

Perfil epidemiológico dos acidentes de trabalho graves e fatais na macrorregião sul de Santa Catarina

Epidemiological profile of serious and fatal accidents at work in the southern macro-region of Santa Catarina

Perfil epidemiológico de los accidentes de trabajo graves y mortales en la macrorregión sur de Santa Catarina

RESUMO

Objetivo: Analisar a frequência e tipificação de acidentes de trabalho graves e fatais notificados na Macrorregião Sul de Santa Catarina no período de 2015–2019. **Método:** Pesquisa quantitativa, retrospectiva e descritiva, através de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN e do Sistema de Informação de Mortalidade – SIM, além dos dados coletados referentes às ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador – VISAT dos 45 municípios da macrorregião sul catarinense. **Resultados:** Houve predomínio de acidentes de trabalho graves em homens, de raça branca e de trabalhadores da construção civil. **Conclusão:** No período estudado ocorreram 2.288 acidentes de trabalho graves notificados e 176 óbitos notificados. Houve aumento significativo nos anos de 2018 e 2019 em comparação aos anteriores. Não há interação entre as vigilâncias, o que dificulta a realização de ações voltadas aos aspectos condicionantes e determinantes dos acidentes de trabalho graves e fatais, que são em sua maioria evitáveis.

DESCRITORES: Acidentes de trabalho; Notificação de acidentes de trabalho; Epidemiologia.

ABSTRACT

Objective: To analyze the frequency and typification of serious and fatal work accidents reported in the Southern Macro-region of Santa Catarina in the period 2015–2019. **Method:** Quantitative, retrospective and descriptive research, through data from the Notifiable Diseases Information System – SINAN and from the Mortality Information System – SIM, in addition to data referring to the actions of Occupational Health Surveillance – VISAT of the 45 municipalities of the Southern Santa Catarina macro-region. **Results:** There was a predominance of serious work accidents in men, of white race and construction workers. **Conclusion:** In the studied period, there were 2,288 serious work accidents reported and 176 reported deaths. There was a significant increase in the years 2018 and 2019 compared to the previous years. There is no interaction between surveillance, which makes it difficult to carry out actions aimed at conditioning and determining aspects of serious and fatal work accidents, which are mostly preventable.

DESCRIPTORS: Accidents at work; Notification of accidents at work; Epidemiology.

RESUMEN

Objetivo: Analizar la frecuencia y clasificación de los accidentes de trabajo graves y mortales notificados en la Macrorregión Sur de Santa Catarina en el período 2015–2019. **Método:** Investigación cuantitativa, retrospectiva y descriptiva, utilizando datos del Sistema de Información de Enfermedades de Declaración Obligatoria – SINAN y del Sistema de Información de Mortalidad – SIM, además de los datos recopilados referentes a las acciones de Vigilancia en Salud Ocupacional – VISAT de los 45 municipios del sur de Santa Catarina macrorregión. **Resultados:** Predominaron los accidentes de trabajo graves en hombres, caucásicos y trabajadores de la construcción. **Conclusión:** Durante el período de estudio, hubo 2.288 accidentes de trabajo graves notificados y 176 muertes notificadas. Hubo un aumento significativo en los años 2018 y 2019 en comparación con años anteriores. No existe interacción entre las vigilancias, lo que dificulta la realización de actuaciones encaminadas a condicionar y determinar aspectos de los accidentes de trabajo graves y mortales, que en su mayoría son evitables.

DESCRIPTORES: Accidentes de Trabajo; Notificación de accidentes de trabajo; Epidemiología.

RECEBIDO EM: 14/02/2023 APROVADO EM: 17/03/2023

Evelyn Brognoli

Enfermeira do Trabalho. Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva pelo PPGSCol - Universidade do Extremo Sul Catarinense-UNESC.

ORCID: 0000-0002-4160-2329

Taís Sparremberger Justo

Fisioterapeuta. Membro do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Saúde do Trabalhador-NEPST (GP CNPq) - Universidade do Extremo Sul Catarinense-UNESC.

Willians Cassiano Longen

Fisioterapeuta. Licenciado em Ciências Biológicas. Ergonomista Certificado (ABERGO n.248). Mestre em Ergonomia. Doutor em Ciências da Saúde. Líder do NEPST. Professor do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva pelo PPGSCol-Universidade do Extremo Sul Catarinense-UNESC.

ORCID: 0000-0001-8336-2311

INTRODUÇÃO

Embora descrita na Constituição Federal de 1988, apenas ocorreu com a promulgação da Lei Orgânica da Saúde, (8080/90 – artigo 6º parágrafo 3º), que afirma que saúde do trabalhador é “um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores”¹.

Com vistas a garantir a implantação das ações de saúde do trabalhador e seu financiamento pela União, em 2002, com a portaria 1679, foi instituída a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador - RENAST, na tentativa de encadear as iniciativas da saúde para ações de prevenção, promoção, assistência e reabilitação dos trabalhadores².

Em 2005, com a publicação da portaria 2437/GM, buscou-se fortalecer as ações de Saúde do Trabalhador por meio de fortalecimento dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador - CEREST e integração das ações de Saúde DO Trabalhador- ST por meio de algumas estratégias como adequação e ampliação do número de CEREST, inclusão de ações de saúde do trabalhador na atenção básica, ações de vigilância, instituição de redes sentinelas como retaguarda técnica e caracterização de municípios sentinelas³.

A saúde do trabalhador apenas foi implementada como política de saúde a partir da publicação da Portaria 1823/12, que instituiu a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) que trouxe à tona o papel do SUS na efetivação da integralidade e

equidade de acesso de toda a população trabalhadora do país definindo os princípios, diretrizes e estratégias a serem observados pelas três esferas de governo no SUS⁴.

A Saúde do Trabalhador é o campo da Saúde Pública que tem como objeto de estudo e intervenção as relações produção-consumo e o processo saúde-doença das pessoas e, em particular, dos trabalhadores. A partir dessa premissa, as intervenções devem buscar a transformação dos processos produtivos, no sentido de torná-los promotores de saúde, e não de adoecimento e morte, além de garantir a atenção integral à saúde dos trabalhadores, levando em conta sua inserção nos processos produtivos⁵.

O protocolo “Saúde do Trabalhador na Atenção Primária” afirma que os Registros na literatura técnica demonstram que as equipes de Atenção Básica e Equipes de Estratégia de Saúde da Família reconhecem, no dia a dia, problemas de saúde relacionados ao trabalho, porém encontram dificuldades para o manejo desses agravos e doenças e para desenvolver intervenções sobre os processos produtivos geradores de danos para a saúde e para o ambiente nos territórios sob sua responsabilidade sanitária.

Assim, é necessário qualificar o olhar e apoiar os profissionais das equipes de Atenção Básica e Equipes de Estratégia de Saúde da Família para que reconheçam o usuário enquanto trabalhador e o trabalho enquanto determinante da situação de saúde-doença da população do território sob sua responsabilidade e garantir apoio institucional, especializado e pedagógico às equipes, por meio de ações de vigilância e matriciamento em saúde

(CRAVEIRO et al., 2016). Acidente de trabalho grave é um evento ocorrido durante a atividade laboral, ou a serviço do empregador, que implique em lesão corporal, morte, ou perda de função, de forma a incapacitar para o trabalho, seja de forma temporária ou permanente⁶.

Para o planejamento de ações em saúde do trabalhador é necessário realizar a análise de situação de saúde da população trabalhadora, incluindo as ações de promoção de saúde. Faz-se necessário conhecer o perfil da população trabalhadora para que seja possível identificar os problemas e necessidades, de modo que possa subsidiar a tomada de decisões e estabelecimento de prioridades para o fortalecimento do SUS para o enfrentamento de condições de trabalho que favorecem o processo saúde-doença⁷.

Diante do exposto, fica clara a necessidade dos municípios organizarem e articularem as ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador- VISAT, com vistas a reduzir o número de acidentes de trabalho graves e fatais em seu território, integrando as ações de vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental, juntamente com a Rede de Atenção à Saúde(RAS), uma vez que os trabalhadores acidentados e/ou portadores de agravos relacionados ao trabalho já são atendidos de forma fragmentada nos serviços de saúde existentes, e a organização das ações de enfrentamento a estes eventos deva ser realizado mediante um mapeamento e análise dos dados epidemiológicos, disponíveis nos bancos de dados oficiais.

MÉTODOS

Esta pesquisa foi realizada mediante

aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da Universidade do Extremo Sul Catarinense sob o parecer nº4.298.358. Conta-se com um estudo descritivo e retrospectivo com dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN e Sistema de Informação de Mortalidade - SIM. Foram utilizados os dados epidemiológicos dos municípios da Macrorregião Sul de Santa Catarina, que englobam as regiões de Laguna, Tubarão, Criciúma e Araranguá e questionário semiestruturado para conhecimento das ações realizadas pelas vigilâncias dos municípios.

Foram utilizados os dados epidemiológicos dos acidentes de trabalho graves e fatais dos 45 municípios da Macrorregião Sul de SC constantes nas bases de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e dos dados dos óbitos relacionados ao trabalho no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), ocorridos entre os anos de 2015 e 2019, no intuito de caracterizar uma amostragem no período de 5 anos, além de um instrumento de coleta para identificar a existência de ações de vigilância em Saúde do Trabalhador realizadas pelos municípios. Foram excluídos os municípios que não possuíam dados epidemiológicos no período estudado, ou não assinarem o TCLE para a coleta de dados acerca das ações realizadas pelas vigilâncias.

Foram realizadas inúmeras tentativas, no entanto dos 45 municípios, apenas 34 responderam aos questionários. Considerando que a situação da Pandemia foi declarada no ano de 2020, e que as vigilâncias estavam com os olhares todos voltados ao enfrentamento do Coronavírus, estima-se que por essa razão nem todos os municípios responderam ao questionário.

Foram utilizados dois instrumentos de coleta de dados, o primeiro foi referente à coleta das variáveis necessárias para a análise dos dados epidemiológicos. O segundo instrumento de coleta foi um questionário estruturado e autoaplicável no intuito de verificar se as vigilâncias dos municípios da macrorregião sul de Santa

Catarina realizam alguma intervenção quando tem o conhecimento dos acidentes de trabalho graves e fatais notificados no SIM e no SINAN.

Os dados foram analisados no software IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 21.0. As variáveis quantitativas foram expressas por meio de média e desvio padrão, e as qualitativas por meio de frequência e porcentagem.

RESULTADOS

No período de 2015 a 2019, objeto deste estudo, foram notificados no SINAN, 2.288 acidentes de trabalho graves e fatais nos municípios que fazem parte da macrorregião sul de Santa Catarina (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição dos acidentes de trabalho graves e fatais notificados no SINAN no período de 2015 a 2019. Macrorregião sul catarinense. Brasil (2020).

	n (%)
	n = 2288
Ano do acidente	
2015	336 (14,7)
2016	225 (9,8)
2017	333 (14,6)
2018	639 (27,9)
2019	755 (33,0)

Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

Tabela 2. Distribuição dos dados quanto ao sexo, raça e escolaridade dos trabalhadores acidentados. Macrorregião sul catarinense. Brasil (2020).

	n (%)				
	Anos				
	2015 (n=336)	2016 (n=225)	2017 (n=333)	2018 (n=639)	2019 (n=755)
Sexo					
Masculino	293 (87,2)	201 (89,3)	290 (87,1)	564 (88,3)	664 (87,9)
Feminino	43 (12,8)	24 (10,7)	43 (12,9)	75 (11,7)	91 (12,1)
Raça					
Branca	296 (88,1)	211 (93,8)	304 (91,3)	555 (86,9)	672 (89,0)
Preta	18 (5,4)	9 (4,0)	18 (5,4)	46 (7,2)	40 (5,3)
Parda	19 (5,7)	2 (0,9)	9 (2,7)	30 (4,7)	25 (3,3)
Amarela	1 (0,3)	-	-	-	1 (0,1)
Indígena	-	1 (0,4)	-	2 (0,3)	-
Ignorado	2 (0,6)	2 (0,8)	2 (0,6)	6 (1,0)	17 (2,2)
Escolaridade					
1ª a 4ª série incompleta do EF	25 (7,4)	28 (12,4)	22 (6,6)	20 (3,1)	37 (4,9)
1ª a 4ª série completa do EF	22 (6,5)	14 (6,2)	11 (3,3)	33 (5,2)	40 (5,3)

DISCUSSÃO

Observa-se que houve um aumento do número de notificações nos anos de 2018 e 2019, que pode ser reflexo das capacitações realizadas pelo CEREST de Criciúma a partir de agosto de 2017. Antes deste período, o serviço passou por mudanças, principalmente no ano de 2016, quando houve o desmantelamento da equipe do serviço, culminando na re-

5ª à 8ª série incompleta do EF	73 (21,7)	55 (24,4)	42 (12,6)	80 (12,5)	96 (12,7)
EF completo	34 (10,1)	25 (11,1)	27 (8,1)	78 (12,2)	74 (9,8)
EM incompleto	43 (12,8)	25 (11,1)	32 (9,6)	92 (14,4)	99 (13,1)
EM completo	92 (27,4)	52 (23,1)	112 (33,6)	217 (34,0)	255 (33,8)
ES incompleto	15 (4,5)	1 (0,4)	6 (1,8)	8 (1,3)	15 (2,0)
ES completo	10 (3,0)	6 (2,7)	9 (2,7)	18 (2,8)	27 (3,6)
Ignorado	22 (6,6)	19 (8,5)	72 (21,6)	93 (14,5)	112 (14,9)

EF: Ensino fundamental; EM: Ensino médio; ES: Ensino superior
Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

Tabela 3. Distribuição dos dados quanto à ocupação, situação no mercado de trabalho, ramo de atividade econômica (CNAE), terceirização. Macrorregião sul catarinense. Brasil (2020)

	n (%)				
	Anos				
	2015 (n=336)	2016 (n=225)	2017 (n=333)	2018 (n=639)	2019 (n=755)
Ocupação					
Agentes, assistentes e auxiliares administrativos	8 (2,4)	2 (0,9)	3 (0,9)	12 (1,9)	37 (4,9)
Ajudantes de obras civis	13 (3,9)	8 (3,6)	18 (5,4)	17 (2,7)	17 (2,3)
Alimentadores de linha de produção	7 (2,1)	7 (3,1)	5 (1,5)	2 (0,3)	5 (0,7)
Marceneiros e afins	10 (3,0)	13 (5,8)	17 (5,1)	22 (3,4)	19 (2,5)
Mecânicos de manutenção de máquinas industriais	8 (2,4)	6 (2,7)	2 (0,6)	13 (2,0)	28 (3,7)
Mecânicos de manutenção de veículos automotores	12 (3,6)	3 (1,3)	10 (3,0)	22 (3,4)	13 (1,7)
Motoristas de veículos de cargas em geral	7 (2,1)	5 (2,2)	14 (4,2)	21 (3,3)	15 (2,0)
Operadores de máquinas a vapor e utilidades	29 (8,6)	14 (6,2)	10 (3,0)	14 (2,2)	21 (2,8)
Operadores do comércio em lojas e mercados	9 (2,7)	5 (2,2)	3 (0,9)	11 (1,7)	18 (2,4)
Produtores agrícolas polivalentes	15 (4,5)	17 (7,6)	10 (3,0)	7 (1,1)	9 (1,2)
Trabalhadores da extração de minerais sólidos	2 (0,6)	3 (1,3)	8 (2,4)	21 (3,3)	18 (2,4)
Trabalhadores de estruturas de alvenaria	33 (9,8)	32 (14,2)	25 (7,5)	45 (7,0)	56 (7,4)
Trabalhadores de instalações elétricas	6 (1,8)	1 (0,4)	6 (1,8)	16 (2,5)	19 (2,5)
Trabalhadores de montagem de estruturas de madeira, metal e compósitos em obras civis	9 (2,7)	10 (4,4)	3 (0,9)	17 (2,7)	24 (3,2)
Trabalhadores de soldagem e corte de ligas metálicas	12 (3,6)	1 (0,4)	6 (1,8)	21 (3,3)	22 (2,9)
Trabalhadores dos serviços domésticos em geral	8 (2,4)	1 (0,4)	3 (0,9)	9 (1,4)	14 (1,9)
Ceramistas (preparação e fabricação)	2 (0,6)	1 (0,4)	2 (0,6)	12 (1,9)	15 (2,0)
Operadores de máquinas de desdobramento da madeira	3 (0,9)	1 (0,4)	2 (0,6)	7 (1,1)	3 (0,4)
Outras	137 (40,5)	80 (36,7)	165 (49,6)	340 (53,2)	351 (46,3)
Sem família de CBO	6 (1,8)	13 (5,8)	21 (6,3)	10 (1,6)	51 (6,8)
Situação no mercado de trabalho					
Aposentado	5 (1,5)	5 (2,2)	2 (0,6)	1 (0,2)	5 (0,7)
Autônomo/conta própria	70 (20,8)	60 (26,7)	46 (13,8)	88 (13,8)	111 (14,7)
Empregado não registrado	20 (6,0)	15 (6,7)	23 (6,9)	34 (5,3)	61 (8,1)
Empregado registrado com carteira assinada	225 (67,0)	128 (56,9)	226 (67,9)	478 (74,8)	529 (70,1)
Serviço público estatutário	1 (0,3)	1 (0,4)	3 (0,9)	3 (0,5)	11 (1,5)

Trabalhador avulso	-	-	8 (2,4)	14 (2,2)	14 (1,9)
Ignorado	7 (2,1)	7 (3,1)	13 (3,3)	7 (1,1)	10 (1,3)
Outros	8 (2,3)	9 (4,0)	12 (4,2)	14 (2,1)	14 (1,7)
CNAE					
Administração pública em geral	-	-	2 (0,6)	-	2 (0,3)
Aquicultura e serviços relacionados	1 (0,3)	1 (0,4)	2 (0,6)	2 (0,3)	2 (0,3)
Comercio atacadista de mercadorias em geral (não especializado)	2 (0,6)	-	-	-	1 (0,1)
Comercio a varejo e por atacado de peças e acessórios para veículos automotores	-	2 (0,9)	2 (0,6)	1 (0,2)	2 (0,3)
Extração de carvão mineral	-	-	3 (0,9)	3 (0,5)	4 (0,5)
Fundação de ferro e aço	-	-	-	-	2 (0,3)
Obras de outros tipos	-	2 (0,9)	7 (2,1)	1 (0,2)	-
Não informado	313 (93,2)	206 (91,6)	243 (73,0)	575 (90,0)	709 (93,9)
Outros	20 (5,9)	14 (6,2)	74 (22,2)	57 (8,8)	33 (4,3)
Terceirização					
Não	312 (92,9)	193 (85,8)	275 (82,6)	580 (90,8)	593 (78,5)
Não se aplica/ Ignorado	20 (6,0)	29 (13,9)	50 (15,0)	48 (7,6)	141 (18,6)
Sim	4 (1,1)	3 (1,3)	8 (2,4)	11 (1,6)	21 (2,8)

Outras ocupações não foram descritas pois não tinham valores significativos para análise.
 Legenda: CBO - Classificação Brasileira de Ocupações.
 Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

Tabela 4. Local de ocorrência do acidente, tipo de acidente (típico ou trajeto) e a Classificação Internacional de Doenças - CID - Código da Causa do Acidente (de V01 a Y98).

	n (%)				
	Anos				
	2015 (n=336)	2016 (n=225)	2017 (n=333)	2018 (n=639)	2019 (n=755)
Local de ocorrência do acidente					
Instalações do contratante	216 (64,3)	117 (52,0)	221 (66,4)	464 (72,6)	507 (67,2)
Via pública	52 (15,5)	45 (20,0)	61 (18,3)	85 (13,3)	146 (19,3)
Instalações de terceiros	32 (9,5)	31 (13,8)	26 (7,8)	61 (9,5)	83 (11,0)
Domicílio próprio	33 (9,8)	29 (12,9)	18 (5,4)	24 (3,8)	13 (1,7)
Ignorado	3 (0,9)	3 (1,3)	7 (2,1)	5 (0,8)	-
Tipo de acidente					
Típico	288 (85,7)	189 (84,0)	268 (80,5)	563 (88,1)	610 (80,8)
Trajeto	45 (13,4)	34 (15,1)	54 (16,2)	70 (11,0)	136 (18,0)
Ignorado	3 (0,9)	2 (0,9)	11 (3,3)	6 (1,0)	9 (1,2)
CID-10					
Apertado, colhido, comprimido ou esmagado dentro de ou entre objetos	39 (11,6)	7 (3,1)	23 (6,9)	33 (5,2)	58 (7,7)
Contato com outras máquinas e com as não específicas	58 (17,3)	60 (26,7)	69 (20,7)	172 (26,9)	173 (22,9)
Impacto causado por objeto lançado, projetado ou em queda	26 (7,7)	11 (4,9)	31 (9,3)	122 (19,1)	149 (19,7)

Motociclista traumatizado em colisão com um automóvel [carro], "pickup" ou caminhonete	11 (3,3)	16 (7,1)	13 (3,9)	25 (3,9)	32 (4,2)
Outras quedas de um nível a outro	5 (1,5)	11 (4,9)	11 (3,3)	18 (2,8)	28 (3,7)
Queda de ou para fora de edifícios ou outras estruturas	12 (3,6)	13 (5,8)	10 (3,0)	28 (4,4)	13 (1,7)
Queda em ou de um andaime	12 (3,6)	8 (3,6)	8 (2,4)	12 (1,9)	16 (2,1)
Queda no mesmo nível por escorregão, tropeção ou passos em falsos	4 (1,2)	4 (1,8)	9 (2,7)	26 (4,1)	26 (3,4)
Outros	169 (50,2)	95 (42,1)	159 (47,8)	203 (31,7)	260 (34,6)

CNAE: Classificação Nacional de Atividade Econômica
CID: Classificação Internacional de Doenças
Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

Tabela 5. Código CID de lesão, parte do corpo atingida, evolução do caso e emissão da Comunicação de Acidente no Trabalho-CAT.

	n (%)				
	Ano				
	2015 (n=336)	2016 (n=225)	2017 (n=333)	2018 (n=639)	2019 (n=755)
Parte do corpo atingida principal					
Cabeça	43 (12,8)	20 (8,9)	27 (8,1)	49 (7,7)	45 (6,0)
Mão	142 (42,3)	86 (38,2)	120 (36,0)	266 (41,6)	317 (42,0)
Membro inferior	39 (11,6)	37 (16,4)	45 (13,5)	68 (10,6)	71 (9,4)
Membro superior	57 (17,0)	28 (12,4)	49 (14,7)	88 (13,8)	132 (17,5)
Pé	17 (5,1)	13 (5,8)	30 (9,0)	77 (12,1)	106 (14,0)
Todo corpo	12 (3,6)	5 (2,2)	9 (2,7)	16 (2,5)	13 (1,7)
Tórax	8 (2,4)	15 (6,7)	18 (5,4)	32 (5,0)	24 (3,2)
Ignorado	1 (0,3)	-	-	1 (0,2)	1 (0,1)
Outro	17 (4,9)	21 (9,4)	35 (10,6)	42 (6,5)	46 (6,1)
Parte do corpo atingida secundária					
Cabeça	7 (2,1)	5 (2,2)	8 (2,4)	12 (1,9)	13 (1,7)
Mão	7 (2,1)	5 (2,2)	1 (0,3)	16 (2,5)	14 (1,9)
Membro inferior	21 (6,3)	10 (4,4)	15 (4,5)	18 (2,8)	42 (5,6)
Membro superior	14 (4,2)	16 (7,1)	21 (6,3)	26 (4,1)	25 (3,3)
Tórax	11 (3,3)	5 (2,2)	9 (2,7)	11 (1,7)	17 (2,3)
Ignorado	257 (76,5)	165 (73,1)	241 (72,4)	618 (81,1)	611 (81,0)
Outro	19 (5,5)	19 (8,8)	38 (11,4)	62 (9,9)	33 (4,2)
Parte do corpo atingida terciária					
Abdome	2 (0,6)	1 (0,4)	3 (0,9)	3 (0,5)	3 (0,4)
Mão	3 (0,9)	2 (0,9)	3 (0,9)	3 (0,5)	4 (0,5)
Membro inferior	5 (1,5)	2 (0,9)	7 (2,1)	10 (1,6)	5 (0,7)
Membro superior	3 (0,9)	3 (1,3)	10 (3,0)	5 (0,8)	10 (1,3)
Tórax	4 (1,2)	-	3 (0,9)	1 (0,2)	5 (0,7)
Ignorado	307 (91,4)	208 (92,5)	279 (83,8)	594 (93,0)	715 (94,7)
Outro	12 (3,5)	9 (4,0)	28 (8,4)	23 (3,4)	13 (1,7)
CID da lesão					
Amputação traumática ao nível de punho e de mão	46 (13,7)	38 (16,9)	36 (10,8)	57 (8,9)	78 (10,3)

Ferimento de antebraço	6 (1,8)	-	5 (1,5)	3 (0,5)	-
Ferimento de cabeça	9 (2,7)	-	2 (0,6)	9 (1,4)	3 (0,4)
Ferimento de punho e da mão	43 (12,8)	20 (8,9)	14 (4,2)	31 (4,9)	23 (3,0)
Ferimentos envolvendo múltiplas regiões do corpo	6 (1,8)	1 (0,4)	2 (0,6)	2 (0,3)	3 (0,4)
Fratura ao nível do punho e da mão	23 (6,8)	21 (9,3)	43 (12,9)	155 (24,3)	174 (23,0)
Fratura da perna, incluindo tornozelo	9 (2,7)	21 (9,3)	19 (5,7)	41 (6,4)	46 (6,1)
Fratura de antebraço	8 (2,4)	10 (4,4)	15 (4,5)	33 (5,2)	50 (6,6)
Fratura de crânio e dos ossos da face	7 (2,1)	3 (1,3)	4 (1,2)	7 (1,1)	7 (0,9)
Fratura de fêmur	7 (2,1)	9 (4,0)	4 (1,2)	7 (1,1)	15 (2,0)
Fratura do pé (exceto do tornozelo)	7 (2,1)	9 (4,0)	10 (3,0)	56 (8,8)	77 (10,2)
Lesão por esmagamento de punho e da mão	8 (2,4)	4 (1,8)	9 (2,7)	13 (2,0)	3 (0,4)
Traumatismo superficial do punho e da mão	18 (5,4)	-	2 (0,6)	4 (0,6)	11 (1,5)
Outros	139 (41,2)	89 (39,7)	168 (50,5)	254 (34,5)	265 (35,2)
Evolução do caso					
Cura	42 (12,5)	13 (5,8)	41 (12,3)	51 (8,0)	47 (6,2)
Incapacidade parcial permanente	42 (12,5)	31 (13,8)	30 (9,0)	41 (6,4)	50 (6,6)
Incapacidade temporária	233 (69,3)	147 (65,3)	197 (59,2)	495 (77,5)	597 (79,1)
Incapacidade total permanente	5 (1,5)	3 (1,3)	2 (0,6)	-	6 (0,8)
Óbito por acidente de trabalho grave	11 (3,3)	17 (7,6)	20 (6,0)	24 (3,8)	18 (2,4)
Óbito por outras causas	-	-	2 (0,6)	1 (0,2)	2 (0,3)
Ignorado	2 (0,6)	9 (4,0)	39 (11,7)	27 (4,2)	32 (4,3)
Outros	1 (0,3)	4 (1,8)	2 (0,6)	-	3 (0,4)
CAT					
Não	176 (52,4)	95 (42,2)	90 (27,0)	97 (15,2)	75 (9,9)
Sim	93 (27,7)	52 (23,1)	91 (27,3)	86 (13,5)	67 (8,9)
Não se aplica/ Ignorado	67 (19,9)	78 (34,7)	152 (45,6)	456 (71,3)	613 (81,2)

A opção outros não foram descritas pois não tinham valores significativos para análise.
 Legenda: CID - Classificação internacional de doença, CAT - Comunicação de acidente de trabalho.
 Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

tirada da coordenadora. Face a isso, foi o ano com menor número de notificações em comparação aos outros anos.

Em 2006, o Ministério da Saúde publicou o Protocolo de Complexidade diferenciada, intitulado Notificações de Acidentes do Trabalho Fatais, Graves e com Crianças e adolescentes, que ainda hoje, serve de subsídio para compreensão da Notificação de acidentes de trabalho no SINAN. Este protocolo, descreve que diversos estudos demonstram a inexistência de sistema de informação que demonstre os acidentes de trabalho ocorridos, principalmente na população trabalhadora que não é contribuinte da Previdência Social. Assim, o desconhe-

cimento da existência de acidentes de trabalho, impacta na falta de organização de respostas por parte do Sistema Único de Saúde principalmente no que se refere à prevenção destes e traz à tona a importância de considerar o trabalho como determinante de saúde de uma determinada população⁸.

A importância da notificação dá-se a partir do fornecimento de informações vindas de formulários padronizados, que demonstram o impacto dos acidentes de trabalho na vida dos indivíduos, trazendo as lesões e aspectos associados à origem dos acidentes. As notificações de agravos no SINAN, devem ser realizadas pelo município que identificar o agravo,

independentemente de ser o município de moradia do trabalhador, bem como, a digitação dos dados das fichas de notificação e investigação que devem ser realizadas pelo município notificador. Após a devida alimentação do sistema, os dados das fichas de notificação deverão ser processados logo que o caso seja identificado, sendo seguido da alimentação dos dados complementares ao caso, ou seja, da investigação que tem o prazo de 15 dias para ser alimentado. A edição de dados ou complementação destes, apenas pode ser realizada pelo município de moradia⁸.

Observa-se que ainda que os acidentes de trabalho sejam de notificação compulsória, ou seja, obrigatória, não existe

um fluxo bem definido de troca de informações entre os municípios envolvido. Quanto às notificações realizadas por cada município grande parte dos acidentes foram notificados em municípios que possuem hospitais, haja visto que existe a possibilidade de que a procura do trabalhador vítima de acidente de trabalho grave seja mais evidente no ambiente hospitalar, conforme demonstrado em estudo realizado no estado do Paraná, 40,5% necessitaram de tratamento em ambiente hospitalar⁹.

Observa-se, portanto, que o município que mais notificou os acidentes de trabalho na macrorregião sul catarinense foi Criciúma, considerando que é o município com maior População Economicamente Ativa Ocupada (PEAO) e também referência em atendimento hospitalar para a região, pois possui 3 unidades hospitalares e uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), além de possuir Centro de Referência em Saúde do Trabalhador-CEREST¹⁰.

Ao considerar o sexo dos indivíduos acometidos, percebe-se que houve predomínio de ocorrência de acidentes de trabalho graves na população masculina, de cor branca, com escolaridade ensino médio completo.

A história da imigração do Sul do país, incluindo o estado de Santa Catarina, condiciona de forma marcada a um predomínio da raça branca entre os acidentes de trabalho notificados no SINAN no período, corroborando com o estudo de Scussiato et. al¹¹, que descreveu que no período de 2007 a 2010, a população branca que sofreu acidentes de trabalho no estado do Paraná era de 70,3%. Ressaltando que este dado é reflexo do próprio extrato populacional e suas representações sociais, geográfica e a distribuição dessa característica. A título de exemplo, quando comparada esta população trabalhadora à do estado da Bahia, por exemplo, no qual a predominância é de raça negra. Segundo dados do IBGE do último censo de 2010, em Santa Catarina 83,9% da população é branca, 12,6% parda, 2,9% preta, 0,4% amarela, e 0,3%

indígena (IBGE, 2010) corroborando com os dados desta pesquisa.

Estudo realizado em Santa Catarina no período de 2008 a 2017, descreveu que a maioria dos acidentes ocorridos no setor têxtil, por exemplo, ocorreram com homens, embora o setor empregue mais da metade de mulheres. Isso deve-se ao fato de os homens desenvolverem atividades que envolvam mais maquinários, enquanto as mulheres desenvolviam atividades mais manuais¹².

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra de 2017, descreve que no quesito raça/cor, segundo na Política Nacional de Saúde de 2013, acidentes de trabalho no Brasil em indivíduos de 18 anos ou mais, predominaram homens, sendo 4,6% pretos, 3,7% pardos e 2,9% brancos¹³. No entanto, vale ressaltar, que as características regionais e populacionais exercem influência nestes cenários de estado para estado.

Em estudo realizado sobre acidentes de trabalho, quanto a escolaridade, descreve que houve predomínio de acidentes de trabalho em indivíduos com ensino médio 21,5%, demonstrando relação com os dados encontrados nesta pesquisa que foram de 30,38% de acidentes com escolaridade em nível médio na macrorregião estudada¹⁴.

Quando analisados dentro de um contexto mais regionalizado, percebe-se que a ocupação de Trabalhadores da extração de minerais sólidos, registrou no período, 52 acidentes de trabalho graves. No entanto, o contingente de trabalhadores nessa função específica é pequeno em comparação a outros ramos produtivos. Na Turquia, em 2013, quando analisados os acidentes de trabalho, em grupos considerados mais perigosos como a mineração e construção, a razão de chance de ocorrência de acidentes foi de 4,81 e 2,35, sendo muito mais elevado que em ambientes considerados nem tão perigosos, como escritório por exemplo¹⁵.

Um estudo descreve que os trabalhadores da construção civil percebem no dia a dia os riscos desta atividade num aprendizado empírico, elucidado também pelo

risco de queda e que muitos referiram já terem testemunhado acidentes fatais e graves. No entanto, identificam que os riscos não são eliminados totalmente e que a utilização de equipamentos de proteção individual não previne totalmente a ocorrência de acidentes, além de trazer uma certa limitação e dificultar a realização de algumas tarefas¹⁶.

A ficha do SINAN dispõe de 13 opções para o preenchimento da situação no mercado do trabalho, sendo fundamental que o preenchimento seja relacionado à ocupação do momento do acidente, sendo: Empregado registrado com carteira assinada, Empregado não registrado, Autônomo/ conta própria, Servidor público estatutário, Servidor público celetista, Aposentado, Desempregado, Trabalho temporário, Cooperativado, Trabalhador avulso, Empregador, Outros e Ignorado, sendo possível observar maior prevalência de trabalhadores com registro em carteira assinada, totalizando 70,1% de todas as notificações no ano de 2019¹⁷.

Quanto à situação trabalhista, a maioria dos indivíduos apresentou regime de trabalho com carteira assinada, ou seja, trabalhadores cuja contratação é feita pela Consolidação das Leis do Trabalho-CLT. Na Bahia, no período de 2007 a 2012, 27% dos acidentes de trabalho grave ocorreram em indivíduos que atuavam por conta própria¹⁸.

Na macrorregião sul, os acidentes de trabalho grave em autônomos ou por conta própria foram de 14,7% no ano de 2019, demonstrando um leve aumento se comparado com o ano anterior que era de 13,8%. No período do estudo, 375 trabalhadores eram autônomo/conta própria, equivalendo a 16,4%; 153 empregados, equivalendo a 6,7% e 36 trabalhadores avulsos que representam 1,57%.

O trabalho autônomo, tende a ser realizado em ambientes improvisados, expondo por vezes sua família a riscos e perigos à saúde, além de serem desprotegidos do ponto de vista trabalhista e previdenciário. Importante ressaltar que a cobertura previdenciária a qual o trabalhador tem direito em caso de contribui-

ção, é bastante variável no país, considerando os índices de formalidade e taxas de emprego e desemprego¹⁹.

Esta pesquisa demonstrou que na macrorregião sul de Santa Catarina, esse dado quase não é preenchido na ficha de investigação do SINAN, sendo que 2.046 (89,6%) deste campo não foi informado, o que dificulta bastante a análise epidemiológica, principalmente tratando-se de base de dados tão vasta e que abrange uma macrorregião de 45 municípios.

A pesquisa encontrou 1.587 acidentes de trabalho em todo o período que eram empregados registrados com carteira assinada, no entanto, apenas 350 Comunicações de Acidente de Trabalho - CAT foram registradas, que equivalem a 22,05%. Destes, 900 descritos como "Ignorado", que equivalem a 56,7%. A opção "Não se aplica" foram 37, que equivalem a 2,33%, preenchidos como "Não" foram 299, que equivalem a 18,8%. Observa-se um índice pequeno de preenchimento deste campo, dificultando a completude da ficha e análises mais aprofundadas deste recorte específico de informações.

Cavalcante (2016), descreve a importância da emissão da CAT enquanto dado que torna público a existência dos acidentes pelas empresas e que os trabalhadores temem perder seus empregos, embora quando afastados pelo benefício de auxílio doença, ainda recebam 91% do salário de contribuição, motivando-os a não buscarem pela CAT.

Embora este estudo não demonstre um número elevado de trabalho terceirizado, é necessário questionar a qualidade do preenchimento das investigações. O profissional de saúde sabe diferenciar trabalho direto de trabalho terceirizado? Há conhecimento suficiente sobre isso? Além disso, é importante ressaltar que, sendo a terceirização uma situação que torna o trabalhador mais vulnerável aos riscos a acidentes de trabalho, este dado epidemiológico serve para realizar uma análise mais aprofundada sobre o real cenário em que os trabalhadores se encontram.

O município de moradia não repre-

senta necessariamente o mesmo município de ocorrência do acidente, ou pouco, significa ser onde está localizada a empresa ou local de vínculo laboral, nos casos de acidentes típicos ocorridos nas dependências destas. Por vezes, o município de ocorrência pode ser o mesmo de moradia, no entanto essa informação é importante para identificar onde ocorreu o acidente propriamente dito, no caso de acidentes ocorridos na instalação do contratante, no intuito de desencadear alerta para a atuação da equipe de Vigilância em Saúde.

Embora a saúde do trabalhador esteja descrita em protocolo, ela sequer é citada na lei que implementa a Rede de Assistência à Saúde, de 2010 forma clara, sendo definida como uma espécie de arranjo organizativo de ações e serviços de saúde, de forma a garantir a integralidade do cuidado do indivíduo²⁰. De forma subjetiva entende-se que a saúde do trabalhador esteja inserida de forma não tão clara, o que não permite a integração entre as diversas áreas da rede de assistência, que inclui desde a atenção básica, especialidades e atendimento hospitalar.

O trabalho em si, faz parte da organização social das pessoas, sendo um dos determinantes das condições de saúde de uma população. Desta forma, é tão importante a interlocução entre os envolvidos de forma a mapear os condicionantes dos acidentes de trabalho de maneira regionalizada²⁰.

O tipo de acidente mais frequente foi o típico, com 1.918 acidentes, que representam 83,8% da amostra, seguido pelo acidente de trajeto com 339 que equivalem a 14,8% e a opção ignorado foram 31 acidentes, sendo 1,4% da população em estudo.

A Classificação Internacional de Doenças - CID de causa do acidente Cid 10, inclui o grupo que vai de V01 a Y98. Todos foram descritos conforme o código constante no banco de dados. Este dado permite verificar o que causou o acidente de trabalho grave.

Embora a classificação descreva de forma metodológica e cientificamente

aceita, para análise mais aprofundada da causa do acidente em si é necessário compreender de forma clara como este ocorreu, sendo possível por meio do campo de informações complementares e Descrição sumária de como ocorreu o acidente/ atividade/ causas/ condições/ objeto/ agentes que concorreram direta ou indiretamente para a ocorrência do acidente.

Local de ocorrência, instalações do contratante, onde 1.525 acidentes de trabalho grave ocorreram que equivale a 66,6%, seguido por via pública, que foram 389 acidentes que equivalem a 17%; acidentes típicos foram 1.918, que equivalem a 83,8%, seguido pelo acidente de trajeto, 339 que equivalem a 14,8%.

Com relação ao CID da causa, foi possível identificar aqueles mais frequentes: Contato com outras máquinas e com as não específicas (532 -23,3%); Impacto causado por objeto lançado, projetado ou em queda (339 -14,8%); Apertado, colhido, comprimido ou esmagado dentro de ou entre objetos (160 -7,0%); Motociclista traumatizado em colisão com um automóvel [carro], "pickup" ou caminhonete (97 -4,2%); Queda de ou para fora de edifícios ou outras estruturas (76 -3,3%); Outras quedas de um nível a outro (73 -3,2%); Queda no mesmo nível por escorregão, tropeção ou passos em falsos (69 -3,0%); Queda em ou de um andaime (56 -2,4%).

É relevante destacar que do total de notificações, 805 campos de observação não foram preenchidos, ou seja, sem descrição do ocorrido, o que pode dificultar uma análise mais minuciosa dos eventos acidentários nesta perspectiva.

A ficha de investigação do SINAN possibilita preencher diversas partes do corpo que foram atingidas durante o acidente de trabalho grave, sendo dividida em três seções.

Na análise foi possível verificar que as partes primárias mais atingidas foram: Mão (931 - 40,7%); Membro superior (354 - 15,5%); Membro inferior (260 - 11,4%); Pé (243 - 10,6%). Partes secundárias mais atingidas: Ignorado (1.892 - 82,7%); Outro (171 - 7,5%); Membro

inferior (106 -4,6%) e Membro superior (102 - 4,5%). Parte do corpo terciária: Ignorado (2.103-91,9%); Membro superior (31 -1,4%) e Membro inferior (29-1,3%).

Em estudo retrospectivo descritivo, realizado no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP), no ano de 2000, envolvendo dados sobre acidentes envolvendo mãos, do total de casos de traumatismos, 27,6% foram referentes aos traumas de mãos. Dos casos ligados à Ortopedia e Traumatologia, a incidência de acidentes na mão correspondeu a 42,5%, sendo 24% de profissionais de nível técnico que lidavam com ferramentas, como marceneiros, carpinteiros, mecânicos e pedreiros²¹.

Quanto ao CID da lesão foi possível identificar aqueles que mais ocorreram: Fratura ao nível do punho e da mão (416-18,2%) foi a mais frequente, inclusive demonstrando aumento ao longo do período, seguido de Amputação traumática ao nível de punho e de mão (255-11,1%); Fratura do pé(exceto tornozelo) (159-6,9%); Fratura da perna, incluindo tornozelo (136 - 5,9%); Ferimento de punho e da mão (131-5,7%); Fratura de antebraço (116-5,1%).

Quanto à evolução dos casos, foi possível identificar que a grande maioria, foi de incapacidade temporária (1669-72,9%), seguida por incapacidade parcial permanente (195-8,5%), cura (194-8,5%) e ignorado (109-4,8%).

No período de 2012 a 2019, as cidades de Criciúma com 174,4 milhões de reais, Araranguá 43,2(mi) e Tubarão 134,1(mi), juntas somaram um custo de 351,7 milhões entre os benefícios de Auxílio-doença por acidente de trabalho (B91) e Auxílio-doença por acidente de trabalho (B91). De acordo com o Observatório Digital de Saúde e Segurança no Trabalho, do Ministério Público do Trabalho-MPT²⁰.

Vale ressaltar que o financiamento da seguridade social é integrado entre os poderes públicos e da sociedade, de forma a garantir os direitos referentes à assistência

social, à previdência em si e à saúde, conforme disposto no artigo 194 da Constituição Federal de 1988²². Desta forma, é importante enfatizar que os “gastos” com benefícios advindos dos acidentes de trabalho, é financiado pelo coletivo, ou seja, toda a sociedade paga a conta.

Quanto à emissão de CAT, vale ressaltar que de acordo com a tabela 5, foram identificados 1.586 acidentes de trabalho graves nos quais os trabalhadores eram registrados com carteira assinada(69,3%), no entanto, quando analisada a emissão da Comunicação de Acidente de Trabalho- CAT, observa-se que 1.237 casos tiveram a opção Ignorado, ou seja, 54,1% deste campo foi assinalado, o que entende-se que não houve busca por essa informação pelo profissional que preencheu a ficha de investigação do SINAN. A opção: “não se aplica” (129) equivalendo a 5,6%. Outro dado relevante, foi que 533(23,2%) dos trabalhadores não tiveram a CAT emitida, apenas 389(17%) foram assinalados como “sim”, ou seja, tiveram acesso à CAT.

De acordo com a Lei 8.213 de 1991, que dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras Providências, em seu artigo 22 descreve que a empresa ou empregador doméstico deve comunicar o acidente de trabalho à Previdência Social até o primeiro dia útil ao da ocorrência, e em caso de morte imediatamente à autoridade competente²³.

Dos 45 municípios que compõem a macrorregião sul de Santa Catarina, apenas 32 municípios responderam ao questionário. Apenas 21 municípios encaminham à vigilância sanitária municipal os casos de acidentes de trabalho graves e fatais, sendo 65,6%, destes, apenas 17 municípios que equivalem a 53,1%, referiram realizar ações de intervenção por parte da vigilância sanitária. Vale ressaltar que dadas as devidas proporções, cada município deve planejar ações de vigilâncias, pautadas nas diretrizes já estabelecidas pelo Ministério da Saúde e seus documentos norteadores.

A atenção às condições organizacionais e da perspectiva da operação prática

dos trabalhadores em seus contextos é essencial²⁴. Estudo realizado no ano de 2020 no mesmo estado de SC, demonstrou que há uma escassez de planejamento nas vigilâncias sanitárias em relação à saúde do trabalhador, onde apenas 8,9% dos fiscais do estado de Santa Catarina referiram desenvolver ações de vigilância em saúde do trabalhador de forma rotineira, ou seja, planejada²⁵. Na prática, observa-se a alimentação dos dados dos sistemas de informação apenas como uma obrigação imposta pelas portarias ministeriais, sendo realizada por profissionais, usualmente não capacitados, e com ínfima capacidade de análise dos dados.

Algumas das dificuldades pelos profissionais foram: a situação atual de pandemia, dificuldade de acesso nas empresas, dificuldade quanto ao preenchimento da ficha de investigação por parte dos profissionais do hospital, comunicação ao técnico de segurança do trabalho do município, não haver casos de óbitos por acidentes fatais até o momento no município e a realização de notificação pelos hospitais.

Observa-se que na ocorrência de acidentes de trabalho graves, existe a necessidade urgente de medidas de melhorias nas diversas dimensões dos ambientes de trabalho²⁴. Embora algumas vigilâncias executem ações na tentativa de mitigar os danos causados pelos acidentes, não há um fluxo bem definido de ações a serem realizadas por estas, ou quais ações devem ser realizadas.

No estado do Paraná, por exemplo, quando o acidente de trabalho grave é identificado no ambiente hospitalar, este deve iniciar a notificação utilizando-se da ficha de notificação de acidente de trabalho grave do SINAN, após isso a vigilância sanitária local que tem acesso a essa informação, iniciará a investigação do evento, sendo elaborado um relatório técnico descrevendo a ocorrência e as medidas efetivadas ou necessárias de efetivação no ambiente de trabalho onde ocorreu o acidente. Após essa ação, a Regional de Saúde ou o CEREST fazem uma avaliação das informações constantes no rela-

tório concluindo a investigação e a notificação para estabelecimento da relação do ocorrido com o trabalho¹⁰.

As ações de VISAT pelas vigilâncias municipais com apoio do CEREST, parece ser o caminho para a incorporação dessas ações, no entanto, faz-se necessário que os fiscais também detenham o conhecimento necessário para atuar nesta área, devido à complexidade que envolve os diversos tipos de ambientes de trabalho. Os autores Madeira e Longen (2020) destacam que o matriciamento em saúde é uma boa alternativa para o suporte técnico, haja vista que já existem experiências que demonstraram que a Atenção Básica possui grande potencial para identificar em seu cotidiano as necessidades dos trabalhadores²⁵.

Em estudo realizado acerca do conhecimento dos profissionais da atenção primária à saúde, objetivou-se identificar o conhecimento acerca do processo de vigilância em saúde, sendo que a VISAT foi a menos citada. Apenas ações de Medicina do Trabalho e de Saúde ocupacional foram descritas, em prejuízo às ações de saúde do trabalhador enquanto política pública já existente, o que pôde demonstrar que ainda existe falta de conhecimento dos profissionais de saúde acerca das estratégias de vigilância em saúde como um todo^{25,26}.

A Vigilância em Saúde engloba diversos atores dentro da Rede de Atenção à Saúde, sendo um dos pilares a vigilância epidemiológica, que é definida como um conjunto de ações para conhecer, detectar e prevenir mudanças nos fatores determinantes e condicionantes da saúde, seja ela, individual ou coletiva. Assim,

a produção e a análise das informações são essenciais para subsidiar o monitoramento epidemiológico de um município ou região, sendo necessária definição de prioridades para a realização de ações em saúde, além de avaliar as intervenções de maneira metodológica^{5,27}.

As intervenções em saúde do trabalhador devem buscar a transformação dos locais de trabalho, no sentido de torná-los promotores de saúde, e não de adoecimento e morte, além de garantir a atenção integral à saúde dos trabalhadores, considerando sua inserção nos processos produtivos^{5,27,28}.

Na prática cotidiana, a saúde do trabalhador no SUS, ainda enfrenta diversos desafios, dentre os quais, o fator “recursos humanos”, no que se poderia nominar de fator humano, se destaca como elemento essencial para mudanças de paradigmas. A exemplo do CEREST da região sul de Santa Catarina, que aos poucos veio sendo desmantelado ao longo dos anos, mesmo após o recebimento de diversos recursos financeiros e justificativa de sua importância reconhecida inclusive nas mais altas instâncias junto a órgãos da área nos níveis regionais, estadual e nacional, por realizar projetos e trabalhos que beneficiaram e beneficiam, diretamente e indiretamente centenas de trabalhadores formais e informais.

CONCLUSÃO

Através dessa pesquisa foi possível perceber que na macrorregião sul de Santa Catarina, o CNAE quase não é preenchido na ficha de investigação do SINAN, sendo que 2.046 (89,4%) deste campo

não foram informados, o que dificulta de forma considerável a análise epidemiológica, especialmente destacando envolver uma base de dados tão vasta e que abranje uma macrorregião de 45 municípios.

Considerando os dados encontrados quanto à causa, tipo de lesão e evolução dos casos, é possível afirmar que ainda necessitamos de ampla vigilância nos ambientes de trabalho, principalmente quando diz respeito à proteção de maquinários e a capacitação dos trabalhadores para o manuseio destas. Bem como, as ações de vigilância devem ser fortalecidas na construção civil, seja ela indústria, ou trabalhadores avulsos/autônomos. Para isso é necessário o matriciamento em Saúde do Trabalhador com envolvimento da Atenção Primária à Saúde. Devido ao número elevado de não emissão da CAT, compreende-se a necessidade de capacitação contínua dos profissionais de saúde para notificar e investigar os acidentes de trabalho graves e fatais, de modo a preencher os documentos da maneira mais fidedigna e correta possível, além de orientar o trabalhador pela busca do direito social garantido pela emissão da Comunicação de Acidente de Trabalho, acompanhando o desfecho individual de cada caso.

Infelizmente, ficou constatado por meio deste estudo, que embora a saúde do trabalhador já tenha feito muitos avanços ao longo dos anos, ainda há muito que se alcançar. Principalmente quando não há uma interação entre as vigilâncias o que dificulta a realização de ações voltadas aos aspectos condicionantes e determinantes dos acidentes de trabalho graves e fatais que são em sua maioria evitáveis.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Presidência da República. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm Acesso em 1 de julho de 2020.

2. BRASIL. Portaria nº 2437 de 07 de dezembro de 2005. Dispõe sobre a ampliação e o fortalecimento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador - RENAST no Sistema Único de Saúde - SUS e dá outras providências. BRASÍLIA, DF. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2437_07_12_2005.html Acesso em 12 de julho de 2020.

3. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 104 de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Disponível em:
4. BRASIL. Portaria nº 1823, de 23 de agosto de 2012. Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. BRASÍLIA, DF. Disponível em: http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html. Acesso em 12 de julho de 2020.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de atenção básica nº 41. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/cadernob_saude_do_trabalhador.pdf. Acesso em 20 de julho de 2020.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Notificação de acidentes de trabalho fatais, graves e com crianças e adolescentes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: https://bvmsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/06_0442_M.pdf. Acesso em 12 de julho de 2020.
7. BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde. Diretoria de Vigilância e Atenção à Saúde do Trabalhador. Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador. Guia para Análise da Situação de Saúde do Trabalhador – SUS/Bahia. Organizado por Eliane Cardoso Sales e Joselita Cássia Lopes Ramos. SESAB/ SUVISA/DIVAST/CESAT - Salvador: DIVAST, 2014. Disponível em: <https://renastonline.ensp.fiocruz.br/recursos/guia-analise-situacao-saude-trabalhador>. Acesso em 10 de julho de 2020.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN: normas e rotinas / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_informacao_agravos_notificacao_sinan.pdf. Acesso em 12 de julho de 2020.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Manual de Instruções para o preenchimento da Declaração de Óbito – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/Sistema_Informacao/Sim/Manual_Instr_Preench_DO_2011_jan.pdf. Acesso em 15 de julho de 2020.
10. SCUSSIATO, et al. Perfil epidemiológico dos acidentes de trabalho graves no estado do Paraná, Brasil, 2007 a 2010. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, 22(4):621-630, out-dez 2013. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v22n4/v22n4a08.pdf>. Acesso em 10 de julho de 2021.
11. BRASIL. Ministério do Trabalho. Classificação Brasileira de Ocupações - 2020. Disponível em: <http://www.mtebo.gov.br/cbosite/pages/informacoesGerais.jsf>. Acesso em 10 de julho de 2021.
12. SCUSSIATO, L. A. Caracterização dos acidentes de trabalho graves no Estado do Paraná: uma contribuição da enfermagem / Louise Aracema Scussiato – Curitiba, 2012. Disponível em: <http://www.ppgenf.ufpr.br/Dissertao%3%A7%3%A3o%3A%20LOUISESCUSSIATO.pdf>. Acesso em 10 de maio de 2021.
13. MENEGON, L. S. et al. Mortality from occupational accidents in Brazil: temporal trend analysis, 2006–2015. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional* [online]. 2021, v. 46. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbso/a/yqfTRqkFCND3MdkqgNPV5pw/abstract/?lang=en>. Acesso em 20 de novembro de 2021.
14. BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS – 3. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvmsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra_3d.pdf. Acesso em 20 de novembro de 2021.
15. ÖZDEMİR, M. SAVE, D. Self-reported occupational accidents and affecting factors among the adult population. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional* [online]. 2020, v. 28, n. 4, pp. 1193-1202. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadabto/a/5zLhy54tcjMnWqW-FJVGssKk/?lang=en>. Acesso em 15 de novembro de 2021.
16. TAKAHASHI, M. A. B. C. et al. Precarização do trabalho e risco de acidentes na construção civil: um estudo com base na Análise Coletiva do Trabalho (ACT). *Saúde e Sociedade* [online]. 2012, v. 21, n. 4, pp. 976-988. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/zXtVTN9pMdlTwCNxFbGypQw/abstract/?lang=pt>. Acesso em 20 de novembro de 2021.
17. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 204 de 17 de fevereiro de 2016. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Disponível em: https://bvmsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0204_17_02_2016.html. Acesso em 20 de julho de 2020.
18. SILVA, A. R.; ARAÚJO, T. M. Acidentes de trabalho graves no estado da Bahia no período de 2007 a 2012. *Revista Baiana de Saúde Pública*, [S.l.], v. 40, set. 2017. ISSN 2318-2660. Disponível em: <http://www.rbbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/2694>. Acesso em 12 de julho de 2020.
19. BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/sc.html>. Acesso em: 22 de julho de 2020.
20. BRASIL. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf. Acesso em 24 de novembro de 2021.
21. FONSECA, M. C. R. et al. Traumas da mão: estudo retrospectivo. *Revista Brasileira de Ortopedia*. 2006;41(5):181-6. Disponível em: <http://rbo.org.br/detalhes/1070/pt-BR/traumas-da-mao--estudo-retrospectivo>. Acesso em 20 de novembro de 2021.
22. BRASIL. Constituição Federal de 1988. Artigo 194. BRASÍLIA, DF. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 15 de novembro de 2021.
23. BRASIL. Lei nº 8.213 de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8213cons.htm. Acesso em 20 de novembro de 2021.
24. NOWASKI, L.; JUSTO, TS; MADEIRA, K; LONGEN, Willians C. Regulações Psicofisiológicas e os Aspectos Ergonômicos do Trabalho em um Horto Florestal Universitário. *INOVA SAÚDE*, v. 13, 2023.p.13-22.
25. MADEIRA, S. F; LONGEN, WC. Avaliação das ações de vigilância em saúde do trabalhador e a percepção dos fiscais das vigilâncias sanitárias municipais de Santa Catarina sobre as formações na área. Dissertação de Mestrado. Universidade do Extremo Sul Catarinense-UNESC - Criciúma/SC, 2020.
26. IVANCKO, G.M. et al. Estratégia Saúde da Família e Vigilância em Saúde: conhecimento de médicos de família e comunidade sobre Vigilância Sanitária, Vigilância em Saúde Ambiental e Vigilância em Saúde do Trabalhador. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2021;16(43):2733. Disponível em: <https://rbmf.org.br/rbmf/article/view/2733>. Acesso em 12 de agosto de 2021.
27. LONGEN, WC. Saúde do Trabalhador na Atenção Primária. Material Didático Instrucional. Curso de Pós-Graduação em Saúde Pública e Atenção Primária à Saúde. Universidade do Extremo Sul Catarinense-UNESC. 2021.
28. AMORIM, L. A. et al. Vigilância em Saúde do Trabalhador na Atenção Básica: aprendizagens com as equipes de Saúde da Família de João Pessoa, Paraíba, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S.l.], v. 22, n. 10, p.3403-3413, out. 2017. *Fap UNIFESP (SCIELO)*. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320172210.17532017>. Acesso em: 10 de julho de 2020.