, 2012

Horas	Gestores/sexo							
	Secretários/as de Saúde				Coordenadores/as			
	F		M		F		M	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Até 2 horas	1	2,9	-	-	-	-	2	5,9
3 a 5 horas	-	-	2	5,9	-	-	1	2,9
6 a 10 horas	3	8,8	4	11,9	1	2,9	1	2,9
Mais de 10 horas	3	8,8	2	5,9	5	14,7	2	5,9
Não teve treinamento	1	2,9	3	8,9	1	2,9	2	5,9
Total	8	23,4	11	32,6	7	20,5	8	23,5
							34	100

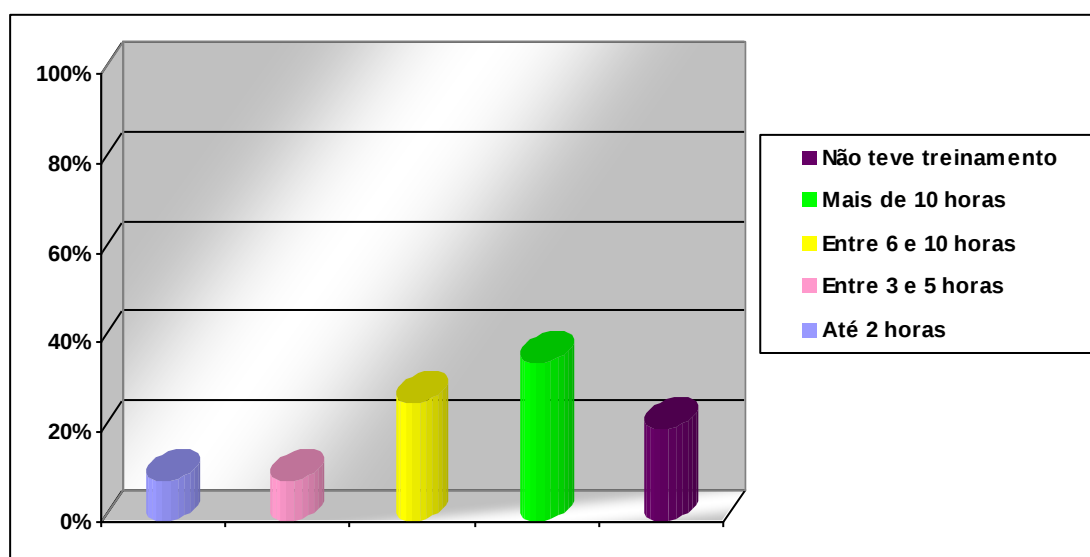


Gráfico 9: Treinamentos/Horas realizados por trabalhadores da Vigilância em Saúde segundo os Gestores. Regional de Rondonópolis-MT, 2012

Segundo 20,6% dos gestores em seu município não é oferecido treinamento para qualificar os trabalhadores, enquanto que 35,3%

ofereceram mais de 10 horas ao ano de treinamento e 26,5% entre 6 e 10 horas (Tabela 12 e Gráfico 9).

Entre os secretários o maior índice foi de 11,9% de homens que responderam oferecer treinamento aos trabalhadores entre 6 e 10 horas. Já no grupo de coordenadores o índice mais relevante foi de 14,7% de mulheres que responderam oferecer mais de 10 horas de treinamento ao ano.

Destaca-se que a qualificação profissional a partir de treinamento é uma importante ferramenta para aumentar a eficiência das atividades desenvolvidas na Rede Sentinela, e, conseqüentemente, a realização das notificações de acidentes e agravos do trabalho e possibilitar dados que viabilizem a construção de Políticas Públicas satisfatórias para os problemas encontrados.

E, ainda, segundo a ANVISA (2012), a Rede Sentinela foi criada com o objetivo de melhorar o atendimento da ANVISA quanto a obtenção de informações qualificadas, com o objetivo de criar programas capazes de melhorar os dados de notificações de agravos, todavia, para que isto ocorra a equipe que atua nestas atividades deve ser corretamente treinada, demonstrando qualificação no âmbito do desenvolvimento de suas atividades.

Dessa forma, ao buscar a eficiência da qualidade em saúde, Fadel e Regis Filho (2009, p.8) corroboram quando afirmam que “os principais problemas enfrentados nas organizações de saúde têm sido a má alocação dos recursos, a ineficiência, os custos crescentes e a desigualdade nas condições de acesso dos usuários. [...]”.

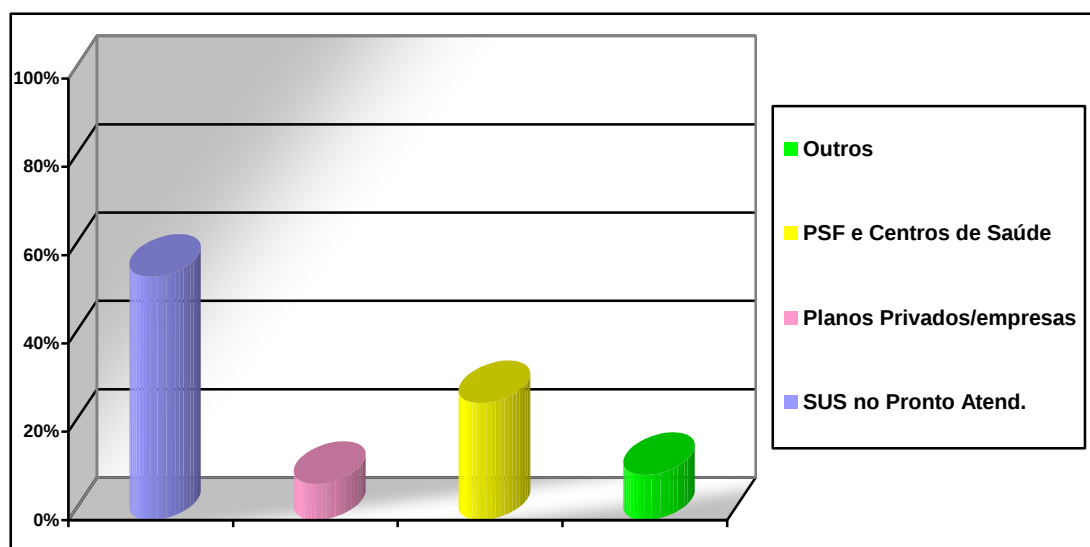


Gráfico 10: Local de atendimento de pessoas vitimadas de acidente de trabalho no Município segundo os Gestores. Regional de Rondonópolis, 2012

Quanto ao local de atendimento de pessoas vitimadas de acidente de trabalho 55,1% dos gestores declararam que os trabalhadores que se acidentam são atendidos pelo SUS no Pronto Atendimento do Município e, posteriormente, conforme a gravidade os mesmos são encaminhados para o Hospital de Referência; 26,5% são encaminhados para os PSFs e Centros de Saúde; 10,2% outros e 8,2% planos particulares e das empresas.

Dentre o grupo de secretários o sexo masculino apresentou respostas múltiplas e, no grupo de coordenadores as respostas múltiplas foram apresentadas pelo sexo feminino.

Importante ressaltar que é de responsabilidade da Saúde Pública o desenvolvimento de programas de saúde do trabalhador e, desta forma, quando os trabalhadores que sofrem acidentes são atendidos por planos particulares e das empresas, devem garantir a sua notificação para não causar problemas nos índices disponibilizados no município, que são a origem para a estrutura dos referidos programas.

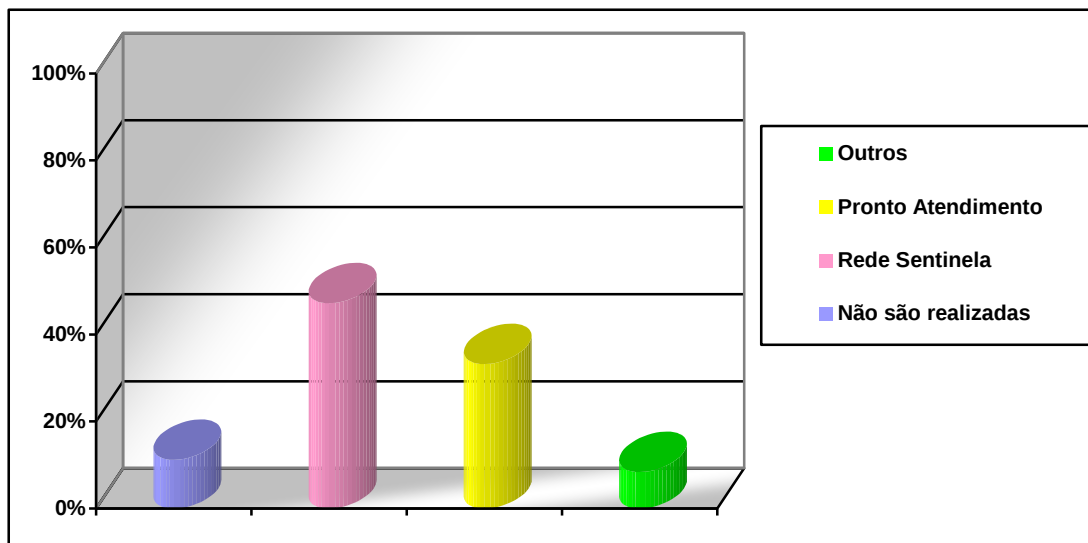


Gráfico 11: Local da realização das notificações de Acidentes de Trabalho segundo os Gestores. Regional de Rondonópolis, 2012

Segundo os gestores 47,2% das notificações da Regional de Saúde de Rondonópolis são realizadas na Rede Sentinela, 33,2% dos gestores afirmaram que algumas notificações são realizadas no Pronto Atendimento e 11,2% deles declarou que não são realizadas, gerando subnotificações (Tabela 14 e Gráfico 11).

Entre os secretários tanto para os homens, quanto para as mulheres a notificação de acidentes de trabalho é realizada preferencialmente na Rede Sentinela, com índices 19,4% e 11,1% respectivamente. Já entre os coordenadores 11,1% do sexo feminino apontou a Rede Sentinela e 11,1% do sexo masculino considerou que tais notificações são efetivadas no Pronto Atendimento.

É preciso considerar que a falta de notificações ou informações equivocadas sobre o que realmente acontece nos Municípios e os índices enviados para o Ministério da Saúde, pode causar problemas para a sociedade, no caso específico dos trabalhadores acidentados e seus

familiares que passam a não ter o apoio do Poder Público por falta de Política Pública adequada as necessidades reais.

Portanto, tornam-se insatisfatórias e ineficientes as Políticas Públicas construídas a partir dos indicadores de saúde e os dados gerados a partir de subnotificações.

De acordo com o Governo do Estado de Mato Grosso (2011), é preciso fazer um diagnóstico da saúde do trabalhador para ter referência no desenvolvimento de programas e políticas que previnem os danos a saúde, para isso é necessário que a rede tenha condições de identificar as atividades produtivas e o perfil epidemiológico dos trabalhadores, a partir dos dados e informações das principais atividades econômicas do Estado e os problemas da região, somente assim, é possível estruturar os Programas de acordo com as necessidades observadas.

Estas notificações são corretamente realizadas quando a rede está capacitada para identificar o perfil e os processos produtivos em que os trabalhadores estão inseridos, e os dados não são omitidos, mas, como se observou na avaliação dos dados do CAT e do SINAN existe um percentual elevado de subnotificações, ainda mais se observar que no CAT somente são considerados os trabalhadores com carteira assinada.

Outra vertente para a estruturação das Políticas Públicas de atenção à Saúde do trabalhador está em identificar os problemas de saúde do trabalhador e dentre eles, buscou-se destacar os que mais se manifestam (Tabela 15).

Tabela 15: Principal problema de Saúde do Trabalhador no Município segundo os gestores. Regional de Rondonópolis, 2012

Problemas	Gestores/sexo									
	Secretários/as de Saúde				Coordenadores/as				Total	
	F		M		F		M			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1. Acidentes de trabalho em geral	2	5,9	2	5,9	3	8,8	3	8,8	10	29,4
2. Doenças profissionais	1	2,9	2	5,9	-	-	2	5,9	5	14,7
3. Empresas omitem os acidentes	3	8,8	3	8,8	2	5,9	2	5,9	10	29,4
4. Omissão dos órgãos públicos	-	-	1	3,0	-	-	1	2,9	2	5,9
5. Desinformação do trabalhador	2	5,9	3	8,8	2	5,9	-	-	7	20,6
Total	8	23,5	11	32,4	7	20,6	8	23,5	34	100,0

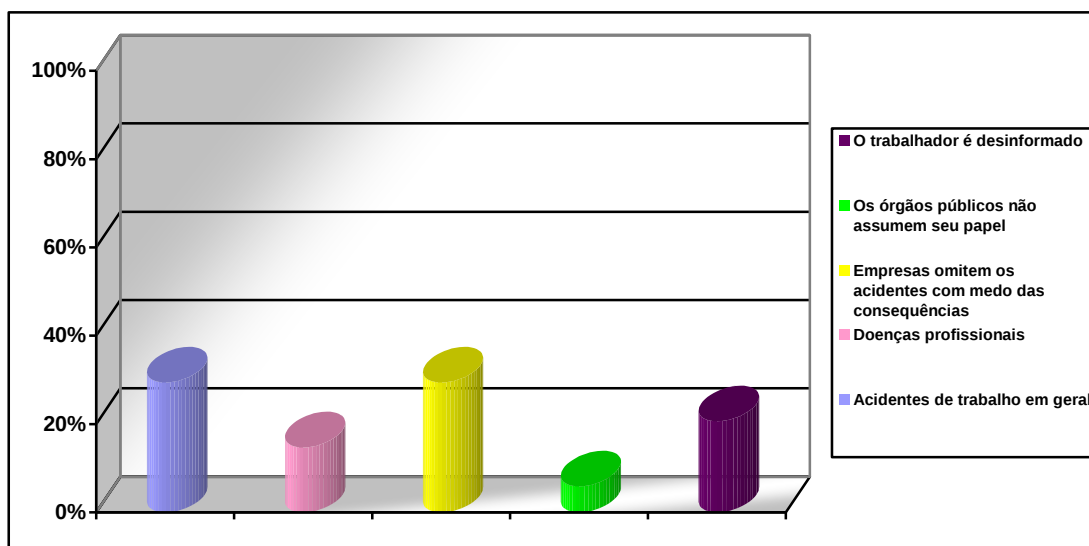


Gráfico 12: Principal problema de Saúde do Trabalhador no Município segundo os gestores. Regional de Rondonópolis, 2012

Dentre os principais problemas na saúde do trabalhador estão os acidentes de trabalho em geral e a omissão dos acidentes pelas empresas, certamente com receio das consequências advindas, ambos identificados por 29,4% dos gestores (Tabela 15 e Gráfico 12).

A percepção de homens e mulheres, tanto secretários, quanto coordenadores, em relação à questão do principal problema de saúde do trabalhador do seu Município foi análoga.

Outro problema que deve ser observado é a falta de informação dos trabalhadores, especialmente, quando possuem baixo nível de

escolaridade e não conhecem seus direitos enquanto trabalhadores, independente de ter a carteira assinada ou não.

Conforme esclarecem Pelloso e Zandonadi (2011), a falta de consciência dos trabalhadores com relação à necessidade de desenvolver suas atividades produtivas a partir de um ambiente seguro, seja com o conhecimento da legislação que protege a sua saúde e segurança, seja quanto ao uso obrigatório de equipamentos de proteção individual e coletivo (EPI e EPC) constituem fatores geradores de muitos acidentes, que poderiam ser prevenidos a partir de um trabalho de esclarecimento social.

Constata-se, portanto, que se as empresas não cumprirem com seus deveres ou os trabalhadores não são esclarecidos quanto aos seus direitos, ocorrem situações com desvantagem especialmente para os trabalhadores, que acabam culminando com a falta de qualidade e segurança no desempenho das atividades laborais e, em consequência dos processos produtivos que os trabalhadores estão inseridos.

Por outro lado cabe destacar que é importante que os trabalhadores não apenas tenham informações, como também possam atuar na garantia de seus direitos, exigindo que o empregador atue conforme a Consolidação das Leis do Trabalho – CLT e normas regulamentadoras, exigindo um ambiente saudável e seguro para o desempenho de suas atividades e, também deve exigir a notificação aos órgãos responsáveis quando sofre qualquer tipo de acidente no trabalho.

De acordo com 5,9% dos gestores os órgãos públicos não assumem seu papel, sendo este um problema de omissão em relação às suas

obrigações e, conseqüentemente, em relação aos direitos dos trabalhadores.

A Tabela 16 apresenta a percepção dos gestores por sexo, acerca da fiscalização dos ambientes de trabalho por órgãos públicos:

Tabela 16: Percepção dos gestores sobre a fiscalização dos ambientes de trabalho por órgãos públicos. Regional Sul de Mato Grosso, 2012

Percepção	Gestores /sexo							
	Secretários/as de Saúde				Coordenadores/as			
	F		M		F		M	
	N	%	N	%	N	%	N	%
1. Apenas da DRT	-	-	-	-	-	-	1	2,9
2. Não sabe	1	2,9	2	5,9	-	-	-	-
3. Eficiente	1	2,9	-	-	-	-	-	-
4. Ineficiente	6	17,7	6	17,7	5	14,8	5	14,8
5. Regular	-	-	1	2,9	1	2,9	1	2,9
6. Não é de responsabilidade do Município	-	-	2	5,9	1	2,9	1	2,9
Total	8	23,5	11	32,4	7	20,6	8	23,5
	34		100,0					

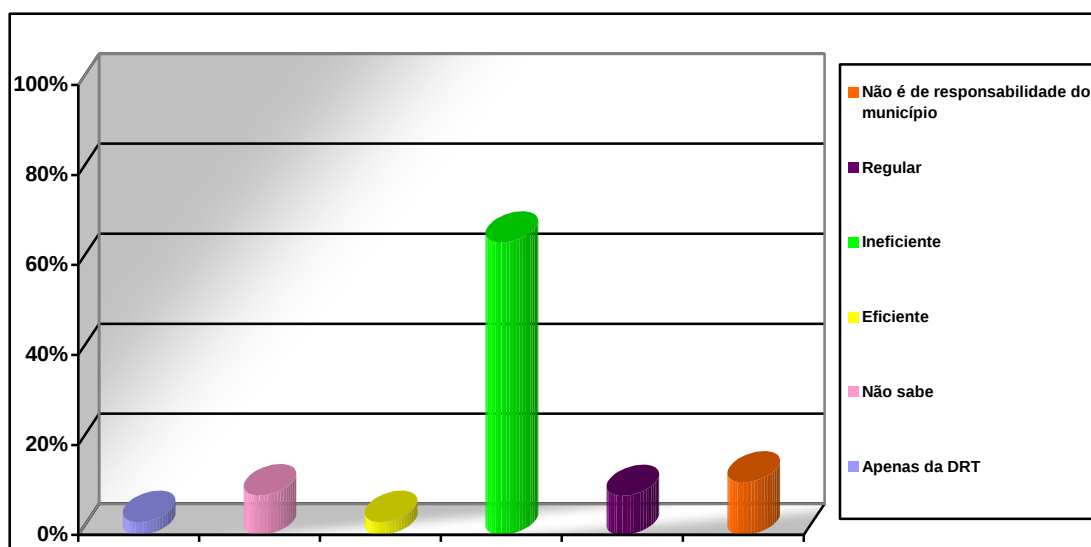


Gráfico 13: Percepção dos gestores sobre a responsabilidade de fiscalização dos ambientes de trabalho. Regional Sul de Mato Grosso, 2012

No que se refere à fiscalização dos ambientes de trabalho por parte dos órgãos públicos na Regional de Saúde, 64,7% dos gestores consideram que a fiscalização dos ambientes de trabalho por parte dos órgãos públicos é ineficiente, enquanto 11,8% indicaram que a fiscalização não é de responsabilidade do Município (Tabela 16 e Gráfico 13).

Observa-se que a percepção em relação à fiscalização dos ambientes de trabalho, de ambos os sexos de secretários e coordenadores é linear. Esta constatação coincide com o que denuncia Vicente (2007) quando afirma que a saúde do trabalhador é de responsabilidade da sociedade, empresários e poder público e, neste contexto, o município desenvolve importante papel que deve ser cumprido a partir do desenvolvimento de Políticas Públicas, planos e programas para prevenir danos a saúde.

Quando qualquer um destes eixos (sociedade, empresários, poder público e o próprio trabalhador) se isenta da responsabilidade em relação à saúde do trabalhador, torna-se mais complexo o desenvolvimento e aplicação de Programas que efetivamente reduzam os casos de agravos e acidentes de trabalho.

A fiscalização dos ambientes de trabalho é de responsabilidade do poder público, visto que tanto o Município, quanto o Estado e União são corresponsáveis para a melhoria destes e da organização do trabalho, evitando possíveis acidentes.

O Município não apenas deve fiscalizar a saúde do trabalhador, como também, deve chamar a responsabilidade para si, diante da necessidade de desenvolver programas que possam conscientizar os trabalhadores e as empresas, que os acidentes de trabalhos não são fatalidades, mas são preveníveis e previsíveis no desenvolvimento das atividades produtivas cotidianas.

Depois de levantar os problemas que envolvem as atividades relacionadas ao Programa de Saúde do Trabalhador, a Tabela 17, apresenta

as principais ações para a melhoria da Saúde do Trabalhador, segundo a visão dos gestores por sexo:

Tabela 17: Principais ações para melhoria da Saúde do Trabalhador segundo os Gestores. Regional de Rondonópolis, 2012

Principais ações	Gestores/ Sexo									
	Secretários/as de Saúde				Coordenadores/as				Total	
	F		M		F		M			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1. Implantação do CEREST	4	11,8	3	8,8	-	-	-	-	7	20,6
2. Melhoria das condições gerais de saúde do trabalhador	-	-	2	5,9	3	8,8	2	5,9	7	20,6
3. Ações mais eficientes dos órgãos públicos	3	8,8	5	14,8	-	-	3	8,8	11	32,4
4. Maior atuação dos sindicatos e organizações	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5. Os órgãos públicos não assumem seu papel	1	2,9			2	5,9	1	3,0	4	11,8
6. Ação conjunta do MT; MPS e MS	-	-	1	2,9	2	5,9	2	5,8	5	14,6
Total	8	23,5	11	32,4	7	20,6	8	23,5	34	100,0

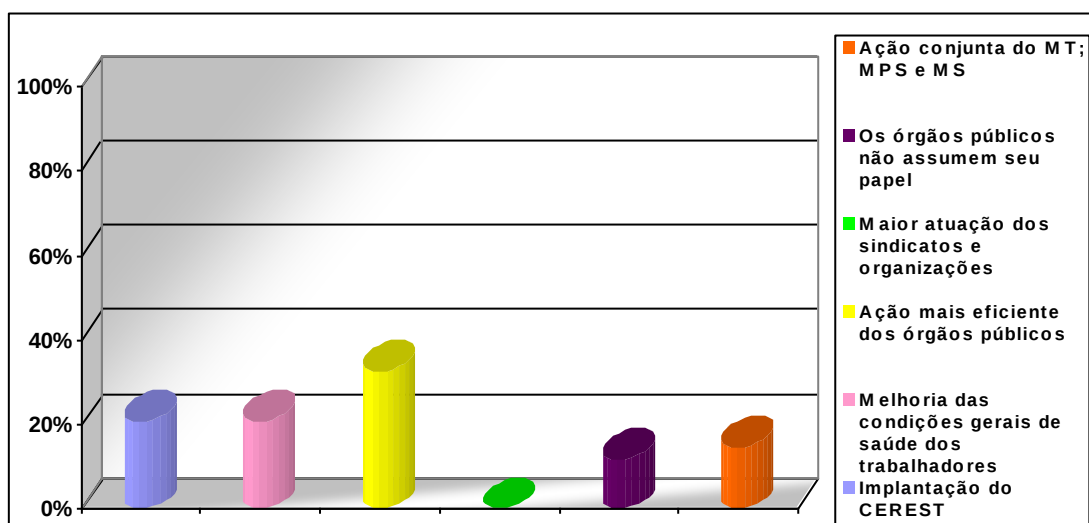


Gráfico 14: Principais ações para melhoria da Saúde do Trabalhador segundo os Gestores. Regional de Rondonópolis, 2012

Segundo 32,4% dos gestores as ações mais eficientes dos órgãos públicos estão relacionadas às principais medidas para a melhoria da saúde do trabalhador no município. Sendo que 20,6% acreditam que seja a implantação do CEREST e 20,6% melhorias das condições gerais de saúde do trabalhador, os demais 14,6% atuação em conjunto dos órgãos públicos, Ministério do Trabalho, Ministério da Previdência Social e

Ministério da Saúde e 11,8% consideram que os órgãos públicos não assumem o seu papel no Município (Tabela 17 e o Gráfico 14).

As opiniões de homens e mulheres quanto as principais medidas para a melhoria da Saúde do Trabalhador no Município foram diferentes, sendo que dentre os secretários 14,8% do sexo masculino consideram que sejam necessárias ações mais eficientes dos órgãos públicos, porém 11,8% do sexo feminino consideram que seja pertinente a implantação do CEREST.

Ainda avaliando a opinião de homens e mulheres, observou-se que no grupo de coordenadores também a visão é diferente, pois 8,8% do sexo feminino consideram a necessidade de melhorias nas condições gerais da saúde do trabalhador, enquanto que 8,8% do sexo masculino consideram a necessidade de ações mais eficientes dos órgãos públicos.

Fica explícita uma contradição quanto à visão dos gestores sobre a responsabilidade do poder Público em relação à saúde do trabalhador. Enquanto na (Tabela 16 e Gráfico 13) 11,7% dos gestores consideraram que a saúde do trabalhador não é responsabilidade do Município para a melhoria deste programa, tem-se que 32,4%, 14,6% e 11,8% declararam que o Poder Público é responsável ou corresponsável pela execução de medidas para a melhoria da saúde do trabalhador (Tabela 17 e Gráfico 14).

Para Lourenço e Bertani (2007), as ações do SUS, sociedade, Poder Público, empresários e dos próprios trabalhadores são essenciais, sendo que tais medidas possam melhorar a qualidade da saúde dos trabalhadores. Assim, é importante que os profissionais possam ser treinados e trabalhar fundamentados na interdisciplinaridade e humanização.

4.4. Trabalhadores da Rede Sentinela/SUS e a Percepção sobre as Ações e as Políticas Públicas

A realidade vivenciada pelos usuários do SUS é conhecida pelos trabalhadores das unidades, que estão inseridos em um território delimitado dentro dos parâmetros do PSF, sendo responsáveis pelo bem estar desta população, inclusive dos atendimentos de acidentes e agravos relacionados ao trabalho.

A Tabela 18 apresenta informações sobre as unidades de saúde que integram a Rede Sentinela e o treinamento dos trabalhadores:

Tabela 18: Unidade de Saúde integra a Rede Sentinela e treinamento para atuar na rede, segundo os trabalhadores. Regional de Rondonópolis, 2012

Trabalhadores/SUS Sexo	Unidade de Saúde integra a Rede Sentinela									
	Sim					Não				
	F		M			F		M		Total
	N	%	N	%		N	%	N	%	
Agente Com. de Saúde	8	4,4	6	3,4		6	3,4	3	1,7	23 12,9
Aux. Administrativo/a	9	5,0	8	4,4		4	2,2	1	0,6	22 12,2
Assist. Social	1	0,6	-	-		-	-	-	-	1 0,6
Enfermeiros/as	34	18,9	5	2,8		10	5,6	3	1,7	52 29,0
Fisioterapeutas	7	3,9	-	-		-	-	1	0,6	8 4,5
Fonoaudiólogos/as	1	0,6	1	0,6		1	0,6	-	-	3 1,8
Médicos/as	6	3,4	7	3,9		9	5,0	10	5,5	32 17,8
Psicólogos/as	3	1,7	-	-		-	-	-	-	3 1,7
Téc. Enfermagem	17	9,5	5	2,8		9	5,0	4	2,2	35 19,5
Total	86	48,0	32	17,9		39	21,8	22	12,3	179 100,0
Trabalhadores/ SUS Sexo	Recebeu treinamento para atuar na Rede Sentinela									
	Sim					Não				
	F		M			F		M		Total
	N	%	N	%		N	%	N	%	
Agente Com. de Saúde	2	1,1	5	2,8		12	6,7	4	2,2	23 12,8
Aux. Administrativo/a	-	-	2	1,1		13	7,2	7	3,9	22 12,2
Assist. Social	1	0,6	-	-		-	-	-	-	1 0,6
Enfermeiros/as	7	3,9	3	1,7		37	20,7	5	2,8	52 29,1
Fisioterapeutas	2	1,1	-	-		5	2,8	1	0,6	8 4,5
Fonoaudiólogos/as	1	0,6	1	0,6		1	0,6	-	-	3 1,8
Médicos/as	1	0,6	3	1,7		14	7,7	14	7,7	32 17,7
Psicólogos/as	1	0,6	-	-		2	1,1	-	-	3 1,7
Téc. Enfermagem	-	-	1	0,6		26	14,5	8	4,5	35 19,6
Total	15	8,5	15	8,5		110	61,3	39	21,7	179 100,0

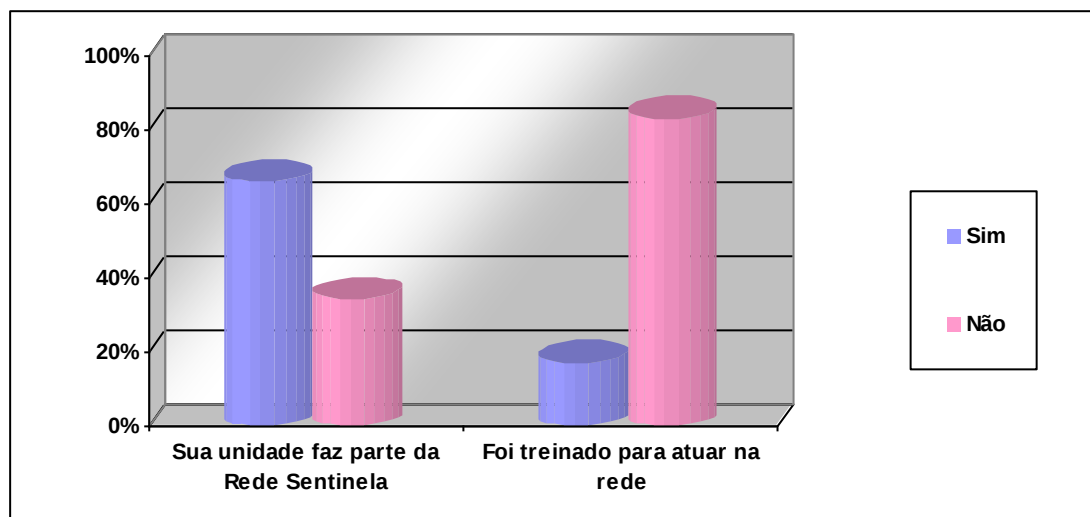


Gráfico 15: Unidade de Saúde integra a Rede Sentinel e treinamento para atuar na rede, segundo os trabalhadores. Regional de Rondonópolis, 2012

Sobre o fato da unidade em que atuam fazer parte da Rede Sentinel 65,9% dos trabalhadores responderam que sim, e 34,1% não. Isto posto é interessante considerar que somente foram realizadas as pesquisas nas unidades da Rede Sentinel, assim, entende-se que 100% das instituições trabalhadas estão neste contexto, desta forma, observa-se a falta de conhecimento dos próprios trabalhadores com relação à referida rede.

Observou-se que o maior número de trabalhadores/SUS é do sexo feminino, questionados sobre se a unidade em que trabalham faz parte da Rede Sentinel 18,9% das enfermeiras responderam sim e, 5,6% também enfermeiras responderam não. Enquanto que dentre os homens, os profissionais que responderam sim e não, são de grupos diferentes: 4,4% dos Auxiliares Administrativos responderam sim e 5,5% dos Médicos não.

O fato dos trabalhadores não terem conhecimento de sua inserção na Rede Sentinel, demonstra que os mesmos atendam os usuários, sem a devida importância aos registros.

Segundo 83,0% dos trabalhadores do SUS, tanto do sexo feminino, quanto do masculino estes não recebem treinamento, o que evidencia que

os treinamentos oferecidos pelos gestores, Escritório Regional e CEREST não foram repassados de forma a atingir todos os formadores das equipes.

Na avaliação de Leandro e Branco (2011, p.64): “o treinamento é dos meios de desenvolver competências das pessoas para se tornarem mais produtivas, criativas e inovadoras, a fim de corresponderem aos objetivos organizacionais. [...]”. Compreende-se que o treinamento é instrumento qualificador do atendimento aos usuários, e que se realizado continuamente permite a melhoria da capacitação dos trabalhadores.

Quanto ao preenchimento das fichas de notificações de agravos de acidentes de trabalho e a ficha D, no SIAB os trabalhadores por sexo responderam segundo a apresentação de dados na Tabela 19:

Tabela 19: Realiza o preenchimento das fichas de notificações de agravos de Acidente de Trabalho e da ficha D, no SIAB segundo os Trabalhadores. Regional de Rondonópolis, 2012

de Rondônia, 2012

Trabalhadores/ SUS	Preenche fichas de notificações de agravos de AT										
	Sexo	Sim				Não				Total	
		F		M		F		M			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Agente Com. de Saúde	6	3,4	4	2,2	8	4,5	5	2,8	23	12,9	
Aux. Administrativo/a	2	1,1	3	1,7	11	6,1	6	3,4	22	12,3	
Assist. Social	1	0,6	-	-	-	-	-	-	1	0,6	
Enfermeiros/as	7	3,8	3	1,7	37	20,6	5	2,8	52	28,9	
Fisioterapeutas	2	1,1	-	-	5	2,8	1	0,6	8	4,5	
Fonoaudiólogos/as	-	-	1	0,6	2	1,1	-	-	3	1,7	
Médicos/as	6	3,4	9	5,0	9	5,0	8	4,5	32	17,9	
Psicólogos/as	-	-	-	-	3	1,7	-	-	3	1,7	
Téc. Enfermagem	1	0,6	2	1,1	25	14,0	7	3,8	35	19,5	
Total	25	14,0	22	12,3	100	55,8	32	17,9	179	100,0	

Trabalhadores/ SUS	Preenche fichas D, no SIAB										
	Sexo	Sim				Não				Total	
		F		M		F		M			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Agente Com. de Saúde	2	1,1	1	0,6	12	6,7	8	4,5	23	12,9	
Aux. Administrativo/a	-	-	2	1,1	13	7,3	7	3,9	22	12,3	
Assist. Social	1	0,6	-	-	-	-	-	-	1	0,6	
Enfermeiros/as	7	3,8	5	2,8	37	20,6	3	1,7	52	28,9	
Fisioterapeutas	-	-	1	0,6	7	3,9	-	-	8	4,5	
Fonoaudiólogos/as	1	0,6	-	-	1	0,6	1	0,5	3	1,7	
Médicos/as	1	0,6	2	1,1	14	7,8	15	8,4	32	17,9	
Psicólogos/as	-	-	-	-	3	1,7	-	-	3	1,7	
Téc. Enfermagem	2	1,1	-	-	24	13,4	9	5,0	35	19,5	
Total	14	7,8	11	6,2	111	62,0	43	24,0	179	100,0	

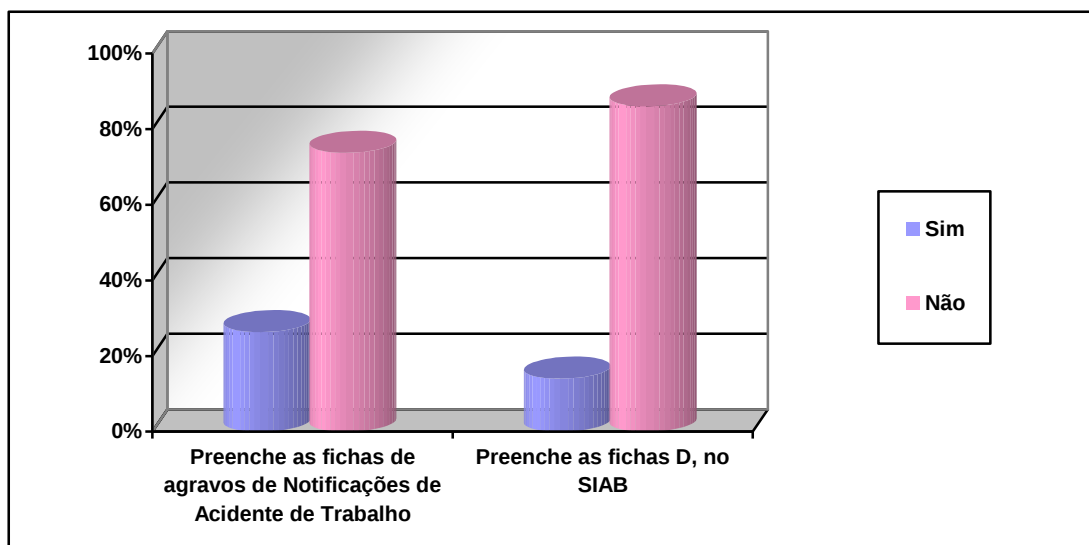


Gráfico 16: Realiza o preenchimento das fichas de notificações de agravos de Acidente de Trabalho e da ficha D, no SIAB segundo os Trabalhadores. Regional de Rondonópolis, 2012

Quanto às atividades desenvolvidas pelos trabalhadores da Rede Sentinela, 73,7% não preenchem as fichas de notificações de acidentes e agravos do trabalho, e 86,0% não preenchem as fichas D (ficha que registra o número total de atendimentos específicos para acidente de trabalho segundo os procedimentos realizados pelos trabalhadores da atenção básica), no SIAB do atendimento específico ao usuário (Tabela 19 e Gráfico 16).

De um modo geral, tanto as mulheres trabalhadoras como os homens não são conscientes sobre a importância do preenchimento das fichas de notificações e dos registros no SIAB, o que resulta na falta de dados ao consultar o sistema de informação.

É importante salientar que os registros no SIAB são referentes a qualquer tipo de atendimento ao usuário em decorrência de acidentes, independente da gravidade dos mesmos, com o objetivo de identificar o perfil produtivo e o ramo de atividade, em que ocorrem a maioria dos

acidentes nas empresas, identificando onde acontecem pequenos acidentes, para que se possa planejar a prevenção.

Para o COSAT (2011), existe a obrigatoriedade dos registros das notificações de acidentes e agravos do trabalho, dos onze agravos conforme determina a Portaria 104/2011 de acordo com os protocolos clínicos dos mesmos. Porém, segundo Brasil (2010a) existem estimativas de 1/5 nas notificações, com registro em 2010 de 720 mil acidentes de trabalho.

O problema dos trabalhadores do SUS não registrarem os atendimentos aos usuários da Saúde Pública faz com que não existam dados estatísticos oficiais nos sistemas de informação do Ministério da Saúde acerca do tipo, número e forma de ocorrência de acidentes, dificultando o planejamento das ações voltadas para a melhoria do programa.

Por outro lado, a falta de treinamentos que oportunizem a melhor capacitação dos trabalhadores da Rede Sentinela é um dos problemas que levam a falta de registros e a falta de eficiência da rede na proteção da Saúde do Trabalhador, pois, quando um membro da equipe de saúde faz uma visita domiciliar e constata a existência de trabalhadores em risco, trabalho precoce ou demais agravos deve estar instruído a comunicar a unidade de saúde, para que toda a equipe possa estar presente no planejamento adequado.

Considerando a comunicação entre os membros da equipe de cada Unidade de Saúde sobre a existência de trabalhadores em risco, trabalho precoces e acidentados, (Tabela 20 e Gráfico 17):

Tabela 20: Comunicação feita a equipe da Unidade de Saúde sobre a existência de Trabalhadores em risco, trabalho precoce e acidentados. Regional de Rondonópolis, 2012

Trabalhadores/ SUS	Comunica a equipe da Unidade de Saúde									
	Sim					Não				
	F		M				F		M	
Sexo	N	%	N	%			N	%	N	%
Agente Com. de Saúde	10	5,6	6	3,4			4	2,2	3	1,7
Aux. Administrativo/a	4	2,2	1	0,6			9	5,0	8	4,5
Assist. Social	1	0,6	-	-			-	-	-	0,6
Enfermeiros/as	25	13,9	6	3,4			19	10,5	2	1,1
Fisioterapeutas	5	2,8	-	-			2	1,1	1	0,6
Fonoaudiólogos/as	2	1,1	1	0,6			-	-	-	1,7
Médicos/as	9	5,0	11	6,1			6	3,4	6	3,4
Psicólogos/as	3	1,7	-	-			-	-	-	1,7
Téc. Enfermagem	2	1,1	4	2,2			24	13,4	5	2,8
Total	61	34,0	29	16,3			64	35,6	25	14,1
									179	100,0

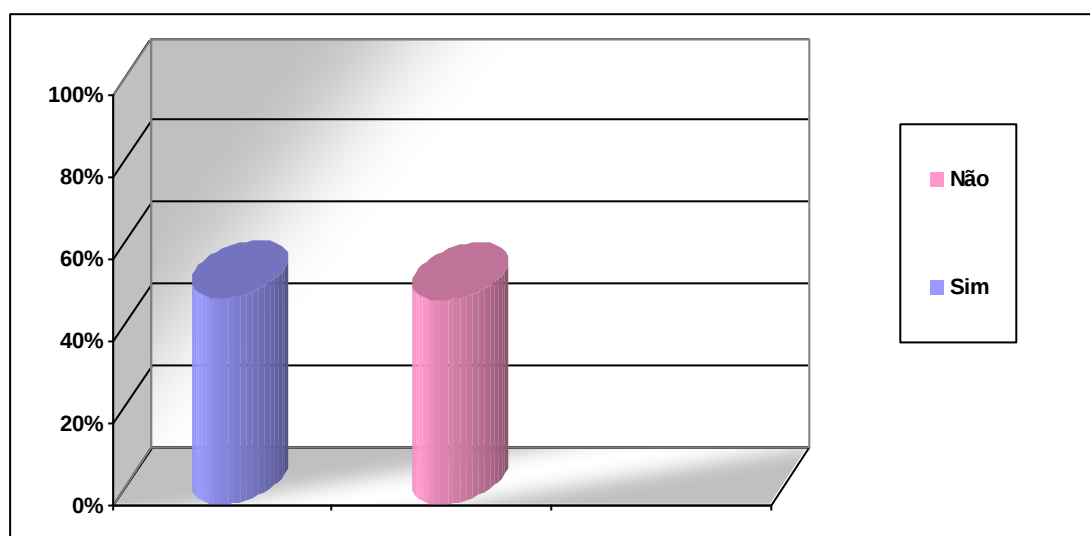


Gráfico 17: Comunicação feita a equipe da Unidade de Saúde sobre a existência de Trabalhadores em risco, trabalho precoce e acidentados. Regional de Rondonópolis, 2012

Observou-se que 50,3% dos profissionais da rede responderam que avisam a equipe da saúde quando existem trabalhadores em situação de risco, trabalho precoce e trabalhadores acidentados ou adoentados. Sendo que o maior índice de trabalhadores/SUS que não comunicam a equipe de US são Técnicos de Enfermagem do sexo feminino com 13,4%.

Avalia-se que o fato de 49,7% dos trabalhadores não avisar a equipe da saúde com relação aos casos de trabalhadores com problemas,

evidencia a falta de esclarecimento sobre a importância desta ação, que embora pareça simples é vital para a efetivação das Políticas Públicas. Quando não há comunicação ocorre à falta de ações por parte da equipe de saúde, deixando de atender trabalhadores em risco, ou mesmo, trabalhadores precoces que vivenciam a exploração infantil, que vem sendo combatida com rigor em todo o Brasil, pelos órgãos públicos e a sociedade em geral.

Em relação a este assunto, Waldvogel (2003) afirmou em seus estudos que a falta de registros gera a subnotificação da realidade encontrada na saúde do trabalhador e, a falta de rigor na fiscalização, agrava o número de acidentes, podendo gerar uma epidemia em caso de acidentes de trabalho, que irá levar a atividade laboral dos acidentados ao declínio. Sendo que, por vezes, as equipes de saúde não possuem os dados corretos para tomar as medidas necessárias para a proteção da saúde do trabalhador.

Outra ação a ser executada pela equipe de saúde é o acompanhamento dos acidentados posterior à notificação. Neste sentido, a Tabela 21, buscou apresentar se os trabalhadores/SUS realizam acompanhamento para os acidentados e se notificam tais acidentes, bem como as doenças que se originam no trabalho:

Tabela 21: Realiza acompanhamento dos Trabalhadores que sofrem Acidente de Trabalho e notificações de Acidente de Trabalho e Doenças Trabalho, segundo a visão dos Trabalhadores. Regional de Rondonópolis, 2012

Trabalhadores/ SUS	Sexo	Realiza acompanhamento							
		Sim				Não			
		F		M		F		M	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Agente Com. de Saúde		10	5,6	6	3,4	4	2,2	3	1,7
Aux. Administrativo/a		5	2,8	2	1,1	8	4,5	7	3,9
Assist. Social		1	0,6	-	-	-	-	-	-
Enfermeiros/as		10	5,6	5	2,8	34	18,9	3	1,6
Fisioterapeutas		3	1,7	1	0,6	4	2,2	-	-
Fonoaudiólogos/as		2	1,1	1	0,6	-	-	-	-
Médicos/as		2	1,1	1	0,6	13	7,3	16	8,9
Psicólogos/as		3	1,7	-	-	-	-	-	-
Téc. Enfermagem		-	-	-	-	26	14,5	9	5,0
Total		36	20,2	16	9,1	89	49,6	38	21,2

Trabalhadores/ SUS	Sexo	Realiza notificações de Acidente de Trabalho e Doenças do Trabalho							
		Sim				Não			
		F		M		F		M	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Agente Com. de Saúde		12	6,6	6	3,5	2	1,1	3	1,7
Aux. Administrativo/a		8	4,5	1	0,6	5	2,7	8	4,5
Assist. Social		1	0,6	-	-	-	-	-	-
Enfermeiros/as		26	14,4	3	1,7	18	10,0	5	2,8
Fisioterapeutas		4	2,2	1	0,6	3	1,7	-	-
Fonoaudiólogos/as		2	1,1	1	0,6	-	-	-	-
Médicos/as		10	5,6	10	5,6	5	2,8	7	3,9
Psicólogos/as		3	1,7	-	-	-	-	-	-
Téc. Enfermagem		7	3,9	3	1,7	19	10,5	6	3,4
Total		73	40,6	25	14,3	52	28,8	29	16,3

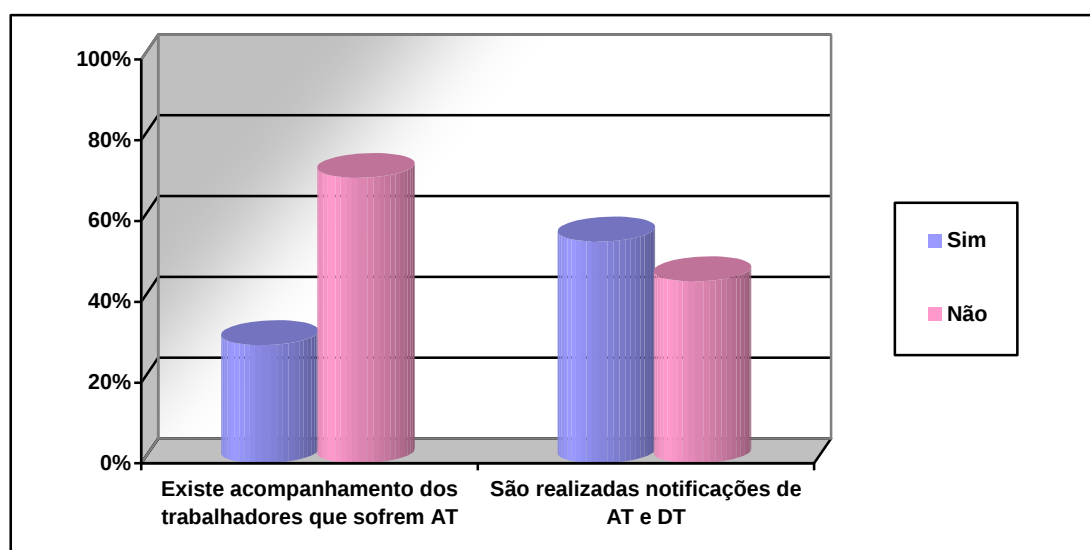


Gráfico 18: Realiza acompanhamento dos Trabalhadores que sofrem Acidente de Trabalho e notificações de Acidente de Trabalho e Doenças Trabalho, segundo a visão dos Trabalhadores. Regional de Rondonópolis, 2012

Uma das atividades da equipe das unidades de saúde é o acompanhamento dos casos de trabalhadores que sofreram acidentes ou agravos do trabalho, porém 70,7% dos pesquisados não realizam este acompanhamento (Tabela 21 e Gráfico 18). Salienta-se que dos 29,3% de trabalhadores do SUS, que responderam executar este acompanhamento, 20,2% são do sexo feminino.

Quando não ocorre o acompanhamento e os registros necessários, mesmo que o trabalhador seja atendido, a Rede Sentinela não cumpre o que lhe é determinado, o que acaba prejudicando a saúde pública e a própria Rede Sentinela no desempenho de suas funções.

Sobre o preenchimento das notificações de acidentes e agravos do trabalho, 54,9% responderam que são realizadas, destacando-se neste percentual os trabalhadores/SUS do sexo feminino que apresentaram percentual de 40,6%. Todavia, 45,1% afirmaram que não, o que pode ser considerado um índice elevado de subnotificações, dificultando o desenvolvimento de ações em proteção e segurança dos trabalhadores.

Aponta-se que um dos problemas geradores desta falta de registros das notificações de acidentes e doenças do trabalho é a carência de treinamento. Segundo Leandro e Branco (2011, p.66): “[...] Uma pessoa pode ter inúmeras aptidões e experiência, mas ainda assim, precisa ser treinada [...]. É através do treinamento que o funcionário compreende os valores e os procedimentos relativos a uma determinada função”.

Se não ocorre o treinamento e o preenchimento das fichas, as notificações e as ações de acompanhamento dos acidentados acabam sendo negligenciadas, sendo que os próprios acidentados são os mais

prejudicados com estas falhas, que poderiam ser corrigidas com capacitação dos trabalhadores da Rede Sentinela.

Para identificar como vem sendo desenvolvido o trabalho na Rede Sentinela, a Tabela 22 apresenta a disponibilidade de profissionais para o devido atendimento e registro, segundo a visão dos Trabalhadores/SUS:

Tabela 22: Número de profissionais que atuam na atenção a Saúde do Trabalhador na Vigilância em Saúde, segundo os trabalhadores. Regional de Rondonópolis, 2012

Trabalha- dores/ SUS Sexo		Número de profissionais na atenção a Saúde do Trabalhador na VS																	
		Até 2 pessoas				3 e 5 pessoas				Mais de 5 pessoas				Nenhuma				Total	
		F		M		F		M		F		M		F		M			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Agente Com. de Saúde		6	3,4	3	1,7	5	2,8			3	1,7	4	2,2	-	-	2	1,1	23	12,9
Aux. Administra- ti-vo/a		3	1,7	-	-	1	0,6	3	1,7	3	1,7	-	-	6	3,3	6	3,3	22	12,3
Assist. Social		-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,6	-	-	-	-	-	-	1	0,6
Enfermei- ros/as		5	2,8	-	-	2	1,1	-	-	3	1,7	-	-	34	18,9	8	4,4	52	28,9
Fisiotera- peutas		2	1,1	-	-	-	-	1	0,6	-	-	-	-	5	2,8	-	-	8	4,5
Fonoau- diólogo/a		2	1,1	-	-	-	-	1	0,6	-	-	-	-	-	-	-	-	3	1,7
Médicos/ as		10	5,6	3	1,7	-	-	2	1,1	-	-	-	-	5	2,8	12	6,7	32	17,9
Psicólo- gos/as		-	-	-	-	3	1,7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	1,7
Téc. Enferma- gem		5	2,8	2	1,1	2	1,1	2	1,1	14	7,8	-	-	5	2,8	5	2,8	35	19,5
Total		33	18,5	8	4,5	13	7,3	9	5,1	24	13,5	4	2,2	55	30,6	33	18,3	179	100,0

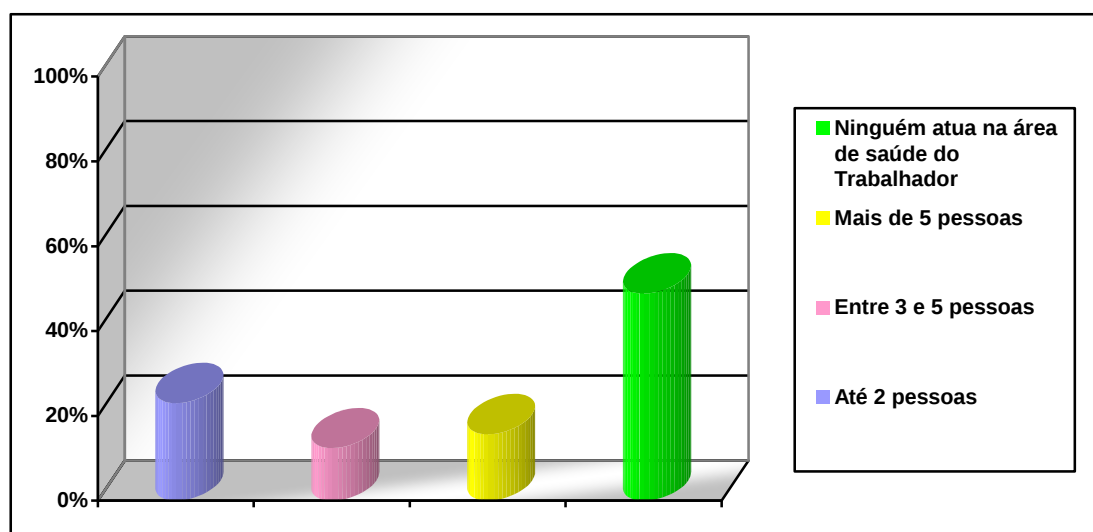


Gráfico 19: Número de profissionais que atuam na atenção a Saúde do Trabalhador na Vigilância em Saúde, segundo os trabalhadores. Regional de Rondonópolis, 2012.

Quanto ao número de pessoas que atuam na atenção a Saúde do Trabalhador e trabalham na vigilância em saúde e na atenção a saúde do trabalhador, 48,9% dos pesquisados declarou que ninguém atua na área de saúde do trabalhador na unidade com evidência para 18,9% do grupo de enfermeiros do sexo feminino, sendo que 23,0% responderam que até 2 pessoas atuam neste campo; 12,4% entre 3 e 5 pessoas e 15,7% mais de 5 pessoas (Tabela 22 e Gráfico 19).

Considera-se importante salientar que o número de pessoas para atuarem na área de saúde do trabalhador, depende dentre outros fatores da Política Pública do Município para formar uma equipe que atue de forma preventiva. Porém, a falta de dados estatísticos reais interfere na apresentação das informações de acordo com a realidade e a necessidade de cada município.

Outro aspecto a ser comentado é que o número de recursos humanos para atuar na vigilância em saúde nos municípios e nas regionais, especificamente, na Saúde do Trabalhador é proporcional, entre outros fatores, da especificidade dos perfis produtivos locais. Porém, todas as equipes devem ser formadas por profissionais de diferentes áreas com formação interdisciplinar, cabendo ao CEREST regional e estadual conduzir estas equipes.

Segundo declarações feitas pelo Governo do Estado de Mato Grosso (2010, p.12): “[...]. As ações de Saúde do Trabalhador seriam mais bem executadas nas regionais de saúde se estas dispusessem de um mínimo de 02 técnicos para a condução, de forma integral, destas ações”.

Na avaliação de Brasil (2009), a falta de pessoal para atuar na área de saúde do trabalhador e em outros programas que busquem garantir a qualidade de vida e dignidade de todos os trabalhadores e usuários dos serviços públicos é um problema, e deve ser resolvido com a maior brevidade possível.

Quanto ao tempo de treinamento recebido pelos trabalhadores/SUS para o desempenho das atividades na Rede Sentinela a Tabela 23 apresenta os seguintes dados.

Tabela 23: Tempo de treinamento segundo os trabalhadores/SUS. Regional de Rondonópolis, 2012

Trabalha- dores/ SUS	Tempo de treinamento/horas													
	Até 5 horas				Entre 6 e 10 horas				Mais de 10 horas				Não teve treinamento	
	F		M		F		M		F		M		F	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Agente Com. de Saúde	1	0,6	-	-	-	-	2	1,1	2	1,1	-	-	11	6,2
Aux. Administrativo/a	-	-	-	-	1	0,6	-	-	-	-	-	-	12	6,7
Assist. Social	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,6	-	-	-	-
Enfermeiros/as	2	1,1	-	-	1	0,6	-	-	-	-	-	-	41	22,8
Fisioterapeutas	-	-	-	-	-	-	-	-	2	1,1	-	-	5	2,8
Fonoaudiólogos/as	1	0,6	-	-	-	-	1	0,6	1	0,5	-	-	-	-
Médicos/as	-	-	-	-	2	1,1	-	-	-	-	2	1,1	13	7,3
Psicólogos/as	-	-	-	-	1	0,6	-	-	-	-	-	-	2	1,1
Téc. Enfermagem	-	-	-	-	-	-	-	-	2	1,1	-	-	24	13,4
Total	4	2,3			5	2,9	3	1,7	8	4,4	2	1,1	108	60,3
													49	27,3
													179	100,0

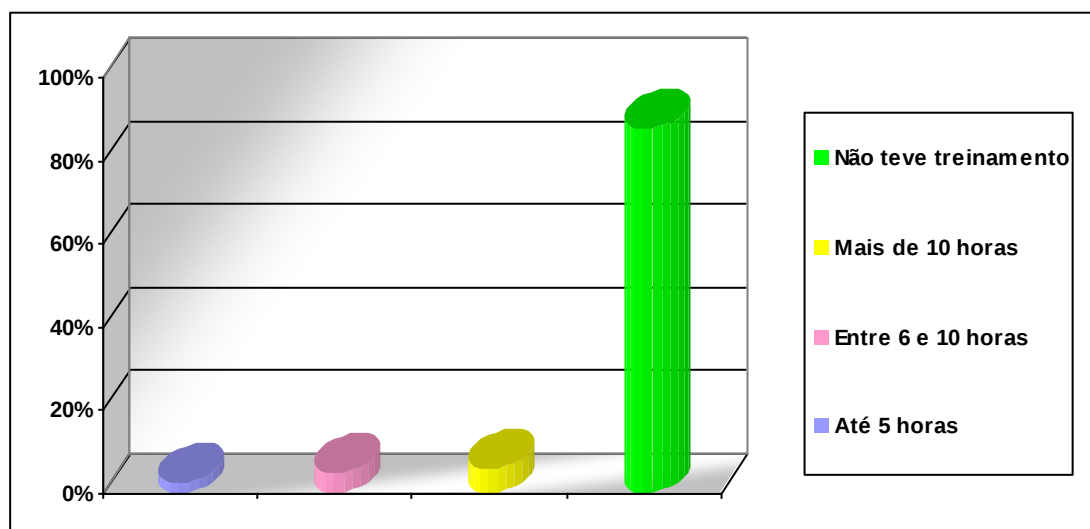


Gráfico 20: Tempo de treinamento segundo os trabalhadores /SUS. Regional de Rondonópolis, 2012

A última questão levantou os dados sobre treinamentos executados constatou-se que, 87,6% dos trabalhadores/SUS (tanto do sexo masculino, quanto do feminino), não tiveram treinamento para atuar na rede, fato que indica um grave problema na capacitação que, segundo Leandro e Branco (2011), gera falta de qualidade no desempenho das atividades laborais e, conseqüentemente, insatisfação dos usuários dos serviços prestados.

Segundo dados do Governo do Estado de Mato Grosso (2010, p.12): “[...] os Bancos de Dados da Saúde somente detectam de 1 a 4% dos agravos aos quais estão expostos os trabalhadores, que em Mato Grosso representa 84% do total da população [...]”. Neste sentido, é imprescindível que sejam realizadas ações capazes de mudar a situação vivenciada quanto a inexistência de monitoramento dos dados e a subnotificação dos agravos.

Assim, a falta de treinamento acaba gerando limitações dos trabalhadores no desempenho de suas atividades, isto porque é a partir do treinamento que as capacidades e habilidades são desenvolvidas, bem como, a eficiência na produção dos serviços.

Ao tratar dos dados dos dois grupos pesquisados (gestores e trabalhadores/SUS), foi realizado um comparativo entre as visões sobre a realidade vivenciada na saúde do trabalhador na Regional de Rondonópolis, observou-se que quanto ao sexo a maioria dos gestores são do sexo masculino, enquanto os trabalhadores em sua maioria são do sexo feminino cuja idade é similar pois nos dois grupos houve a predominância de pessoas entre 22 e 35 anos, muito embora entre os gestores este índice se apresentou mais significativo.

Para Osório (2002), a mulher profissional necessita ainda vencer as barreiras impostas no cotidiano de suas atividades laborais, demonstrando diariamente, que não são apenas as responsáveis pelas atividades fabris após a Segunda Guerra Mundial, mas são capazes de demonstrar competência, habilidade e capacidade na gestão de pessoas.

Sobre as oportunidades existentes para as mulheres, tem-se:

Pesquisando sobre o tema equidade de gêneros, percebe-se que em nenhum país as mulheres têm oportunidades iguais aos homens. Observa-se esta desigualdade principalmente na área econômica e política. A análise histórica, mostrando a discriminação contra a mulher ou o ser feminino e sua conquista nos últimos séculos e a revisão de conceitos sobre gênero, é fundamental para a compreensão do processo de construção do papel social da mulher e abre uma nova perspectiva de análise: relação de poder entre os gêneros [...] (SILVA, 2011, p.22).

Ainda no entendimento de Silva (2011) a relação entre gêneros ocorre a partir de um sistema hierárquico gerador das relações de poder, sendo que as conquistas das mulheres vêm oportunizando um envolvimento entre a mulher e o poder, que possibilita uma nova forma de gestão, mais sensível.

Sobre o nível de instrução os dois grupos informaram que houve melhorias, após entrar na saúde, demonstrando que tanto entre os trabalhadores, quanto entre os gestores existe a preocupação em sua qualificação, com a melhoria do nível de escolaridade.

Ao tratar do treinamento para a atuação dos trabalhadores na Rede Sentinela os gestores responderam que sim e os trabalhadores não, ou seja, existe contradição entre os dois grupos, que pode ser explicado pela alta rotatividade de recursos humanos no desempenho das funções na saúde pública e, também, pelos trabalhadores contratados e cargos de

confiança por serem temporários, podendo gerar fragilização e fragmentação no treinamento e capacitação dos trabalhadores, que deveriam atuar na Saúde do Trabalhador.

É importante citar que a maioria dos municípios que compõem a Regional de Rondonópolis, não possuem Código Sanitário Municipal; planejamento mensal e anual; plano de saúde para o trabalhador e não possuem trabalhadores específicos designados para atuarem na Saúde do Trabalhador.

Bem como, a vigilância em saúde tem diversas áreas de atuação, como vigilância epidemiológica, ambiental, sanitária e de saúde do trabalhador, no entanto, especificamente na Saúde do Trabalhador não existem profissionais disponibilizados e devidamente capacitados, que atuem de forma efetiva, nas fiscalizações, notificações, monitoramento dos dados e acompanhamentos dos trabalhadores que sofrem acidentes e agravos.

Este fato gera subnotificações que em contrapartida origina uma “pseudo” realidade em relação aos índices de notificações do SINAN, sendo os dados subnotificados irrelevantes para o investimento em pessoal para a saúde do trabalhador.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em toda a sociedade brasileira e, especialmente, no âmbito da saúde pública, vem ocorrendo discussões que tem como principal foco, a fragilidade da saúde dos trabalhadores.

Neste sentido, o presente estudo levantou a visão dos gestores e trabalhadores/SUS e os aspectos que podem ser considerados para promover a melhoria de atendimento na Rede Sentinela, além da formulação de programas preventivos e não curativos especialmente, para a Regional de Rondonópolis-MT.

Para uma melhor análise é preciso considerar que há disparidades de tipos, portes, riquezas e estrutura dentre os Municípios da Regional de Rondonópolis. São realidades distintas em termos geográficos, culturais, sociais e econômicos que muitas vezes não incorporam as políticas em saúde do trabalhador.

Questões como a diversidade e fragilidade de inserção funcional do quadro de fiscais, a insuficiência de funcionários, a falta de qualidade na mão de obra podem ser consideradas como pontos críticos para a efetivação do Programa de Saúde do Trabalhador na Regional de Rondonópolis.

As principais dificuldades encontradas para o funcionamento efetivo da Rede Sentinela de Notificações de Acidentes e Agravos em saúde dos trabalhadores/SUS, identificou-se: a não disponibilidade de profissionais em quantidade suficiente, dentro das unidades de saúde e nas vigilâncias, capacitados para as notificações de agravos e acidentes de trabalho; o

elevado índice de subnotificação; a falta de sincronia entre os sistemas de informação tanto do Ministério da Saúde, quanto do Ministério da Previdência Social, para as estatísticas sobre agravos e os acidentes de trabalho e a falta de inclusão nos Códigos Sanitários Municipais da saúde do trabalhador.

Dentre os tipos de acidentes e agravos notificados no SINAN identificados na Regional de Rondonópolis estão somente os acidentes de trabalho com material biológico; acidentes de trabalho grave; distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho e intoxicações exógenas ocupacionais, sendo que estão pactuados onze agravos (Portaria 104/2011 do Ministério da Saúde).

Mesmo com as subnotificações, tanto das informações em saúde, quanto da CAT, foi possível identificar Municípios em que é necessária a realização de intervenção com o propósito tanto de reduzir o número de acidentes, agravos e doenças relacionadas ao trabalho, quanto o de aumentar o número destas notificações e a melhoria quantitativa e qualitativa de identificação pelas unidades de saúde da Rede Sentinela, das notificações das doenças, acidentes e agravos relacionados ao trabalho.

Ao comparar as informações dos dois sistemas SINAM e CAT se observou o SINAN com alto índice de subnotificações pois consideram os agravos e acidentes de trabalho que acometem a população, independente do vínculo empregatício, já o Sistema do Ministério da Previdência Social por meio da Comunicação de Acidente do Trabalho - MPS/CAT consideram apenas os trabalhadores com carteira registrada, que no Estado de Mato Grosso representa importante parcela da população economicamente ativa.

Neste sentido, pode-se afirmar que efetivamente as notificações de agravos e acidentes registradas no SINAN são subnotificadas e não apresentam a realidade da população trabalhadora.

Entraram em contradição gestores e trabalhadores no que se refere ao treinamento para o pessoal que atua na Rede Sentinela, sendo que a maioria dos gestores respondeu existir este treinamento, enquanto a maioria dos trabalhadores respondeu que não. Neste sentido, para os trabalhadores o principal problema é a falta de treinamento e, conseqüente, capacitação para o desempenho das atividades pertinentes, enquanto que para os gestores o problema está na inexistência do Programa de Saúde do trabalhador no Código Sanitário de seus Municípios.

Ficou evidente, segundo a visão dos gestores, que não existe organização, planejamento e execução de ações voltadas para o Programa da Saúde do Trabalhador nos Municípios, e que não tem relevância a Rede Sentinela de Notificações de Acidente e Agravos em Saúde do Trabalhador.

Observou-se que na visão dos trabalhadores os atendimentos são realizados sem a percepção da importância de estar atendendo pessoas vitimadas de acidentes e agravos do trabalho, os quais não são registrados em nenhum sistema de informação, não gerando, portanto, dados reais sobre estas ocorrências.

Dentre os motivos que possam ter gerado as subnotificações pode-se indicar a falta de vontade política dos gestores; desinteresse dos trabalhadores do SUS; desinformação dos trabalhadores para cobrar seus direitos; negligência de médicos que atuam na medicina ocupacional nas empresas; visão maximizadora de lucros por parte dos empresários em

detrimento a saúde do trabalhador e insuficiência de ações de vigilância; fiscalização na área de Saúde do Trabalhador; elevação dos custos operacionais devido aos riscos existentes na empresa; obrigação de depositar o FGTS – Fundo de Garantia por Tempo de Serviço e garantia de emprego por um ano para trabalhadores acidentados.

De uma forma geral as gestoras e trabalhadoras tem uma visão mais aprimorada da importância do cuidado com a saúde do trabalhador e, para isso, de execução de ações mais efetivas quanto às notificações nos casos de acidentes, ao acompanhamento dos acidentados e ao monitoramento dos sistemas de informação.

Pode-se concluir que se todos os agravos e acidentes de trabalho fossem corretamente notificados, demonstraria a existência de uma epidemia de acidentes e agravos. Neste sentido os programas de saúde do trabalhador com relação a investimentos em recursos humanos e recursos financeiros, deveriam ser priorizados pelo Poder Público, como ocorre com a dengue, hanseníase, tuberculose, AIDS e outras doenças de notificação compulsória.

Por fim, este estudo sugere que para a melhoria da Rede Sentinela em Saúde do Trabalhador, ocorra a capacitação para todos os trabalhadores das unidades e nas vigilâncias, em especial aos concursados que devem ser os multiplicadores dos treinamentos e capacitações em cada Município. E, ainda que, todos os agravos e acidentes de trabalho atendidos na Rede sejam notificados obrigatoriamente, originando estatísticas reais sobre o tema aqui apresentado.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abad A. G. *Cleópatra VII, última rainha do Nilo*. (2010). Disponível em: <<http://www.egiptologia.org.ve/index.php/pt/reinas/41-cleopatra-vii-la-ultima-reina-del-nilo>>. Acesso em: 11 Fev. 2013.

Andreotti M.; Santos R. de B. dos & Santos T. P. S. *Notificação e acompanhamento dos acidentes biológicos em profissionais da Secretaria Municipal da Saúde do Município de São Paulo*. Disponível em: <http://ww2.prefeitura.sp.gov.br/arquivos/secretarias/saude/cefor/0010/Risco_Bio_Biosseg_Cap5.pdf>. Acesso em: 01 Nov. 2012.

Antunes R. *Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho*. 11. ed. São Paulo: Bointempo, 2009.

ANVISA. *Rede sentinela: histórico*. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/servicos/saude/hsentinela/historico.htm>>. Acesso em: 10 Nov. 2012.

Arenti W. L. Do estado Keynesiano ao estado Schumpeteriano. In: *Revista de Economia Política*. vol.23. n.4(92), outubro-dezembro/2003.

Baker E. L. Sentinel Event Notification System for Occupational Risks (SENSOR): the concept. In: *American Journal of Public Health*. 70 (suppl.): 18-20. 1989.

Barreto M. A indústria do vestuário e a saúde dos trabalhadores e trabalhadoras. In: *Cadernos de Saúde do Trabalhador*. 2000.

Brasil S. S. *Trabalho, adoecimento e saúde: aspectos sociais da pesca artesanal no Pará*. Belém-Pará: Universidade Federal do Pará, 2009.

Brasil. *Conselho Nacional de Secretários da Saúde*. Brasília: CONASS, 2007.

Brasil. Ministério da Saúde. *Cadernos de atenção básica: programa saúde da família*. Caderno 5. Brasília: Ministério da saúde, 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. *Saúde do trabalhador*. Cadernos de Atenção Básica. n.5. Brasília-Distrito Federal: Ministério da Saúde, 2002a.

Brasil. Ministério da Saúde. *HumanizaSUS: política nacional de humanização*. A humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Saúde Brasil 2004 – uma análise da situação de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

Brasil. Ministério da Saúde. *Diretrizes de implantação da vigilância em saúde do trabalhador no SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. *Diretrizes para a programação pactuada e integrada da assistência à saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

Brasil. Ministério da Saúde. *HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

Brasil. Ministério da Saúde. *Política nacional de saúde do trabalhador no SUS*. Brasília: Secretaria da Vigilância em Saúde, 2010.

Brasil. Ministério da Previdência e Assistência Social. *Anuário estatístico de acidentes de trabalho 2010*. (2010a). Disponível em: <<http://mpas.gov.br/conteudoDinamico.php?id=1217>>. Acesso em: 12 Fev. 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. *Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011*. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/107204-104.html>>. Acesso em: 29 Nov. 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. *Diretrizes de implantação da vigilância em saúde do trabalhador no SUS*. Disponível em: <www.2pontos.net/preview/pisat/hp/upload/Diret_VISAT_18_03.doc>. Acesso em: 01 Nov. 2011.

Brasil. Mato Grosso. Secretaria de Estado de Saúde. Superintendência de Políticas de Saúde. *Coordenadoria de Gestão da Informação em Saúde. Gerência de Avaliação da Qualidade dos Sistemas de Informação em Saúde*. Gerência de Padronização e Divulgação da Informação. Cuiabá: Secretaria de Estado de Saúde, 2011a.

Calil L. E. S. *Direito do trabalho da mulher: ontem e hoje*. Disponível em: <http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=1765>. Acesso em: 25 Fev. 2012.

Cavassani A. P.; Cavassani E. B. & Biazin, C. C. Qualidade de vida no trabalho: fatores que influenciam as organizações. In: *XIII SIMPEP*. Baurur, SP, Brasil, 06 a 08 novembro de 2006.

Cordeiro R.; Vilela R. A. G.; Medeiros M. A. T. de M.; Gonçalves C. G. de O.; Bragantini C. A.; Varolla A. J. & Stephan C. O sistema de vigilância de acidentes do trabalho de Piracicaba, São Paulo, Brasil. In: *Cad. Saúde Pública*. v.21. n.5. Rio de Janeiro. Sept./Oct. 2005.

COSAT. Coordenadoria de Saúde do Trabalhador. *Secretaria de Estado de Saúde – MT: Rede Sentinela de Agravos*. Disponível em: <<http://www.saude.mt.gov.br/cosat/pagina.php?id=267>>. Acesso em: 25 Nov. 2011.

Cohn A. A reforma sanitária brasileira: a vitória sobre o modelo neoliberal. In: *Medicina Social*. v.3. nº2, 2009.

Dias E. C.; Rigotto R. M.; Augusto L. G. da S.; Cancio J. & Hoefel M. da G. L. Condições de vida, trabalho, saúde e doença dos trabalhadores rurais no Brasil. In: *Saúde do Trabalhador Rural*. (2009). Disponível em: <<http://www.luzimarteixeira.com.br/wp-content/uploads/2009/11/saude-trabalhador-rural.pdf>>. Acesso em: 01 Nov. 2011.

Eduardo M. B. P. *Vigilância sanitária*. Série Saúde & Cidadania. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998.

Fadel M. A. V. & Regis Filho G. I. Percepção da qualidade em serviços públicos de saúde: um estudo de caso. In: *RAP*. Rio de Janeiro. 43(1):07-22, Jan./Fev. 2009.

Fernandes R. de C. P. & Nobre L. C. da C. *Vigilância de ambientes e processos de trabalho*. (2002). Disponível em: <<http://xa.yimg.com/kq/groups/21875246/1396342917/name/Manual+de+Normas+PTVST+-+pag.+49+a+116%5B1%5D.pdf>>. Acesso em: 15 Out. 2011.

Garcia A. V.; Argenta C. E.; Sanchez K. R. & São Thiago M. L. O grupo de trabalho de humanização e a humanização da assistência hospitalar: percepção de usuários, profissionais e gestores. In: *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. v.20. n.3. Rio de Janeiro. 2010.

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

Gil A. C. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

Governo do Estado de Mato Grosso. *Relatório de gestão 2010*: Coordenadoria de saúde do trabalhador. Cuiabá-MT: Governo do Estado de Mato Grosso, 2010.

Governo do Estado de Mato Grosso. *Diretrizes de implantação da vigilância em saúde do trabalhador no SUS*. Cuiabá-MT: Governo do Estado de Mato Grosso, 2011.

Guanaes A. & Souza R. P. Introdução, objetivos, conceito, histórico e filosofia. In: *Humanização em cuidados intensivos*. AMIB. Rio de Janeiro: Revinter, 2004.

Handy C. *A era do paradoxo*: dando um sentido para o futuro. São Paulo: Makron Books, 1995.

Hennington E. A. Gestão dos processos de trabalho e humanização em saúde: reflexões a partir da ergologia. In: *Rev. Saúde Pública*. Rio de Janeiro. 2007.

Lacaz F. A. C. *Saúde do trabalhador, um estudo sobre as formações discursivas da academia, dos serviços e do movimento sindical*. Tese de Doutorado pela Faculdade de Ciências Médicas. Campinas-SP: Universidade Estadual de Campinas, 1996.

Lacaz F. A. C. *Saúde dos trabalhadores: cenários e desafios*. In: *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, v.13, supl.02, 1997.

Lacaz F. A. C. O campo saúde do trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. In: *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro. 23(4):757-766. abr. 2007.

Laurell A. C. & Noriega M. Para o estudo da saúde na sua relação com o processo de produção. In: *Processo de Produção e Saúde: Trabalho e Desgaste Operário*. São Paulo: Hucitec, 1989.

Lavinas A. D. R. *Atendimento operacional em TI: fordismo ou pós-fordismo? – estudo de caso na Empresa DATAPREV*. Dissertação Mestrado Executivo em Gestão Empresarial. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2009.

Leandro A. I. P. & Branco E. de S. Importância do treinamento e desenvolvimento nos serviços de saúde. In: *RAHIS – Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde*. jan./jun. 2011.

Lourenço E. A. S. & Bertani I. F. Saúde do trabalhador no SUS: desafios e perspectivas frente à precarização do trabalho. In: *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*. São Paulo. 32(115):121-134, 2007.

Macedo L. J. J.; Carvalho J. B. & Coutinho H. R. M. *O gestor em saúde no setor público*. (2009). Disponível em: <<http://dsau.dgp.eb.mil.br/docs/O%20gestor%20em%20Sa%C3%BAde%20no%20setor%20p%C3%ABlico.pdf>>. Acesso em: 10 Nov. 2012.

Machado J. M. H. Processo de vigilância em saúde do trabalhador. In: *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 2011.

Motta V. L. B. & Santos V. M. B. M. dos. Liderança feminina à luz da Bíblia. In: *Qualit@s Revista Eletrônica*. ISSN 1677 4280. Vol.8. N.1. 2009.

MPS/DATAPREV. *Anuário estatístico da Previdência Social/Ministério da Previdência Social, Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social – Ano 2011*. Brasília: MPS/DATAPREV, 2012.

Mendes E. & Dias E. C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. In: *Revista de Saúde Pública*. São Paulo. 1991.

Neira A. *A liderança feminina nos hemocentros e sua relação com a melhoria da qualidade*. Mestrado Acadêmico em Administração. Rio de Janeiro: Universidade do Grande Rio Professor José de Souza Herdy, 2009.

Oliveira J. A. Qualidade de vida dos empregados x lucro: há coerência nisto. In: *Revista Tendências do Trabalho*. Rio de Janeiro, n. 286, p. 22, p. 1998.

Oliveira M. B. de; Oliveira L. S. B. de; Ribeiro F. S. N. & Vasconcellos L. C. F. de. Análise comparativa dos dispositivos de saúde do trabalhador nas constituições estaduais brasileiras. In: *Cad. Saúde Públ.* Rio de Janeiro. 13(3):425-433. Jul.-set. 1997.

Osório, L. C. *Casais e famílias – uma visão contemporânea*. Porto Alegre: Artmed, 2002.

Paim J. S. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: *Rouquayrol MZ, Epidemiologia e Saúde*. Rio de Janeiro: MEDSI, 2002.

Pelloso E. F. & Zandonadi F. B. *Causas da resistência ao uso do equipamento de proteção individual (EPI)*. (2011). Disponível em: <http://www.segurancaotrabalho.eng.br/artigos/art_epi_cv.pdf>. Acesso em: 10 Nov. 2012.

Pignati W. A. *Os riscos, agravos e vigilância em saúde no espaço de desenvolvimento do agronegócio no Mato Grosso*. Tese (Doutorado em Ciências). Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, 2007.

Pignati W. A. & Machado J. M. H. O agronegócio e seus impactos na saúde dos trabalhadores e da população do estado de Mato Grosso. In: Minayo Gomes C.; Machado J. M. H. & Pena G. L. (orgs.) *Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

Pimentel L. C. T. *O trabalho e o processo de saúde-doença das costureiras por facção – Região Metropolitana de Goiânia/2010*. Dissertação de Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde. Goiânia: PUC, 2010.

Portal da Saúde. *Sobre a saúde do trabalhador*. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=30426&janela=1>. Acesso em: 01 Nov. 2011.

Rainato T. A. A importância da medicina e segurança do trabalho preventiva. In: *Revista Científica Aprender*. (2007). Disponível em: <<http://www.revista.fundacaoaprender.org.br/index.php?id=99>>. Acesso em: 5 Jun. 2011.

Ratner H. Meio ambiente, saúde e desenvolvimento sustentável. In: *Ciência & Saúde Coletiva*. 14(6):1965-1971, 2009.

Ribeiro J. C. *Relação de trabalho: a contribuição dos modelos de gestão*. Disponível em: <http://www.aedb.br/seget/artigos09/354_RELACOES_DE_TRABALHO_A_CONTRIBUICAO_DOS_MODELOS_DE_GESTAO.pdf>. Acesso em: 26 Fev. 2012.

Sá S. M. A. & Sá E. V. & Diniz A. M. Saúde e qualidade de vida na Amazônia. In: Furtado L. G. (org.). *Amazônia, Desenvolvimento, Sócio-diversidade e Qualidade de Vida*. Belém: UPFA/NUMA, 1997.

Secretaria de Políticas de Saúde – Ministério da Saúde. Política nacional de redução da morbimortalidade por acidente e violência. In: *Rev. Saúde Pública*. vol.34. n.4. São Paulo. 2000.

Silva C. X. & Wolff S. A indústria de confecções e as mudanças na organização da produção. In: *XIV Congresso Brasileiro de Sociologia 28 a 31 de julho de 2009*. Rio de Janeiro: Sociólogos do Futuro, 2009.

Silva R. *Mulher e poder: relações de gênero nas instituições de defesa e segurança nacional*. [Monografia no curso Altos Estudos de Política e Estratégia]. Rio de Janeiro: Escola Superior de Guerra, 2011.

SINAN_NET/Observatório em Saúde do Trabalhador – CEREST-MT. *Unidades Sentinela do ERS-ROO que notificam em saúde do trabalhador*. Cuiabá-MT: CEREST, 2012.

Sodré F. *O campo político da saúde do trabalhador*. Rio de Janeiro: Fundação Osvaldo Cruz, 2002.

Souza A. R. de. A atualidade do americanismo e fordismo em Gramsci. In: *Revista Urutágua*. Maringá-Paraná. n.9. Abr/Mai/Jun/Jul. 2004.

Souza W. da S. & Moreira M. C. N. A temática da humanização na saúde: alguns apontamentos para debate. In: *Interface – Comunicação, Saúde, Educação. (Botucatu)*. v.12. n.25. Botucatu. Apr./Jun. 2008.

Vasconcellos L. C. F. de & Machado J. M. H. Política nacional de saúde do trabalhador: ampliação do objeto em direção a uma política de estado. In: Minayo Gomes C.; Machado J. M. H. & Pena G. L. (orgs.) *Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

Vasconcellos M. de C., Pignatti M. G. & Pignati W. A. Emprego e acidentes de trabalho na indústria frigorífica em áreas de expansão do agronegócio, Mato Grosso, Brasil. In: *Saúde e Sociedade*. vol.18. n.4. São Paulo. Oct./Dec. 2009.

Vicente S. A. dos S. *A atuação dos municípios em vigilância em saúde do trabalhador: um modelo de avaliação*. Dissertação Curso de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. São Paulo: Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, 2007.

Waldvogel B. C. A população paulista e os acidentes de trabalho fatais. In: *São Paulo em Perspectiva*. 17(2):42-53. 2003.

Wunch Filho V. Reestruturação produtiva e acidentes de trabalho no Brasil: estrutura e tendências. In: *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 1999.

APÊNDICE I – QUESTIONÁRIO PARA GESTORES E/OU COORDENADORES DA VIGILÂNCIA A SAÚDE

Dados de Identificação
1. Atividade desenvolvida:
2. Cargo em que atua:
3. Tempo de atuação na área de saúde: () até 1 ano () de 2 a 5 anos () de 6 a 10 anos () mais de 10 anos
4. Tempo que ocupa o cargo em que atua: () até 1 ano () de 2 a 5 anos () de 6 a 10 anos () mais de 10 anos
5. Nível de instrução quando iniciou na saúde () nível médio () nível superior
6. Nível de instrução na atualidade () nível médio () nível superior
7. Idade: () até 21 anos () entre 22 e 35 anos () entre 36 e 45 anos () mais de 45 anos
8. Sexo: () feminino () masculino

Leia as questões com atenção e marque “sim” ou “não”

Questões	SIM	NÃO
1. Fez capacitações para desenvolver a função que atua?		
2. No organograma da SMS está inserida a Saúde do Trabalhador?		
3. Os profissionais receberam treinamentos para atuar na Rede Sentinela de saúde?		
4. O seu Município possui e/ou realiza plano de saúde do trabalhador?		
5. O código Sanitário Municipal, aborda aspectos da Saúde do Trabalhador?		
6. Existe a inclusão e pactuação da Saúde do Trabalhador nos sistemas do Ministério da Saúde (SIAB; SIA/SUS)?		
7. Ocorre no Município a pactuação dos indicadores no SISPACTO?		
8. Você conhece algum órgão público que atua na questão saúde do trabalhador?		

Questões complementares

1. Quantas pessoas trabalham na vigilância em saúde no seu município considerando os profissionais que atuam na vigilância Sanitária, Epidemiológica, Ambiental e Saúde do Trabalhador?
 () ninguém atua em Saúde do Trabalhador
 () até 5
 () 6 a 10
 () mais de 10

2. Dados sobre treinamentos executados:

Ano do treinamento: _____

Horas de treinamento

- ☐ até 2 horas
- ☐ entre 3 e 5 horas
- ☐ entre 6 e 10 horas
- ☐ mais de 10 horas

3. Onde é feito atendimento das pessoas vitimadas de Acidente de trabalho no seu município? (porta de entrada)

- ☐ pelo SUS no Pronto atendimento do município, e depois conforme a gravidade encaminhados para hospital de referência HR
- ☐ por planos particulares e das empresas
- ☐ nos PSF e Centros de saúde
- ☐ outros. Quais? _____

4. Onde são realizadas as Notificações de Acidente de Trabalho?

- ☐ não são realizadas
- ☐ nos locais designados da Rede Sentinela
- ☐ apenas algumas no Pronto atendimento
- ☐ outros. Quais? _____

5. Na sua opinião, qual o principal problema de Saúde do trabalhador no Município?

- ☐ acidentes de trabalho em geral
- ☐ doenças profissionais
- ☐ empresas omitem os acidentes com medo das consequências
- ☐ os órgãos públicos não assumem seu papel
- ☐ o trabalhador é desinformado

6. O que você acha da fiscalização dos ambientes de trabalho por parte dos órgãos públicos?

- ☐ é de responsabilidade apenas da Delegacia Regional do Trabalho
- ☐ não tenho informações
- ☐ eficiente
- ☐ ineficiente
- ☐ regular

7. Quais as principais medidas para melhoria da saúde do trabalhador no município?

- ☐ implantação do CEREST (Centro de Referência Regional em Saúde do Trabalhador)
- ☐ melhoria das condições gerais de saúde dos trabalhadores
- ☐ ação mais eficiente dos órgãos públicos
- ☐ maior atuação dos sindicatos, população e comunidade
- ☐ os órgãos públicos não assumem seu papel

APÊNDICE II – QUESTIONÁRIO AOS TRABALHADORES DA REDE SENTINELA/SUS

Dados de Identificação
1. Atuação profissional: ☐ nível médio ☐ agente comunitário de saúde ☐ agente administrativo ☐ nível superior ☐ enfermeiro ☐ médico ☐ outros. Qual? _____
2. Tempo de atuação na área de saúde: ☐ até 1 ano ☐ de 2 a 5 anos ☐ de 6 a 10 anos ☐ mais de 10 anos
3. Tempo que ocupa o cargo em que atua: ☐ até 1 ano ☐ de 2 a 5 anos ☐ de 6 a 10 anos ☐ mais de 10 anos
4. Nível de instrução quando iniciou na saúde ☐ nível médio ☐ nível superior
5. Nível de instrução na atualidade ☐ nível médio ☐ nível superior
6. Idade: ☐ até 21 anos ☐ entre 22 e 35 anos ☐ entre 36 e 45 anos ☐ mais de 45 anos
7. Sexo: ☐ feminino ☐ masculino

Leia as questões com atenção e marque “sim” ou “não”

Questões	SIM	NÃO
1. Essa unidade de saúde faz parte da Rede Sentinela em Saúde do Trabalhador?		
2. Recebeu treinamentos para atuar na Rede Sentinela?		
3. Você preenche as fichas de agravos de Notificações de Acidente de Trabalho?		
4. Você preenche a ficha D, no SIAB (Sistema de Informação de Atenção Básica) atendimento específico para Acidente de Trabalho (Acidente de Trabalho)?		
5. Você avisa a equipe da saúde, sobre a existência de trabalhadores em situação de risco, trabalho precoce e trabalhadores acidentados ou adoentados nos atendimentos ou nas famílias visitadas de abrangência do serviço?		
6. É acompanhado por meio de visitas domiciliares os casos de trabalhadores que sofreram acidentes graves ou portadores de doença relacionada ao trabalho ou são realizadas entrevistas com ênfase em saúde do trabalhador?		
7. São realizadas Notificações de Acidente e Doenças do Trabalho nessa unidade?		

Questões complementares

1. Quantas pessoas trabalham na atenção a saúde do trabalhador na vigilância em saúde na unidade?

() até 2

() entre 3 a 5

() mais de 5

() ninguém atua na área de saúde do Trabalhador

2. Dados sobre treinamentos executados:

Ano do treinamento: _____

Horas de treinamento

() até 5 horas

() entre 6 e 10 horas

() mais de 10 horas

() não teve treinamento

APÊNDICE III – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO/TCLE

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar participar do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é da pesquisadora responsável. Em caso de recusa você não será penalizado(a) de forma alguma. Em caso de dúvidas sobre questões éticas você pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Hospital Universitário Júlio Müller - UFMT pelo telefone: (65) 3615-8254 e e-mail: cephujm@cep.ufmt.br e a pesquisadora Nelli Broch Ravazio, Mestranda do Curso de Ciências Ambientais e Saúde da PUC/GO, residente na Av. Ari Coelho, nº 694, Vila Birigüi – Rondonópolis-MT, fone:(66)9984-1784, E-mail: nelly.ravazio@hotmail.com

A pesquisa intitulada: “A REDE SENTINELA DE NOTIFICAÇÃO DE AGRAVOS EM SAÚDE DO TRABALHADOR/SUS SEGUNDO A VISÃO DE GESTORES E TRABALHADORES DA REGIONAL DE SAÚDE. RONDONÓPOLIS/MT” será desenvolvida com o objetivo geral de “Identificar a partir da visão dos/as gestores/as e trabalhadores/as/SUS as principais dificuldades para o funcionamento efetivo da Rede Sentinela/SUS da Regional de Rondonópolis-MT, 2009-2011”.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder as questões de um questionário sobre a estruturação da Rede Sentinela de Notificações de Agravos em Saúde do Trabalhador, sendo reduzidas as possibilidades de danos que poderão ser de constrangimento diante de alguma pergunta e, caso ocorra você poderá se retirar da pesquisa sem qualquer prejuízo.

A pesquisadora assume o compromisso de resguardar a sua segurança, bem estar e o sigilo de suas informações e se responsabiliza por quaisquer custos ou ônus financeiro decorrentes da pesquisa ou questões que venham exigir a intervenção de profissionais de saúde para assistir a possíveis danos, caso ocorram.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será assinado em duas vias sendo uma para você e a outra para a pesquisadora.

Eu, _____, confirmo que me explicaram os objetivos desta pesquisa, bem como, a forma de participação. As alternativas para minha participação também foram discutidas. Eu li e compreendi este termo de consentimento, portanto, eu concordo em dar meu consentimento para participar como voluntário desta pesquisa.

Rondonópolis, MT, __/__/____

Assinatura do/a Voluntário/a

APÊNDICE IV – DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO PSICOLÓGICO

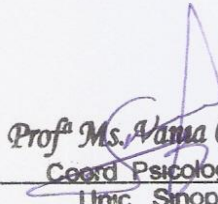
Rondonópolis, 27 de Abril de 2012.

DECLARAÇÃO

Eu, **Vânia Aparecida da Silva Figueredo Couto**, brasileira, psicóloga, portadora do RG: 7521428-SSP-SP, CPF: 824.541.678-91, CRP: 1800025, declaro que estou disponível a atender as participantes da pesquisa intitulada: “A REDE SENTINELA DE NOTIFICAÇÃO DE AGRAVOS EM SAÚDE DO TRABALHADOR/SUS SEGUNDO A VISÃO DE GESTORES E TRABALHADORES DA REGIONAL DE SAÚDE. RONDONÓPOLIS/MT”, que será realizada pela pesquisadora Nelli Broch Ravazio, que porventura venham apresentar danos psicológicos decorrentes à participação como sujeito desta pesquisa.

Ressalto que este atendimento não terá ônus para os sujeitos desta pesquisa e que estes serão encaminhados para devido acompanhamento ao endereço: Rua A11, Quadra 15 – Casa 18 – Bairro Santa Marina – Rondonópolis – Mato Grosso – CEP: 78.705.000 e Rua K2 nº 45 Setor Residencial Sul Sinop – Mato Grosso – CEP: 78.550-053.

Atenciosamente.


Profª Ms. Vânia Couto
Coord. Psicologia
Unic Sinop

Vânia Aparecida da Silva Figueiredo do Couto Psicóloga –
CRP/MT-18-00025

ANEXO I – DECLARAÇÃO DAS INSTITUIÇÕES CO-PARTICIPANTES



GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SES
SUPERINTENDÊNCIA DE ARTICULAÇÃO REGIONAL

MISSÃO DA SES:
"Garantir o direito à saúde enquanto direito fundamental do ser humano, e promover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício, através de ações individuais e coletivas de promoção, prevenção e recuperação de saúde no âmbito do Estado de MT"

Instituição Coparticipante do Projeto de Pesquisa

DECLARAÇÃO

Declaro ter lido e concordar com o projeto de pesquisa "*A Rede Sentinela de Notificação de Agravos em Saúde do Trabalhador/SUS Segundo a Visão de Gestores e Trabalhadores da Regional de Saúde, Rondonópolis/MT*", de responsabilidade da pesquisadora "*Nelli Broch Ravazio*" e declaro conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 196/96. Esta instituição está ciente de sua corresponsabilidade como Instituição Coparticipante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem estar. Estou ciente que a execução deste projeto dependerá da aprovação do mesmo pelo CEP – Comitê de Ética em Pesquisa, mediante parecer ético consubstanciado e declaração de aprovação.

Em anexo lista com as assinaturas dos Secretários/Gestores Municipais da Regional de Saúde de Rondonópolis-MT.

Rondonópolis, 10 de Fevereiro de 2012



GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SES
SUPERINTENDÊNCIA DE ARTICULAÇÃO REGIONAL

MISSÃO DA SES:
"Garantir o direito à saúde enquanto direito fundamental do ser humano, e promover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício, através de ações individuais e coletivas de promoção, prevenção e recuperação da saúde no âmbito do Estado de MT"

138

SECRETÁRIOS (AS) MUNICIPAIS DE SAÚDE DA REGIONAL DE RONDONÓPOLIS

MUNICÍPIO	SECRETÁRIO (A) MUNICIPAL DE SAÚDE	Assinatura	TELEFONE DA SECRETARIA	TELEFONE PARTICULAR (CELULAR)
Alto Araguaia	Martha Silvia Zaiden Maia Brandão		(66) 3481 1777	(66) 9962 0558
Alto Garças	Cilmar Perissinotto		(66) 3471 1580	(66) 9618 3112
Alto Taquari	Osmar José Batistussi		(66) 3496 1796	(66) 9636 8244 / 9962 6441
Araguainha	Loani Naves Ferreira		(66) 3476 1232	(66) 9957 - 7373
Campo Verde	Wisley Rone Clemente		(66) 3419 2900/2288	(66) 9221 1207
Dom Aquino	Chernenko N.Coutinho		(66) 3451 1200	(66) 9241 - 2038
Guiratinga	Leonor de Fátima B. Martini		(66)34311808/1434	(66) 9961 4479
Itiquira	Lucimaria Garcia da Silva		(65) 3491 1351	(65) 9944 7276
Jaciara	Edinaldo Fernando de Souza		(66) 3461-1396	(66) 8401 4050?
Juscimeira	José Ozete Freitas		(66) 3412-1062	(66) 9626 - 1601
Paranatinga	Lindineide Belém de Freitas		(66) 3573 -3141	(66) - 99551330
Pedra Preta	Maria Amélia Giacomo		(66) 3486-2372/2354	(66) 9988 2774
Poxoréu	Geovane Souza Conceição		(66) 3436-1391	(66) 9989 4930
Primavera do Leste	Arthur Henrique Mohr		(66) 3498 1727/1976	(66) 9986 8285
Rondonópolis	Valdecir Feltrin		(66) 3410-0200/0245	(66) 9988 1041
Sto A. do Leste	Eder Luiz de Castro		(66) 3488 1042/1325	(66) 9238 1854
São José do Povo	Katlin Cristina de Oliveira		(66) 3494-1123	(66) 9988 - 5921
São Pedro da Cipa	Graciela Castelli de Lima		(66) 3418 - 1381	(66) 8438 2585
Tesouro	Enedina L.Ribeiro		(66) 3435-1338	(66) 3435 1238 / 9964 - 1822

Nelson R. Ramalho
Secretário Regional de Saúde
Mato Grosso - Brasil

Profa. Dra. Márcia Barberi
Programa de Pós-graduação em Saúde
Mestrado em Ciências da Saúde
FAC/GDS - Cuiabá - MT - 75000-000

Centro Político Administrativo Bloco 06 - CEP: 78.079-070
Cuiabá/MT Fones: (65) 613-5305/5306/5488
e-mail: sales@ses.mt.gov.br

