UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM

**CONSEQUÊNCIAS ECONÔMICAS COM ACIDENTES DE
TRABALHO: REALIDADE DO MUNICÍPIO DE PIRACICABA**

SÃO PAULO

2016

CLÉRIA DA SILVA MARINHO

CONSEQUÊNCIAS ECONÔMICAS COM ACIDENTES DE TRABALHO: REALIDADE DO
MUNICÍPIO DE PIRACICABA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da EEUSP da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestra em Ciências.

Area de concentração: Cuidados em Saúde

Orientadora: Prof^a Dr^a Sayuri Tanaka Maeda

São Paulo

2016

AUTORIZO A REPRODUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO,
POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS
DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____ Data ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)

Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Marinho, Cléria da Silva

Consequências econômicas em saúde com acidentes de trabalho:
realidade do município de Piracicaba. / Cléria da Silva Marinho. – São
Paulo, 2016.

100 p.

Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade
de São Paulo.

Orientadora: Profa. Dra. Sayuri Tanaka Maeda

Área de concentração: Cuidados em Saúde

1. Saúde ocupacional. 2. Acidentes de trabalho. 3. Gastos em
saúde. 4. Enfermagem I. Título.

Nome: Cléria da Silva Marinho

Título: Consequências econômicas com Acidentes de Trabalho: Realidade do Município de Piracicaba.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestra em Ciências.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof^a. Dr^a. Ana Maria Chiesa Instituição: EE-USP

Julgamento:_____ Assinatura:_____

Prof^o. Dr^o. Rodolfo de Andrade Gouveia Vilela. Instituição: FSP-USP

Julgamento:_____ Assinatura:_____

Prof^a. Dr^a. Vilma Santana. Instituição: Universidade Federal da Bahia

Julgamento:_____ Assinatura:_____

DEDICATÓRIA

A minha mãe, Laurentina (†28.05.2013), quem sempre me encorajou a seguir meus sonhos e a ouvir o coração nos momentos de decisão e orar se a indecisão fosse mais forte que a certeza. Ela que, sabiamente, me ensinou a não ter medo de errar, porque a vida não seria fácil e que, o que não aconteceu, é porque não era para ser. Mas sem desistir, levantar a cabeça e seguir em frente.

Ela e meu pai, Manoel, a quem também dedico o presente, que abriram mão de ter os filhos no ninho e de tantas outras coisas, para investir na educação deles, vê-los formados, independentes e donos das próprias vidas. Estamos tentando...

Mãe e Pai,

Gratidão e amor eternos.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, a Deus por estar aqui, pelas conquistas e desafios de todos os dias....

Aos meus pais, Manoel e Laurentina, pelo que sou e onde estou, muito devo a vocês...

Ao meu irmão José e às irmãs Célia e Celma, que me incentivaram e apoiaram nessa caminhada...

Aos meus sobrinhos Giovanna e Nathan, que me tiram um sorriso de felicidade só pelo fato de saber que vocês existem...

A professora e orientadora Sayuri, por ter sido tão competente facilitadora desse processo e pela parceria...

As minhas companheiras de residências, Kellen, Ana e Mari, que acompanharam esse processo, por todo incentivo e bons momentos...

Aos colegas de pós-graduação da EEUSP com quem compartilhei toda intensidade desse momento de vida e de construção...

Aos amigos e colegas da pós-graduação e professores, dessa Universidade, nos diversos campi, com quem tive bons momentos de confraternização, aprendizado, lutas e momentos de alegria...

A professora Cristina Lee, EACH, pelo aprendizado, carinho, potentes caronas, momentos esses de muita troca e por me receber de braços abertos em seu lar....

Aos potentes encontros desses últimos dois anos, com mulheres incríveis, que me foi tão salutar...

A Mozart, que torna meus dias mais leves, com carinho, incentivo e café...

Aos meus amigos, os de longe e perto, que em maior ou menor intensidade têm participado com todo afeto...

Agradeço aos facilitadores dessa pesquisa:

Profissionais do CEREST Piracicaba que tanto contribuíram no processo de coleta, fosse no acesso aos dados ou na interlocução com cada serviço....

Aos funcionários das áreas administrativas e profissionais dos Serviços de Saúde UPA, COT e dos Hospitais, sempre tão solícitos em todas as demandas para acesso aos dados...

Aos membros do Projeto Temático, quem em maior ou menor intensidade contribuíram nessa construção...

A Carol, que foi um braço direito na coleta de dados e sempre pronta a ajudar...

A cada um que de algum modo participou dessa jornada, fosse com uma palavra de incentivo, uma escuta, uma sugestão ou simplesmente por estar por perto...

Meu muito obrigada!

“Os trabalhadores produzem riqueza, aumentam a produção de bens, mas não podem consumi-los. Desenvolvem novas riquezas, mas são relegados à formação de um exército de reserva ou vivem as mazelas do trabalho precário. Mas, somente os trabalhadores serão capazes de ‘criar um mundo novo, revelar a nova vida, recordar que existe um limite, uma fronteira para tudo, menos para o sonho humano. ’ ”

Sebastião Salgado.

Marinho CS. Consequências econômicas com acidentes de trabalho: realidade do município de Piracicaba [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2016.

RESUMO

Objetivos: Caracterizar os perfis dos trabalhadores que sofreram AT; descrever o volume de gastos por nível de atenção na Rede SUS e Rede Privada; analisar a distribuição de gastos em AT por níveis de atenção da realidade local. **Metodologia:** estudo retrospectivo, exploratório e descritivo de natureza quantitativa. Baseou-se em dados secundários de registros de notificações de AT e em atendimentos realizados em estabelecimentos públicos e privados, de janeiro a dezembro de 2014. O universo foi de 8.953 notificações de AT após aplicação de critérios de exclusão. Delimitou-se uma amostra de 509 trabalhadores classificados em 165 leves, 173 moderados e 172 graves. Para coleta de dados utilizou-se um instrumento específico. As fontes de dados foram dois Sistemas de Informação Municipal, SIVAT e Olostech e base de dados DATASUS-SIH da Regional de Piracicaba; prontuários hospitalares, fichas de atendimento ambulatorial, Autorização de Internação hospitalar (AIH), folhas de faturamento da rede privada e planilhas de consolidação de gastos da rede de urgências e ambulatoriais da Secretaria Municipal de Saúde. O tratamento de dados foi realizado em Programa Excel e software SPSS 22. A análise de dados foi apoiada pela abordagem de intersectorialidade e do Sistema de proteção social. Resultados: 76,4% dos trabalhadores eram do sexo masculino e 23,6% mulheres. As principais ocupações envolvidas foram: ajudante geral, auxiliar de serviços gerais, operador de máquinas, atendente, auxiliar e técnico de enfermagem, motorista entre outras. Os ramos de atividade envolvidos com maior frequência foram: serviços (23,2%) metalurgia (22,6%), comércio (12,2%), indústria (10%) e construção civil (9,5%), sendo que 91,1% dos trabalhadores eram celetistas. Destes, 78,1% dos AT foram típicos, 20,5% no trajeto e 1,4% de doenças ocupacionais. Para a amostra, 573 atendimentos de urgência e emergência, 99 internações e 854 atendimentos ambulatoriais após alta hospitalar ou de retornos. O SUS foi responsável por 76,05% do total de atendimentos e a Rede Privada por 23,95. Os gastos, segundo amostra, distribuíram-se em: atendimentos de Urgência e Emergência - R\$ 62.929,86, de internações R\$ 426.078,02, e os ambulatoriais R\$ 70.981,40, o que totalizou R\$ 559.989,28. O SUS foi responsável por R\$ 239.867,33 e a Rede Privada por R\$ 320.121,95, a média de faturamento SUS foi de R\$ 1.939,08 e a Rede Privada, R\$ 10.300,11. Os AT graves somaram R\$ 484.340,00, moderados R\$ 48.889,43 e leves R\$ 26.759,86. A estimativa total de gastos no

Sistema de Saúde para 2014 foi de R\$ 9.849.642,95. As internações e os AT graves são os de maior impacto financeiro. Conclusão: o SUS desempenha papel preponderante nos três níveis de atenção, porém o determinante de gastos decorreu do valor das internações. Os trabalhadores mais expostos foram os homens, ocupações com atividades manuais de ramos industriais e serviços.

Palavras-chave: Saúde do Trabalhador, Acidentes do trabalho, Gastos em Saúde.

Marinho CS. Economical consequences in health concerning labor accidents: Piracicaba city reality [dissertation]. São Paulo (SP), Brasil: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2016.

ABSTRACT

Objectives: To characterize the profiles of the workers who suffered labor accidents; describe the amount spent by each level of attention in both Public and Private Health Services; analyze the expenditure distribution by attention levels in the local background. **Methodology:** prospective, explorative and descriptive study on the quantitative. It was based on secondary registration data of labor accident notifications in care taken at both public and private establishments, from January until December, 2014. The data spectrum was of 8,953 labor accident notifications, after criteria of exclusion took place. A limited sample of 509 workers classified in 165 light, 173 moderate and 172 severe accidents. For data collection, a specific instrument was used. The source of the data were two Municipal Information Systems, SIVAT and Olostech and DATASUS – SIH of the Region of Piracicaba; hospital forms, outpatient data, Authorization for Hospital Admission (AIH), billing sheets of the private network and spreadsheet for consolidation of the expenditure on the urgency and outpatient networks of the Municipal Health Secretary. The treatment of the data was performed by Excel and SPSS 22 software. The data analysis was supported by the intersectorial analysis and social protection system: 76.4% of the workers were male and 23.6% female. The main occupations involved were: general supporter, general services supporter, machine operator, auxiliaries and nurse technicians. The area of activities most involved were: services (23.2%), metallurgy (22.6%), commerce (12.2%), industry (10%) and civil construction (9.5%), being 91.1 of the workers contracted under the Labor Consolidation regime. Among these, 78.1 % of the Labor Accidents were typical, 20.5% during the course between home and workplace and 1.4% occupational diseases.. For the sample, 573 urgent and emergency, 99 admissions and 854 outpatient care were taken, after hospital liberation or returns. The Public Health System (SUS) was responsible for 76.05% of the total care and the private network, for 23.95%. The expenditure was, according to the sample, distributed as follows: Urgent and Emergency care – R\$ 62,929.86; admissions - R\$ 426,078.02 and outpatient care - R\$ 70,981.40, surmounting to R\$ 559,989.28. SUS was responsible for R\$ 239,867.33 and the Private Network for R\$ 320,121.95, the average income by SUS was R\$ 1,939.08 and by the Private Network, R\$ 10,300.11. The severe Labor Accidents summed R\$ 484,340.00, moderate R\$ 48,889.43 and

light R\$ 26,759.86. The total estimation of expenditure in the Health System for 2014 was of R\$ 9,849,642.95. The admissions and severe Labor Accidents present the biggest financial impact.

Conclusion: SUS plays a pivotal role in the three attention levels, but the determinant of the expenditure comes from the admission values. The most exposed workers were male, occupied with manual activities in both industrial and services sectors.

Keywords: Labor Health, Labor Accidents, Expenditure on Health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 –	Distribuição dos equipamentos dos serviços de saúde públicos e privados conveniados ao SUS.	27
Figura 2 -	Fluxograma orientador do percurso de coleta de dados.	38
Figura 3 -	Esquema de atendimentos recebidos por um trabalhador acidentado no município de Piracicaba.	69

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Distribuição da amostra por local de notificação e classificação de gravidade.	32
Tabela 2 -	Relação da amostra selecionada e perdas em cada classe de gravidade.	33
Tabela 3 -	Frequência de notificação de AT conforme sexo	46
Tabela 4 -	Relação de gravidade do AT conforme o ramo de atividade do trabalhador	51
Tabela 5 -	Frequência de AT por vínculo empregatício	52
Tabela 6 -	Frequência de AT por tipo de notificação	53
Tabela 7 -	Volume de atendimento à porta de entrada ao trabalhador-vítima de AT por serviço em 2014	56
Tabela 8 -	Relação do tipo de acidente com o evento internação	59
Tabela 9 -	Motivo de alta do trabalhador após internação hospitalar	60
Tabela 10 -	Frequência de retornos ambulatoriais por local de atendimento	61
Tabela 11 -	F Frequência de retornos ambulatoriais, conforme a gravidade do AT	62
Tabela 12 -	Relação de retornos ambulatoriais com internação de trabalhadores vítimas de AT	63
Tabela 13 -	Gastos totais por nível de atenção no município de Piracicaba nos anos de 2014	65
Tabela 14	Gastos totais por classe de gravidade do AT	68

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 -	Evolução histórica da frequência de AT no município de Piracicaba 2008-2013	26
Gráfico 2 -	Distribuição de trabalhadores que sofreram AT, conforme a ocupação	47
Gráfico 3 -	Distribuição de gravidade de AT por ocupação dos trabalhadores	49
Gráfico 4 -	Frequência de notificação por ramo de atividade	50
Gráfico 5 -	Relação do tipo de acidente notificado com a gravidade do AT	53
Gráfico 6 -	Distribuição de gravidade e tipo do AT por diagnósticos médicos	54
Gráfico 7 -	Relação da gravidade do acidente com o volume de atendimento por convênio prestador	57
Gráfico 8 -	Relação da gravidade de AT em Piracicaba com o evento internação	58
Gráfico 9 -	Frequências de internações por diagnóstico médico da lesão causada por AT	60
Gráfico 10 -	Relação do volume de atendimento prestado ao trabalhador atendido no município de Piracicaba e o Convênio Prestador do Serviço	64
Gráfico 11 -	Comparação entre o volume de atendimento e de gastos totais por Convênio Prestador do Serviço	67

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	17
1.1	Problema da Estudo.....	17
1.2	Acidentes de Trabalho (AT): conceito, organização e evolução no campo de Saúde do Trabalhador.....	19
1.3	Justificativa.....	21
2	OBJETIVOS.....	23
2.1	Objetiv Geral.....	23
2.2	Objetivos Específicos.....	23
3	PERCURSO METODOLÓGICO.....	24
3.1	Tipo e período do estudo.....	24
3.2	Aspectos Éticos.....	24
3.3	Local do estudo.....	24
3.4	População do estudo.....	29
3.5	Fonte de Dados.....	33
3.5.1	Sistemas de Informação.....	33
3.5.2	Busca documental.....	34
3.6	Instrumento e Coleta de dados.....	36
3.6.1	Instrumento.....	36
3.6.2	Coleta de dados.....	38
3.7	Tratamento e análise dos dados.....	40
4	REFERENCIAL TEÓRICO.....	42
4.1	Sistema de proteção social.....	42

4.2	A intersectorialidade e a saúde do trabalhador.....	44
5	RESULTADOS.....	46
5.1	At - que trabalhadores são vítimas?.....	46
5.2	Que AT são esses?.....	52
5.3	Onde os trabalhadores foram atendidos?.....	55
5.4	Contas: quanto custa, quem paga?.....	64
5.5	Um caso para ilustrar a trajetória do trabalhador.....	68
6	DISCUSSÃO.....	72
7	CONCLUSÃO.....	84
7.1	Considerações finais.....	85
	REFERÊNCIAS.....	86
	ANEXOS.....	95
	APÊNDICES.....	96

1 INTRODUÇÃO

Este estudo está vinculado ao Projeto Temático **Acidente de trabalho: da análise sociotécnica à construção social de mudanças** – Processo N. 2012/04721-1 – FAPESP, coordenado pelo docente e pesquisador Rodolfo de Andrade Gouveia Vilela, do Departamento de Saúde Ambiental da Faculdade de Saúde Pública/USP.

Um dos subprojetos do referido estudo é a Atenção Integral aos Acidentados de Trabalho, cujo foco é analisar as consequências socioeconômicas ao acidentado e suas respectivas famílias.

Dimensionar o impacto financeiro no cuidado aos acidentados no âmbito do Sistema de Saúde, é o objetivo do presente estudo, decorrendo dele, intervenções como atendimentos ambulatoriais e internações hospitalares.

O capítulo introdutório será composto de subitens, abordando o trabalho e sua relação com a saúde, o campo da saúde do trabalhador e sua construção associada a marcos legais, finalizando com acidentes de trabalho (AT), sua realidade no mundo e no Brasil, além de uma abordagem relacionada aos gastos gerados por esse evento; justificativa e objeto de pesquisa, na sequência serão apresentados os objetivos e o percurso metodológico.

1.1 Problema do Estudo

Os AT constituem o maior problema de saúde relacionado ao trabalho, eles permanecem sendo notificados e são decorrentes de determinadas formas de produção e do modo como se organiza o processo de trabalho^{1,2,3,4}.

Os acidentes e doenças relacionadas ao trabalho impõem custos pesados às famílias, trabalhadores e à sociedade, problema para o qual este estudo se concentra^{4,5}. A seguir, os elevados índices de AT, como a ILO apresenta, são fatores preponderantes para o agravamento da situação.

No mundo, cerca de 160 milhões de pessoas têm alguma doença relacionada ao trabalho e o somatório de AT fatal e não fatal representa, aproximadamente, 270 milhões ao ano, considerando as subnotificações. Estima-se que os países desenvolvidos notificam 62% dos AT e os da América Latina e Caribe, apenas, 7,6% dos eventos⁵.

Em 2007 nos Estados Unidos da América (EUA) em 2007, foram registrados 8.564.619 AT não fatais o que somou um custo total de U\$ 45.950.000.000 e uma média de U\$ 5.369⁴.

No Brasil, de acordo com o Anuário Estatístico de AT (2013), da Previdência Social, foram registrados 717,911 AT, destes, apenas 15.226 eram doenças relacionadas ao trabalho. Desse total, 2.797 trabalhadores faleceram⁶.

Diante dessa realidade, a taxa de mortalidade brasileira de 6,53 por 100.000 trabalhadores segurados permanece elevada ao comparar a dos Estados Unidos da América que indica a incidência de 3,2 por 100 mil ao ano, mesmo considerando a existência de subnotificação de AT em nosso País⁷.

Além disso, no Brasil são escassos estudos sobre a gravidade de AT e suas consequências econômicas. Em 2004, com a abertura do Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN), a captação das notificações epidemiológicas de casos de AT com material biológico, acidentes graves, fatais, e ocorridos com menores de 18 anos, vem contribuindo para o sistema de vigilância⁸.

Entre 2008 e 2009, os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) estaduais, municipais e regionais notificaram 29.629 e 30.572 AT graves, respectivamente, nota-se um aumento do índice daqueles acidentes que geram maior impacto econômico e social, embora excluam desse cenário os Estados de São Paulo, Mato Grosso e Tocantins⁹. Só na construção civil, ramo de atividade com alta prevalência de AT, entre 2002 e 2006, foram 141.621 AT notificados, contabilizando, aproximadamente, 12 AT por hora trabalhada, em sua maioria acidentes típicos, 86%¹⁰.

Em 2007, apenas 20% de todos os casos de AT recebiam seguro, apesar do crescente número de afastamentos por incapacidade^{8;11}. Em 2012, 1.441.452 trabalhadores foram beneficiários de auxílio doença no País, destes, 57,5% estavam na faixa etária entre 20 e 49 anos, em que há maior concentração da População Economicamente Ativa (PEA)^{12,13}. Isso

representa um nicho social bastante demandante de políticas públicas e sistema de proteção que garantam sua condição de ator social na produção da saúde do trabalhador constitucionalmente conceituada.

A grande proporção de agravos à saúde dos trabalhadores e suas consequências econômicas ao orçamento da Seguridade Social representam um desafio às políticas públicas e demandam ações mais ampliadas e coordenadas do Estado^{14,15,16}. Além de fatores como, a baixa efetividade do sistema brasileiro de Saúde e Segurança do Trabalho, a deficiência de intervenções coordenadas de órgãos responsáveis por esse campo e a baixa difusão do conhecimento produzido nas universidades constituem também nós críticos que comprometem a melhoria das condições de trabalho e a redução dos índices de AT¹⁶.

Um fato concreto decorrente desse cenário é a precarização das relações de trabalho. No setor informal é crescente o número de ocupações, o que leva à diminuição da proteção no trabalho. A realidade agrava-se pela forma hegemônica na qual se pauta a análise dos AT no Brasil: culpabilizando a vítima e desresponsabilizando o empregador e o Estado¹⁷.

Dessa forma, a garantia do direito à saúde pelo trabalhador requer estratégias e mecanismos de proteção social frente ao cenário de precarização e precariedade do trabalho, agudizado pela relação capital-trabalho¹¹.

1.2 Acidentes de Trabalho (AT): conceito, organização e evolução no campo de Saúde do Trabalhador

Com a Constituição de 1988 e o advento do SUS, o AT é reconhecido como fenômeno socialmente determinado, previsível e prevenível, dadas as condições de trabalho que permeiam a maioria dos ambientes e os processos de trabalho em nosso País. Tal conceito atende ao princípio de universalidade, considerando AT aqueles ocorridos com qualquer trabalhador, independente da existência ou formalização de vínculo empregatício¹⁸. Desta forma, a visão do conjunto foi ampliada, rompendo a relação estrita empresa- trabalhador, incluindo os que exercem as atividades sem vínculos formais.

Vale ressaltar que a previdência social adota uma classificação própria para AT: típicos, de trajeto, doenças ocupacionais, acidentes com incapacidade temporária, incapacidade permanente e óbitos. Há uma escala de gravidade de traumas, Abbreviated Injury Scale (AIS)^a, a mais usada no mundo, porém, pelas características do presente estudo privilegiou-se a classificação adotada pelo CEREST Piracicaba que se encontra descrita na metodologia.

Sofrido um acidente, considerando o fator gravidade e suas consequências, dispor da cobertura de direitos sociais pelo estado, seria uma condição essencial e inerente à vítima, uma vez que asseguraria o acesso aos recursos da seguridade. Nesse âmbito, é importante assinalar a evolução normativa no que concerne ao campo de saúde do trabalhador.

Anterior à Constituição, a saúde dos trabalhadores era de responsabilidade do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) e do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), com tênue participação do Ministério da Saúde. Os serviços de medicina mantinham convênio com o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) que fazia os repasses orçamentários às prestadoras, dando cobertura apenas aos trabalhadores com carteira assinada^{19,20}.

Com o advento da Lei Orgânica da Saúde (LOS) nº 8.080/90^b, instituiu-se a saúde do trabalhador, definindo-a como um conjunto de atividades de vigilância epidemiológica e sanitária destinada à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, bem como a recuperação e reabilitação da saúde daqueles submetidos a riscos e agravos decorrentes das condições de trabalho. O Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011, que regulamentou a LOS, tornou claro os dispositivos de portas de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), para o atendimento de pessoas em razão de agravos relacionados à situação laboral²¹.

^a Gennarelli TA, Wodzin E. AIS 2005. A contemporary injury scale. *Injury*. 2006, 37(12): 1083-91

^b Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Lei Orgânica 8080 de 19 de setembro de 1990. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

Uma forma de concretização da proposta supracitada veio com a implantação dos CEREST normatizado pela Portaria GM nº 399/2006 do Pacto da Saúde, que também estabelece o financiamento da saúde do trabalhador²².

Os CEREST constituem uma unidade de atendimento especializado do SUS, de organização regional, vinculados à Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), conforme as Portarias nº 1.679/GM de 19 de setembro de 2002 e nº 2.437/GM de 7 de dezembro de 2005. Além de atender aos trabalhadores, associa-se à atribuição institucional de investigar se a doença ou sintoma guarda relação com a atividade exercida na origem do trabalho²³.

Como um esforço político, o governo federal lançou, em 2012, a Portaria nº 1.823, a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Esta Portaria reconhece a transversalidade das ações de saúde do trabalhador e o trabalho como um determinante no processo saúde-doença, enfatizando a promoção e a proteção da saúde do trabalhador¹².

1.3 Justificativa

É visível que acidentes de trabalho têm impacto negativo sobre o crescimento econômico e à sociedade, pois afetam aos fundos públicos, aos serviços de saúde e diversos grupos sociais, como: acionistas, empresas, seguramente aos próprios trabalhadores e seus familiares^{5, 24}.

Estima-se o custo global com acidentes de trabalho em US\$ 1,25 trilhões ao ano, o que significa 4% do PIB global, sem considerar as subnotificações²⁵.

No Brasil, os custos com acidentes de trabalho são pouco contabilizados e estima-se que o impacto sobre o Produto Interno Bruto (PIB) possa chegar a 10%⁸. Enquanto que investimento em saúde no Brasil, em 2011, chegou a um total de 8,9%, sendo 4,07% público e privado, 4,83%²⁶. Nesse cenário, é importante assinalar a concentração da maioria dos atendimentos a casos de AT no SUS, conforme será exposto nos parágrafos adiante.

Só na construção civil, um dos ramos de atividade que mais contribui para o cenário de ocorrência de AT, evidenciou gastos de 531,52 milhões de reais à Previdência Social e 274,06 milhões de custos privados, sendo estes custos impostos à sociedade¹⁰.

Nesse contexto sobre o SUS, um fato que merece destaque é ser o maior prestador de atendimento às vítimas de AT. Mais de 70% dos atendimentos concentraram-se na rede²⁷. O que justifica a importância do reconhecimento desses gastos que contribuem na visibilidade dos eventos preveníveis e, potencialmente, realocáveis para gerar ações políticas e educativas na promoção da saúde ambiental e segurança no processo de trabalho.

Em que pese a importância da rede SUS no atendimento, observa-se a persistência do volume de AT no contexto municipal de Piracicaba, conforme os dados do Gráfico 1, a seguir apresentam, o que reitera a visão dos estudiosos na perspectiva de construir uma relação mais factível no papel de estado regulador e interventivo no processo produtivo de atividades econômicas^{14,15}.

Desse modo, os AT geram custos, diretos ou indiretos. Os diretos ou sociais são os que incidem diretamente sobre o contribuinte, nos quais são necessários investimentos em educação, promoção e assistência médica ambulatorial e hospitalar, programas de reabilitação, assistência social e psicológica, perdas salariais, treinamento de substitutos aos acidentados, tributos trabalhistas, além da reparação de danos morais e psíquicos, tanto ao trabalhador como à família, dentre outros^{19,28}. O custo direto, aqui é o que se refere ao gasto com assistência à saúde, que se configura, como objeto de investigação deste estudo.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Avaliar a dimensão dos gastos SUS, decorrentes de AT no contexto do município de Piracicaba.

2.2 Objetivos Específicos

- a) Caracterizar os perfis dos trabalhadores que sofreram AT;
- b) Descrever o volume de gastos por nível de atenção na Rede SUS e Rede Privada;
- c) Analisar a distribuição de gastos em AT por níveis de atenção da realidade local.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 Tipo e período do estudo

Trata-se de um estudo retrospectivo, descritivo de natureza quantitativa, baseado em dados essencialmente secundários dos registros de notificações de acidentes de trabalho, atendimentos hospitalares e ambulatoriais de trabalhadores que sofreram acidente de trabalho no período entre janeiro e dezembro de 2014.

3.2 Aspectos Éticos

O presente estudo faz parte do Projeto Temático Acidente de trabalho: da análise sociotécnica à construção social de mudanças, que está aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da USP, Processo nº CAAE 11886113.5.0000.5421, OF. COEP/060/13 (Anexo 1).

3.3 Local do estudo

A definição do município de Piracicaba, como campo de pesquisa, está articulada ao desenvolvimento de projetos anteriores, que implementaram o sistema de vigilância em AT.

A estimativa da população do município para 2015, foi de 378.185 habitantes²⁹. O número de trabalhadores em atividade formal apresenta crescimento nos últimos anos, sendo que as atividades econômicas que mais empregam, são: indústria de transformação, serviços e comércio com 45.021, 42.216 e 30.002 postos de trabalho ocupados em 2013, respectivamente³⁰.

Piracicaba é núcleo Regional de Saúde, localizada na Diretoria Regional de Saúde X (DRS - X). Tem como principal órgão de representação da saúde do trabalhador o CEREST-Piracicaba, polo regional credenciado desde 2003, quando até então era instituído o Programa

de Saúde do Trabalhador. Desde 1997, o município dispõe de legislação própria com atribuição plena na realização de vigilância na saúde do trabalhador^c.

Desde então, o CEREST fortaleceu-se no Sistema de Vigilância de Saúde do Trabalhador (SIVAT). Desenvolveu em parceria com a academia projetos e pesquisas, estabelecendo parcerias com instituições públicas e privadas, com investimento na cobertura das notificações dos AT e na investigação dos AT graves com intervenções.

O SIVAT começou a operar em 2001, é um sistema de informação que agrega todas as ocorrências de AT no município, é alimentado pelo RAAT (Relatório de Atendimento ao Acidentado de Trabalho). Este é um instrumento que visa a reconhecer, comunicar e classificar a gravidade do AT, foi instituído nos serviços de urgência e emergência, pronto-atendimentos, ambulatorios de empresas dos setores públicos e privados por meio de um Decreto Municipal. Periodicamente, o serviço capacita os estabelecimentos quanto a seu preenchimento, cujos dados são enviados ao CEREST, que os compila e os alimenta³¹.

No RAAT, são adotadas as seguintes classificações: acidentes leves, moderados, graves e fatais. Os acidentes graves investigados pelo CEREST são considerados eventos-sentinel, propostos pela Portaria Ministerial nº 3.120/98, sugerindo intervenções no ambiente de trabalho com o uso de critérios epidemiológicos obtidos dos eventos mais graves e significativos³².

As informações que alimentam o SIVAT compreendem todos os acidentes de trabalho atendidos nos serviços de saúde do município, independente de fatores como: vínculo empregatício, local de residência ou sede de trabalho. Favoreceu a participação do poder público na promoção de ambientes de trabalho seguro, sendo esta uma das metas objetivadas quando de sua implantação. O sistema permite a sequência de atendimentos por datas e locais, gravidade, empresa vinculada, ramo de atividade, entre outras^{31,32}.

^c Lei Municipal nº 069/96 e [Decreto Regulamentador n.º 7493/97](#)

A seguir, os dados do Gráfico 1 apresentam a evolução histórica dos AT notificados no município, entre 2008 e 2013, dados extraídos do Boletim de AT, município de Piracicaba/2014^d:

Gráfico 1: Evolução histórica da frequência de AT no município de Piracicaba 2008-2013.

Fonte: Boletim de Acidentes de Trabalho de Piracicaba, Secretaria Municipal de Saúde, CEREST. Piracicaba nº 03 – janeiro/2014.

Pelos dados do gráfico, é possível observar que há uma persistência na frequência dos AT notificados, com breve variação entre os anos estudados 2008 e 2013, sendo de, aproximadamente, 6,06% para menos.

A origem desses dados foi dos serviços que em maior ou menor complexidade prestaram atendimento ao trabalhador que sofreu o acidente.

O município de Piracicaba dispõe em sua rede de serviços de saúde de diversos equipamentos que, durante a coleta de dados, foram identificados como prestadores de cuidados à saúde do trabalhador. Construiu-se um mapa com a disposição geográfica desses equipamentos para se ter uma ideia de sua distribuição espacial, para inclusive fornecer subsídios a análises posteriores.

^d Boletim de Acidentes de Trabalho de Piracicaba, Secretaria Municipal de Saúde, Cerest. Piracicaba nº 03 – janeiro/2014

Os equipamentos identificados nos dados da Figura 1 representam os da rede pública e privada conveniados ao SUS e que apareceram durante a pesquisa, como locais acessados pelos trabalhadores - vítimas de AT. São dois hospitais privados conveniados ao SUS, Piracicaba não possui Hospital Público, em sua rede de serviços tem: quatro Unidades de Pronto-Atendimento (UPA), um Centro de Ortopedia e Traumatologia (COT), os serviços especializados de nível ambulatorial são: um CEREST, uma Clínica de Olhos (especialidade em oftalmologia), um Centro de Especialidades Médicas (CEM), uma Policlínica, um Centro de Reabilitação em Fisioterapia, um Centro Especializado em Doenças infectocontagiosas (CEDIC), oito Centros de Referência da Atenção Básica (CRAB), 31 Unidades de Saúde da Família (USF) e 15 Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Figura 1: Distribuição dos equipamentos dos serviços de saúde públicos e privados conveniados ao SUS (Piracicaba 2015).

Legenda

1 - CEREST	35 - PSF IAA I
2 - CEDIC	36 - PSF IAA II
3 - Centro de Especialidades Médicas	37 - PSF Itapuã I
4 - Clínica de olhos	38 - PSF Itapuã II
5 - COT	39 - PSF Jaraguá I
6 - Fisioterapia	40 - PSF Jaraguá II
7 - UPA Piracicamirim	41 - PSF Jardim das Flores
8 - UPA Vila Cristina	42 - PSF Jardim Gilda
9 - UPA Vila Rezende	43 - PSF Jardim Oriente
10 - UPA Vila Sônia	44 - PSF Jardim Primavera
11 - Santa Casa	45 - PSF Jardim Vitória
12 - Hospital dos Fomecedores de Cana	46 - PSF Javari III
13 - CESIM	47 - PSF Kobayat Libano
14 - CRAB CECAP	48 - PSF Mário Dedini I
15 - CRAB Mário Dedini	49 - PSF Mário Dedini II
16 - CRAB Novo Horizonte	50 - PSF Monte Alegre
17 - CRAB Piracicamirim	51 - PSF Monte Libano I
18 - CRAB Santa Terezinha	52 - PSF Monte Libano II
19 - CRAB Vila Cristina	53 - PSF Paineiras
20 - CRAB Vila Rezende	54 - UBS Algodão
21 - CRAB Vila Sonia	55 - UBS Alvorada
22 - PSF Algodão	56 - UBS Ártemis
23 - PSF Astúrias	57 - UBS Caxambu
24 - PSF Boa Esperança I	58 - UBS Centro
25 - PSF Boa Esperança II	59 - UBS Esplanada
26 - PSF Bosque dos lenheiros I	60 - UBS Ibitiruna
27 - PSF Bosque dos lenheiros II	61 - UBS Independência
28 - PSF Campestre	62 - UBS Jupia
29 - PSF CECAP	63 - UBS Parque Piracicaba
30 - PSF Chapadão I	64 - UBS Paulicéia
31 - PSF Chapadão II	65 - UBS Planalto
32 - PSF Costa Rica	66 - UBS Santana
33 - PSF Eldorado I	67 - UBS São Dimas
34 - PSF Eldorado II	68 - UBS Tanquinho

Fonte: A pesquisadora.

Os trabalhadores – vítimas de AT entraram nos serviços de saúde de Piracicaba pelas UPA, COT e Pronto-Atendimentos dos dois Hospitais conveniados, informações identificadas no RAAT. A depender do tipo de lesão sofrida, da característica do estabelecimento prestador do atendimento e disponibilidade de recursos. Cada trabalhador seguiu uma linha de tratamento e recuperação, passando pelos diversos serviços e níveis de atendimento.

Apreender estas informações, sobre por quais locais de prestação de serviços de saúde esses trabalhadores necessitaram passar e o quanto cada um desses atendimentos custou, ocorreu de duas formas, virtualmente por consulta aos sistemas de informação municipal e hospitalares e por consulta documental em alguns serviços, mais adiante esse processo será descrito. Os locais eleitos para a coleta foram:

- CEREST;
- COT;
- UPA Fortunato Losso Neto (UPA 1);
- UPA Frei Sgrist (UPA 2);
- UPA Nestor Longatto (UPA 3);

- UPA Alfredo Castro Neves (UPA 4);
- Hospital de Santa Casa de Misericórdia de Piracicaba;
- Hospital dos Fornecedores de Cana de Piracicaba.

Estes locais foram eleitos para a coleta documental, *in loco*, pelas seguintes razões:

A primeira é comum a todos, é por serem os locais de notificação do acidente, terem realizado o primeiro atendimento e para identificar as possíveis transferências ou encaminhamentos; informação esta não disponível no sistema de informação e muito importante para a continuidade da coleta de dados dos atendimentos de cada trabalhador nos diversos serviços.

Nos hospitais, a consulta documental foi necessária a todas as informações referentes aos atendimentos de pronto-socorro, internação e retorno ambulatorial. Por não serem serviços pertencentes ao SUS, não dispõem do sistema local de informação, apenas de sistema próprio, interno. A coleta das informações sobre internação foi preponderante, pois este dado não aparece no RAAT nem no sistema de informação municipal, e o Sistema de Informação Hospitalar (SIH) não relaciona o evento AT aos dados de internação.

O CEREST foi o estabelecimento que forneceu os dados do SIVAT das notificações de AT, apoiou a coleta intermediando o acesso aos demais serviços para busca documental e onde a coleta foi finalizada para a apreensão das informações de seguimento ambulatorial dos trabalhadores, fornecendo estrutura e recursos de equipamentos de informática para consulta ao sistema de informação local Olostech.

3.4 População do estudo

Em 2014, foram realizadas 10.267 notificações por AT no município. Desse universo, 212 foram acidentes graves, 1.621 acidentes moderados, 8.427 acidentes leves e sete acidentes fatais.

Diante da extensão do fenômeno, optou-se por conduzir o estudo tomando como base uma amostra estratificada por classe de gravidade do AT, de acordo com a classificação adotada pelo município em *grave, moderado e leve*^e

Antes da definição da amostra, foram definidos os critérios de inclusão e exclusão. Em razão de algumas barreiras para acesso aos dados, as seguintes condições foram determinadas, como exclusão: casos de acidentes fatais^f, notificações de AT de trabalhadores atendidos por um hospital da Rede Privada não conveniado ao SUS e os atendidos em Ambulatórios Médicos da própria empresa empregadora. Houve reiteradas solicitações às respectivas autoridades para acesso aos dados, mas não se obteve sucesso o que dificultou a localização desses trabalhadores no Sistema de Saúde, por mais que, após o primeiro atendimento nesses serviços, fossem usar os serviços municipais. Desse modo, não seria possível apreender o fluxo de atendimento desses trabalhadores.

Face ao exposto, as demais ocorrências foram inclusas na condição de encontrarem-se classificadas por gravidade, além de terem sido acolhidos para atendimento em um dos serviços de saúde, públicos e/ou conveniados, de urgência, emergência e pronto atendimento no território do Piracicaba.

Desta forma, o estudo constituiu-se de 8.953 trabalhadores. Desse total, 7.367 casos encontravam-se classificados como acidentes leves, 1.407 como moderados e 179 como graves.

Três aspectos foram decisivos para ponderar o tamanho da amostra:

- a) Inviabilidade de se trabalhar com o universo total de notificações, dada a dimensão quantitativa dos fatos;
- b) Não disponibilidade das informações sobre o valor médio de gastos em tratamentos de AT ou que viabilizassem um cálculo de valor médio por classes de gravidade. A literatura não revela subsídios para esse desafio. No DATASUS, para o SIH, os códigos originais de AT não são mantidos, nem são relacionados com a internação. Nesse sentido, há apenas a inserção dos códigos procedimentais de validade no

^e O CEREST utiliza a recomendação para classificação do AT grave o SINAN, 2005.

^f Acidentes que levam a óbito imediatamente ou até 12 horas após a ocorrência. SINAN, 2005.

território nacional. As regras do banco de dados do DATASUS-SIH e a inserção no sistema de faturamento, adotam os respectivos códigos. Por isso, a identificação dos internados foi por leitura das fichas do pronto-atendimento hospitalar; e

- c) A hipótese de que os casos graves demandariam maiores gastos pela condição do acidentado e exigissem recursos de alta complexidade tecnológica no tratamento. Por isso, decidiu-se incluir todos os casos graves na investigação dos gastos.

Estes são os argumentos que fundamentaram a decisão de assumir integralmente os casos graves registrados. Foi uma definição essencial com o apoio do profissional estatístico: trabalhar o quantitativo de 179 casos nas três classes de gravidade dos AT.

Seguindo o processo de seleção da amostra, procedeu-se à aleatorização dos casos leves e moderados: a partir da definição de 179 casos, lançou-se mão do programa Excel, para escolha dos casos leves e moderados. Inicialmente, os casos estavam na ordem de notificação e com uso desse recurso foram aleatorizados, após terem sido feitos, os primeiros 179 casos listados em cada classe foram selecionados. Assim, definiram-se os casos em cada classe de gravidade, somando a amostra final de 537 casos.

Cada notificação selecionada para a amostra recebeu um número de ordem de acordo com a gravidade, a fim de facilitar sua localização no instrumento de coleta de dados (Apêndice 1). Conformou-se da seguinte forma: 1L a 179L (leves), 1M a 179M (moderados) e 1G a 179G (graves). Após esse processo de organização da amostra, a distribuição dos casos por serviços é apresentada, conforme dados da Tabela 1.

Tabela 1: Distribuição da amostra por local de notificação e classificação de gravidade (Piracicaba, 2015)

Local de notificação	Grave		Moderado		Leve		Total
	Quant.	Ordem	Quant.	Ordem	Quant.	Ordem	
CEREST	2	7G E 8G	0	-	0	-	2
COT	42	9G a 50G	46	1M a 46M	59	1L a 59L	147
UPA 1	21	131G a 151G	40	77M a 116M	26	80L a 105L	87
UPA 2	11	152G a 162G	19	117Ma 135M	26	106L a 131L	56
UPA 3	6	1G a 6G	13	167M a 179M	22	157L a 179L	41
UPA 4	17	163G a 179G	31	136M a 166M	26	132L a 157L	74
Hospital dos Fornecedores							
de Cana	47	51G a 97G	8	47M a 54M	3	60L a 62L	58
Hospital Santa Casa de							
Misericórdia	33	98G A 130G	22	55M a 76M	17	63L a 79L	72

Fonte: SIVAT (Piracicaba, 2015).

No processo de coleta, houve algumas perdas. Foram três situações, a primeira, quando não foi encontrada informação do atendimento prestado, apesar da notificação informar atendimento naquele serviço, foram quatro casos graves, seis moderados e cinco leves. A segunda, foi o extravio de Ficha de Atendimento Ambulatorial (FAA), foram oito notificações de AT leves. A terceira situação, foi a dupla notificação, encontraram-se casos que estavam notificados pelo mesmo evento nos diversos locais por onde passou em atendimento, foram quatro casos graves e um leve, que totalizaram 28 perdas.

O CEREST realizou duas das notificações selecionadas para a amostra, foi um caso de trabalhador de uma cidade vizinha e o outro foi uma notificação realizada no local do acidente que ocorreu no trajeto entre a cidade do trabalhador e Piracicaba no qual o mesmo foi levado pelo resgate ao hospital da cidade de origem. Assim, essas duas notificações foram perdas.

Houve três casos graves que deram entrada pelas UPA, porém, no seguimento terapêutico foram transferidos a um Hospital Privado, que não se configurou no campo de coleta de dados, não sendo possível apreender os gastos hospitalares nem tampouco dar continuidade ao itinerário terapêutico deles.

Com o total de 28 (5,21%) perdas da amostra selecionada, a amostra final do estudo tomou a dimensão de 509 casos. Os dados da Tabela 2 apresentam a nova conformação da amostra.

Tabela 2: Relação da amostra selecionada e perdas em cada classe de gravidade (Piracicaba, 2015).

		Frequência	Percentual	Percentual Válido
Validos	Leve	165	30,6	32,4
	Moderado	173	32,1	33,9
	Grave	171	32	33,7
	Total	509	94,7	100,0
Perdas		28	5,3	
Total		537	100,0	

Fonte: SIVAT (Piracicaba, 2015).

Considerando que, para cada classe, optou-se por trabalhar com o mesmo tamanho de amostra, estas frequências apresentam-se bem aproximadas. A classe com o maior número de perdas foi leve com 14, depois grave com oito e, por último, moderado com seis perdas.

3.5 Fonte de Dados

3.5.1 Sistemas de Informação

O SIVAT, descrito anteriormente, foi o banco de dados primários, onde foi realizada a identificação do universo de notificações, com os dados do local do primeiro atendimento, data do atendimento e nome. Estas foram informações necessárias para a identificação e localização dos documentos referentes ao atendimento prestado ao trabalhador e para direcionar onde as informações relativas ao atendimento àquele trabalhador seriam buscadas.

O Sistema de Informação Municipal Olostech foi um recurso vital para a coleta de dados. Nele foi realizada consulta para identificação dos retornos ambulatoriais nos serviços do município. Como descrito anteriormente, nem todos os serviços que prestaram atendimento ao

trabalhador foram acessados fisicamente; como eram serviços do município, essa decisão foi possível.

Olostech é um Sistema de Informação que está implantado em todos os estabelecimentos de Saúde Municipal pertencentes ao SUS. Uma vez imputados os dados, o Sistema é capaz de gerar e organizar as informações na ordem de agenda e atendimentos realizados: consultas médicas, exames e procedimentos ambulatoriais. Assim, concentra todas as informações de utilização dos serviços dos estabelecimentos de saúde municipais. Para acesso a ele, é preciso identificação com senha, que é fornecida somente aos servidores do município; de acordo com sua função tem definido que tipo de operações do Sistema terá acesso. Para acessar ao Sistema, contou-se com o apoio de profissionais do CEREST que tinham acesso a ele.

Além dos Sistemas de Informação Municipal, lançou-se mão dos Sistemas de Informação próprios dos hospitais para identificação de retornos ambulatoriais. Após o levantamento da quantidade de retornos e suas datas, os serviços de faturamento hospitalar forneceram os respectivos valores de cada atendimento. Tal consulta também foi apoiada por um funcionário em cada instituição hospitalar.

Outro recurso utilizado foi o banco de dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), para busca de informação sobre despesas com internações de planos de saúde. Os dados encontrados contribuíram para análise dos gastos da Rede Privada.

3.5.2 Busca Documental

A fase da busca documental foi realizada em todos os serviços listados anteriormente, salvo o CEREST.

No nível hospitalar, as fontes as foram fichas de pronto-atendimento, ficha de atendimento em sala de urgência e emergência, prontuários, folha de faturamento – para a rede privada e espelho de AIH para a rede SUS. Para chegar a esses documentos, a lista de notificações de AT dos trabalhadores atendidos nesse serviço, foi fornecida anteriormente aos hospitais. Então, os funcionários dos hospitais localizaram no arquivo dos prontuários e nos

serviços de faturamento os documentos listados acima. Em razão disso razão disso foram realizadas diversas visitas aos dois hospitais para consulta a esses recursos.

A busca documental nos hospitais iniciou-se pela logística de autorizações, para acesso aos dados. Mas, é importante citar que ela se ocorreu em dois momentos: o primeiro, foi o descrito acima, dos casos que tiveram notificação realizada nesses serviços. Entretanto, durante a coleta nos serviços de pronto-atendimento do município (UPA e COT), diversas transferências foram identificadas para esses hospitais. Ao finalizar a coleta nas UPA e COT, criou-se uma nova lista, a de trabalhadores transferidos para serviços hospitalares e entre os dois serviços do município, no caso da UPA para COT. Após as listas serem criadas, elas foram enviadas aos respectivos locais de transferências e novamente realizou-se a coleta nos serviços hospitalares.

Para a coleta em UPA e COT, a lista dos casos a serem coletados foi enviada ao Coordenador Municipal desses serviços. Depois de autorizada a coleta, realizou-se uma visita prévia a cada serviço para combinar a data de início em cada um e estabelecer a logística para coleta e acesso aos dados. A coleta iniciou-se por todas as UPA, pela hipótese de haver mais encaminhamentos de UPA para COT do que o contrário, por este segundo, ser um serviço especializado em ortopedia, hipótese que se confirmou, pois, foram 42 transferências de UPA para COT e apenas uma de COT para UPA.

A coleta, propriamente dita, procedeu-se da seguinte forma: primeiro, em cada local foi realizada consulta ao sistema Olosteck, utilizando o nome do trabalhador e a data de atendimento para localizar o número da FAA, com apoio do profissional responsável pelo setor. Na UPA, as FAA estavam arquivadas em caixas, sendo identificadas com data de atendimento e sequências numéricas. No COT, esse arquivo era um armário e as fichas eram separadas por data de atendimento. Após a localização da FAA, as informações do atendimento ao trabalhador e local de transferência, quando havia.

Diferente dos serviços hospitalares, o faturamento da UPA e COT não estava no serviço, e no SUS este é realizado por procedimento, além disso, tais dados localizam-se no Serviço de Avaliação e Controle (SAC) da Secretaria Municipal de Saúde de Piracicaba e na Regional de Saúde do Estado de São Paulo. Embora existam padrões de valores da Tabela S I A SUS, optou-se por trabalhar com uma base contábil e de referência. O Núcleo de Estratégia e Planejamento de Saúde (NEP) do serviço de planejamento em saúde da Secretaria Municipal de Saúde (SMS)

de Piracicaba reúne registros sobre custos ambulatoriais, com um estudo sobre custo per capita e por média de atendimento de todos os serviços da rede pública municipal.

Tal estudo baseia-se no volume de atendimentos por ano de referência e nos elementos de custeio de todos os serviços, como custos com infraestrutura, manutenção, equipamentos, materiais, medicamentos, exames e recursos humanos, entre outros.

Para este estudo, os valores médios de atendimento estimados por tipo de serviço foram usados, sendo eles: R\$ 109,99 foi atribuído aos Serviços de Urgência, Emergência e Pronto-Atendimento; o valor de R\$ 124,06, aos serviços especializados (CEM, Clínica de Olhos, CEREST, CEDIC); R\$ 110,73 para UBS; R\$ 201,62 para PSF; R\$ 155,42 para CRAB^g. Com base nesses valores, os gastos SUS foram estimados aos atendimentos dos trabalhadores nesses serviços.

Para acesso a esses dados, foi solicitada autorização à SMS, que foi aprovada pelo Secretário Municipal de Saúde.

3.6 Instrumento e Coleta de dados

3.6.1 Instrumento

Para a apreensão dos dados, foi construído um instrumento específico em Excel, que foi organizado de modo a contemplar o registro de dados por notificação, individualmente, no contexto do atendimento em Serviços de Urgência e Emergência, ambulatoriais e hospitalares, descrevendo o percurso do atendimento no Sistema de Saúde.

O passo seguinte foi o teste do instrumento; assim, empreendeu-se o teste em instituições de outros municípios, porém pela diversidade de fluxo e dos registros de informações de AT não foi possível uma aplicação adequada. Optou-se pela realização do teste no próprio município, com a mediação da equipe do CEREST. Os locais selecionados para o teste foram: Hospital Santa Casa de Misericórdia e Hospital dos Fornecedores de Cana de

^g Piracicaba, Secretaria Municipal de Saúde, Núcleo de estratégia e planejamento de saúde. Planilhas de Custos dos Serviços de Saúde Municipal. Piracicaba, 2015.

Piracicaba, por concentrarem cuidados de atenção hospitalar. O período de teste foi definido como 2015, para não coincidir com o da pesquisa. Para concretizar isso, foram enviados antecipadamente o projeto matriz, o subprojeto e uma carta ofício solicitando autorização para acesso aos prontuários. Realizaram-se reuniões com a equipe administrativa e técnica com vistas a divulgar e esclarecer eventuais dúvidas com relação ao projeto e ao próprio teste do instrumento; o que demandou uma espera de meses para acesso aos prontuários dos pacientes atendidos.

O teste foi autorizado em apenas uma das instituições. Três prontuários de casos de AT ocorridos durante o mês de fevereiro de 2015 foram disponibilizados. O intuito foi apropriar-se de informações sobre o modo de entrada no serviço, a internação quando houve, as transferências e os encaminhamentos pós-alta hospitalar na perspectiva de apreender o itinerário de tratamentos.

Nos prontuários, não foram identificadas informações sobre os encaminhamentos e o seguimento terapêutico no relatório de alta hospitalar. Desse modo, após o momento de coleta intra-hospitalar foi realizada busca dos atendimentos sequenciais relacionados ao AT no sistema Olostech no CEREST Piracicaba, com vistas a cruzamento de informações. Desta forma, foi possível visualizar a origem e a descrição do acidente, tipo de atendimento prestado, exames e procedimentos realizados e o seguimento terapêutico dos internados.

Com a realização do teste de instrumento, foi possível adaptar o formato do instrumento, de modo a contemplar as informações necessárias ao estudo, bem como a realidade investigada.

3.6.2 Coleta de dados

Construiu-se um fluxo de coleta de dados que está esquematizado na Figura 2.

Figura 2: Fluxograma orientador do percurso de coleta de dados

Fonte: A pesquisadora.

A coleta de dados ocorreu em diferentes momentos. Vale ressaltar que houve um oneroso processo para sua viabilização, embora o projeto temático já tivesse sido aprovado no Comitê de Ética. Acordos com as instituições do campo de pesquisa para se proceder a coleta foram necessários, o que postergou o início dos trabalhos.

Nos serviços hospitalares mesmo após o teste de instrumento, foram necessárias novas solicitações de autorização para acesso aos dados. Nesses estabelecimentos, a coleta iniciou-se em julho e terminou em novembro de 2015.

Nos estabelecimentos UPA e COT, o acesso foi facilitado pela intermediação do CEREST, tendo em vista serem estabelecimentos do SUS, entretanto, pela forma de arquivamento realizada por estes estabelecimentos a coleta tornou-se onerosa, pois demandou força física para deslocamento das caixas de arquivos.

Contudo, vale ressaltar que, em todos os serviços onde foram realizadas as coletas, os funcionários que estavam envolvidos nos setores que dispunham de tais informações, contribuíram preponderantemente no processo. Isso foi fundamental no processo e sucesso da coleta.

A seguir, será descrito o passo a passo do trabalho manual e eletrônico da coleta dos dados. O percurso da coleta, como descrito no fluxograma, ajudou na compreensão do fluxo de atendimento seguido pelas vítimas, a partir do momento do acidente.

Primeiro Passo: Identificação do universo das notificações no município em 2014;

Segundo Passo: identificação do local de primeiro atendimento, conforme o banco de dados SIVAT;

Terceiro Passo: aplicação dos critérios de exclusão e conformação da nova amostra;

Quarto Passo: contato com os serviços locais de coleta para autorização de acesso aos prontuários das fontes de dados com envio das listas de casos notificados em cada serviço;

Quinto Passo: Coleta de dados nos serviços com busca documental. Nesse momento, além dos dados de atendimento e faturamento (no caso dos hospitais), um dado importante era se havia transferência e para onde, após identificado o local de transferência, e se esse compunha os

locais de coleta, a informação era anotada, com construção de uma lista de transferências. Finalizada a coleta dos casos que tiveram transferência para os hospitais, a lista foi enviada a estes locais e retornado ao eles para nova coleta. Os casos que tiveram transferência para COT agregaram a lista das notificações feitas nesse local para coleta na oportunidade de ir no serviço;

Sexto passo: consulta ao Sistema de Informação dos atendimentos nos serviços ambulatoriais. Nos hospitais, a consulta aos sistemas de informação internos dos retornos e o levantamento foram feitos associando a lesão sofrida pelo trabalhador com o tipo de encaminhamento realizado ou especialidade. Os valores foram fornecidos pelo setor de faturamento. No SUS, com a consulta ao sistema Olostech, associando o tipo de lesão sofrida pelo trabalhador com a quantidade de encaminhamentos encontrados;

Sétimo passo: foi solicitada autorização à Secretaria Municipal de Saúde para acesso aos dados do estudo do custeio dos serviços de saúde municipal realizado pelo NEP;

Oitavo passo: realizada a correlação do volume de atendimento e dos valores de custeio dos serviços de pronto-atendimento e seguimento ambulatorial no SUS, com base no estudo do NEP, como descrito anteriormente; e

Nono passo: tabulação de dados em planilha de Excel, para posterior tratamento e análise.

3.7 Tratamento e análise dos dados

Os dados foram sistematizados em planilha Excel® Microsoft Office, onde foram listadas todas as variáveis eleitas para o estudo, são elas: sexo, idade, ocupação, vínculo empregatício, ramo de atividade, tipo de acidente, diagnóstico, classificação do AT, local de atendimento em Serviço de Urgência e Emergência, local de atendimento Internação, local de atendimento retornos ambulatoriais, convênio prestador do serviço; aos casos de internação: motivo internação, motivo da alta; aos casos de retornos ambulatoriais: número de retornos; e valor do faturamento de cada atendimento.

Para o tratamento estatístico, foi utilizado o software SPSS.22 e o programa Excel. Foram realizadas as medidas de tendência central: média, mediana, mínimo e máximo de

valores de gastos por atendimento, gastos por gravidade e nível de atenção e estimativa de gasto total; além da correlação entre as variáveis e a análise descritiva da amostra.

As seguintes análises dos dados foram realizadas:

- Comparação com as literaturas nacional e internacional;
- Comparação da média de AIH com a média de gastos de internação por AT;
- Análise comparativa dos gastos hospitalares e ambulatoriais e serviços de urgência e emergência.

Por fim, apesar de não compor os objetivos do projeto, optou-se por ilustrar o percurso do atendimento, as dificuldades de acesso enfrentadas pelo trabalhador - vítima de AT que necessita dos Serviços de Saúde do município, após ocorrida a lesão, o sofrimento pela incapacidade gerada e também ilustrar, concomitantemente, como o estudo conseguiu cada informação. Para isso, foi feita a seleção intencional de um caso, o qual encontra-se ilustrado e descrito na sequência dos resultados.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

O Referencial Teórico do presente estudo será ancorado na Proteção Social e intersectorialidade.

4.1 Sistema de Proteção Social

As primeiras formas de intervenção social do Estado na regulação do mundo do trabalho foram voltadas à proteção do trabalho infantil e feminino e à definição dos responsáveis pelos AT, isso no século XIX nos países europeus³³.

Os AT passaram a ser vistos, como fenômenos sociais ao serem consideradas suas regularidades, generalidades e previsibilidades. Ao serem incorporados ao seguro social propriamente dito, representaram uma ruptura na formação dos modernos estados de bem-estar social (*Welfare State*)³³.

No Brasil, com a promulgação da Constituição Federal em 1988, houve uma tendência à busca de garantia dos direitos básicos e universais da cidadania, que foi chamada de Seguridade Social, definida no Artigo nº. 194, como a integração de ações de iniciativa pública e da sociedade como um todo, destinadas a assegurar à população os direitos relativos à saúde, previdência e assistência social^{34,35}.

A proteção social consiste na ação coletiva de proteger indivíduos contra os riscos inerentes à vida humana e/ou assistir necessidades geradas em diferentes momentos históricos relacionados com múltiplas situações de dependência^{36,37}. Esta concepção pautada no seguro social no campo jurídico resultou da conquista dos movimentos sindicais pela incorporação dos direitos sociais com a participação do Estado na implementação de políticas sociais, como resposta à crise capitalista do pós-guerra³⁷.

A seguridade social é produto histórico das lutas das classes trabalhadoras, inspirada nos princípios e valores dos trabalhadores e reconhecida pelo Estado. Entretanto, continuamente objeto de interesse do capital no sentido de adaptar-se a seus interesses³⁸.

Reconhece-se que, na estrutura produtiva contemporânea, o trabalho humano em setores como serviços é a essência da atividade econômica e o emprego do mesmo gera custos ao empregador³⁹.

Historicamente, a seguridade social brasileira ocupou uma posição residual em termos de política. Apesar da Constituição de 1988, como mencionado anteriormente, o que a realidade mostra é o controle das relações de trabalho pelo mercado em uma lógica neoliberalista, é um retrocesso nos campos dos direitos já consolidados no caso da saúde e previdência social³⁸.

Na atualidade, no Brasil, o que vem despontando é a utilização que o capital faz dessas políticas sociais, como um campo para ampliar a acumulação financeira. O maior exemplo é a expansão das Organizações Sociais e das previdências privadas. A realidade é que, embora o Brasil tenha instituído uma política, a incorporação da proteção social dentro de uma concepção de sistema integrado e universal não aconteceu do ponto de vista da organização e administração financeira³⁸.

No que concerne à previdência social, contrária a assistência à saúde, a plenitude de direito é mantida apenas aos contribuintes. Dessa forma, os trabalhadores que não possuem vínculo formal não portam direitos frente às necessidades fundamentais, relacionadas ao adoecimento ou acidente originário do trabalho. Tal realidade sugere a sujeição às condições mais precárias de trabalho fortemente relacionadas aos processos de adoecimento. O que revela a negação da proteção social a diversos cidadãos e a perda da saúde, como uma forma de apropriação do capital sobre o trabalho e à vida do trabalhador³⁷.

Quanto ao financiamento dessa política, desde os anos 1980 mostra uma tendência de desfinanciamento dos direitos sociais, acenando uma deterioração das relações sociais no processo de produção capitalista, pressionada pela política neoliberal, hegemônica ao País^{35, 40}.

A exemplo disso tem o investimento na saúde; em 2007, o Brasil somou 8,4% do PIB, e os investimentos públicos representaram 41% do total, menor se comparado a países como Reino Unido (82%), Itália (77,2%), México (46%) e inclusive USA (45%) que não possui um sistema público de saúde. No ano anterior, 2006, foram comparados os gastos SUS (39,05%) e privados com saúde (60,95%)⁴¹. Em 2011, em relação ao PIB o gasto em saúde de 8,9%

manteve o SUS com menor participação²⁶. Tais dados demonstram essa tendência ao subfinanciamento das políticas sociais.

4.2 A intersetorialidade e a saúde do trabalhador

O arcabouço legal do Sistema Único de Saúde foi conquistado pela sociedade brasileira com grandes desafios, especialmente, ancorados na ampliação do conceito de saúde, cujos sentidos abrangem as necessidades sociais e as condições de vida e trabalho das pessoas.

A saúde do trabalhador como transversal à saúde coletiva, ambas com trajetórias históricas paralelas, tem suas ações direcionadas à promoção da saúde (Carta de Ottawa, 1986)^h. O enfoque da promoção da saúde vem ao encontro do objetivo primordial da saúde ambiental: a melhora da qualidade de vida das populações, por meio de instrumentos que possibilitem a organização de ações voltadas à promoção da saúde e ao controle dos agravos relativos ao meio ambiente⁴².

Nesse contexto, destaca-se a saúde dos trabalhadores, como um aspecto de suma importância à promoção de ambientes de trabalho saudáveis, com foco na mudança do processo de trabalho, considerando a complexa relação trabalho-saúde e os condicionantes sociais, econômicos, tecnológicos e organizacionais na determinação da saúde desses indivíduos⁴³.

Pelo exposto, percebe-se uma ampla dimensão, ao mesmo tempo complexa, para apreender a intersetorialidade, como tema de interlocução à saúde do trabalhador ^{44,45}.

Nesse sentido, reconhece-se que, no projeto matriz, já vem operando, desde o início a ideia de intersetorialidade ao conduzir e coordenar os cinco subprojetos em desenvolvimento, com focos e aprofundamentos em áreas temáticas em: construção, testagem e implantação de metodologias de diagnóstico e intervenção em situações prioritárias, aprimoramento de sistemas informação, investigação das concepções adotadas pela justiça na formulação de respostas pelo AT, aprimoramento do Fórum de AT, como espaço de produção, difusão e

^h CARTA DE OTTAWA PRIMEIRA CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE Ottawa, novembro de 1986. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf

educação permanente em análise e prevenção na abordagem organizacional. Por fim, a investigação da trajetória terapêutica, custeio dos tratamentos decorrentes de AT e o aprimoramento da atenção integral aos acidentados, sendo este último subprojeto, no qual se integra o presente estudo.

Em vista da abrangência do projeto, é possível visualizar as implicações intersetoriais, indicando a necessidade de construção de interfaces entre setores e instituições governamentais, que podem ser entendidos como caminhos para viabilizar práticas conjuntas entre as políticas públicas de diferentes esferas ^{44,45}.

Na abordagem de gastos SUS com os AT, é plausível uma visão ampla, uma vez que o trabalho e a ocorrência do acidente constituem um determinado ponto no processo produtivo, sendo importante a observação da condição de ingresso no trabalho, as condições de trabalho, o evento do acidente e suas consequências. Admite-se que, neste cenário, não se separam os mecanismos do mercado de ofertas e as demandas por produtos e serviços que se interagem e nisso, seguramente, para o processo de produção. A grande questão é o emprego da força de trabalho no contexto do capitalismo atual.

A perspectiva intersetorial tenta atender à questão de que os problemas reais de um AT cruzam os setores, extrapolando o setor saúde. Uma vez que o acidente tem causalidade múltipla, necessitando da articulação de saberes e experiências para seu enfrentamento ^{46,47}.

Ao se olhar esse perfil alongado para cada trabalho e trabalhador, ilumina-se o extenso papel do estado e do governo no sentido de promover políticas sociais e, em contrapartida, a resposta de quem os emprega, incluindo a iniciativa privada. Esta breve descrição teve o intuito de esclarecer a razão da escolha da intersetorialidade, como um dos referenciais teóricos deste estudo, fazendo jus aos pesquisadores que defendem a validade desta construção ^{44,45,46,47}.

5 RESULTADOS

5.1 At - que trabalhadores são vítimas?

Em primeiro lugar, o perfil dos trabalhadores que se acidentaram no município de Piracicaba é apresentado, conforme: sexo, idade, ocupação, ramo de atividade e vínculo empregatício.

Tabela 3: Frequência de notificação de AT conforme sexo (Piracicaba, 2015).

		Frequência	Porcentagem (%)
Validos	Feminino	120	23,6
	Masculino	389	76,4
Total		509	100

Fonte: SIVAT (Piracicaba, 2015).

O sexo masculino mostrou-se dominante nas ocorrências de AT, representando 76,4% das notificações contra 23,6% do sexo feminino, ou seja, mais de três vezes o número de notificações.

A respeito da idade, a média encontrada entre os acidentados foi de 32,99 anos com mediana de 32, desvio-padrão de 12,66, idade mínima de 16 e máxima de 65 anos.

Gráfico 2: Distribuição de trabalhadores que sofreram AT, conforme a ocupação (Piracicaba, 2015).

Os dados do gráfico relacionam a frequência de notificações por ocupação. Entre as de maior frequência, foram identificadas: ajudante geral com 76 casos de AT, auxiliar de serviços gerais com 49, operador de máquinas 29, atendente 26, auxiliar/técnico de enfermagem 22, motorista 22, pedreiro 17, empregada doméstica 16, mecânico 16, soldador 11, as demais ocupações, a frequência foi entre seis e nove casos notificados, como podem ser vistos no gráfico, as que tiveram cinco ou menos notificações ficaram agrupadas em “outros”.

A descrição das ocorrências de AT por ocupação pode ser vista mais detalhadamente no Apêndice 2.

Gráfico 3: Distribuição de gravidade de AT por ocupação dos trabalhadores (Piracicaba, 2015).

Com base nos dados do Gráfico 3, os seguintes achados foram observados: a ocupação churrasqueiro teve 100% de AT, classificados como graves, auxiliar/técnico de enfermagem com 86,6%; pintor 80%, prensista e comerciante com 66,7% cada; eletricista com 57,1%; açougueiro, borracheiro, mecânico, técnico de serviços diversos com 50%; torneiro mecânico com 50% cada; trabalhador rural 42,9%; operador de máquina 41,4% e motorista com 40%.

Para as ocupações cujos acidentes moderados foram prevalentes, houve os seguintes achados: manutenção 100% de acidentes moderados; marceneiro e policial militar/guarda-civil 75%; aprendiz e gerente 66,7%; inspetor 60%; cozinheiro, trabalhador rural e vigilante 57,1%; pedreiro 52,9%; torneiro mecânico, borracheiro 50%; auxiliar de serviços gerais 47% e caldeireiro 44,4%.

Já para os AT leves, a prevalência foi nas seguintes ocupações: costureira, supervisor de compras, promotor de vendas e professor 100%; lavador de carros 75%; entregador 71,4%; serralheiro 66,7%; rebarbador e encarregado 50%; atendente 46,1%; ajudante geral 44,7%; coletor de lixo 44,4%; empregada doméstica 43,8% e montador 40%. Dados mais detalhados podem ser encontrados no Apêndice 3.

Gráfico 4: Frequência de notificação por ramo de atividade (Piracicaba, 2015).

Ao se considerar o ramo de atividade no qual o trabalhador que sofreu o acidente pertencia, a prevalência está entre aqueles que mais empregam no município³⁰. Em primeiro lugar, vem o de serviços com 23,2% das ocorrências, seguido de metalurgia com 22,6%, comércio 12,2%, indústria 10%, construção civil 9,5, saúde, ensino e serviços sociais 7%, os demais ficaram com uma frequência abaixo de 5% como apontam os dados da tabela acima.

Com relação ao ramo de atividade e gravidade, os dados da Tabela 4 apresentam as frequências para cada classe.

Tabela 4: Relação de gravidade do AT, conforme o ramo de atividade do trabalhador (Piracicaba, 2015)

		Gravidade			Total
		Leve	Moderado	Grave	
Ramo de Atividade	A - Administração pública, defesa e seguridade social	25,0%	58,3%	16,7%	100,0%
	B - Agricultura, pecuária e serviços relacionados	25,0%	25,0%	50,0%	100,0%
	C- Comércio por atacado e representantes comerciais e agentes do comércio	45,9%	32,8%	21,3%	100,0%
	D- Construção civil	26,7%	37,8%	35,5%	100,0%
	E - Extração de minerais	0,0%	33,3%	66,7%	100,0%
	F - Fabricação de artigos de borracha, plástico e papel e produtos têxteis	26,1%	34,8%	39,1%	100,0%
	G - Fabricação de máquinas, móveis e indústrias diversas	33,3%	33,3%	33,3%	100,0%
	H - Fabricação de produtos de minerais não-metálicos, refino de petróleo e elaboração de combustíveis	80,0%	0,0%	20,0%	100,0%
	I - Indústria e produção de alimentos, bebidas e álcool etílico	38,0%	42,0%	20,0%	100,0%
	J – Metalurgia	35,4%	30,1%	34,5%	100,0%
	K -Saúde, ensino e serviços sociais	17,1%	20,0%	62,9%	100,0%
	L - Serviço de alojamento, alimentação, reparação, manutenção...	31,0%	37,1%	31,9%	100,0%
	M - Transporte e comunicação	29,2%	33,3%	37,5%	100,0%

Fonte: SIVAT (Piracicaba, 2015).

De acordo com os dados da Tabela 4, os ramos de atividade com a maior frequência de notificações de AT classificados como graves, em ordem decrescente, foram: E (66,7%); K

(62,9%); B (50%); F (39,1%); M (37,5%); D (35,5%); J (34,5%); G (33,3%); L (31,9%); C (21,3%); H e I (20% cada) e A (16%).

Tabela 5: Frequência de AT por vínculo empregatício (Piracicaba, 2015).

		Frequência	Percentual
Validos	Autônomo	20	4,0
	CLT	460	91,1
	Outros	20	4,0
	Público	5	1,0
	Total	505	100,0
	NE	4	
Total		509	

Fonte: SIVAT (Piracicaba, 2015).

Quanto ao vínculo empregatício da ocorrência de AT, em primeiro lugar, foram os empregados celetistas com 91,1% das notificações, os autônomos e outros 4% cada e funcionário público com 1% do total.

5.2 Que AT são esses?

Caracterizar os acidentes é interessante no sentido de entender onde acontecem, que tipo de lesão causam e, assim, vislumbrar quais as perspectivas do cuidado de saúde e os impactos da lesão na capacidade funcional do trabalhador – vítima do AT.

Tabela 6: Frequência de AT por tipo de notificação (Piracicaba, 2015).

		Frequência	Percentual
Validos	Doença Ocupacional	7	1,4
	Típico	389	78,1
	Trajeto	102	20,5
	Total	498	100,0
	NE	11	
Total		509	

Fonte: SIVAT (Piracicaba, 2015).

Com relação ao tipo de acidente, os típicos foram os que predominaram em 78,1%, seguidos do trajeto com 20,5% e, por último, as doenças ocupacionais, representando 1,4% de todas as notificações.

Gráfico 5: Relação do tipo de acidente notificado com a gravidade do AT (Piracicaba, 2015)

Fisher's Exact Test = 0,047

Dos AT típicos, notou-se uma distribuição mais homogênea, sendo acidentes 35,2% de AT leves, 33,6% moderados e 34,2 graves. Já, os AT ocorridos no trajeto foram classificados, como: 25,5% leves, 40,2% moderados e 34,3% graves. As doenças ocupacionais tiveram 71% das notificações classificadas em graves e 29% moderados, não houve a classificação leve.

Gráfico 6: Distribuição da gravidade e tipo de AT por diagnósticos médicos (Piracicaba, 2015).

Entre os diagnósticos encontrados, em primeiro lugar, foram as fraturas com 107 ocorrências, presentes em 21,02% da amostra; destas, 61,68% foram consideradas graves, 36,44% moderados e 1,86% leves; quanto ao tipo 73,83% foram típicos e 26,17% ocorreram no trajeto. Em segundo lugar, foram os ferimentos cortocontusos, presentes em 16,11% das notificações, com 82 ocorrências, foram 12,19% graves, 50% moderados e 39,02% leves, 85,36% foram típicos e 14,64% ocorreram no trajeto. O terceiro diagnóstico mais encontrado foram as contusões 15,7%, sendo 6,25% graves, 32,5% moderados e 61,25% leves, 65% típicos e 35% no trajeto. Em quarto lugar, traumas com 38 ocorrências, presentes em 7,46% das notificações, foram 26,32% graves, 36,84% moderados e 36,84% leves, 73,68% foram típicos e 26,32% trajeto. Em quinto, acidentes com material perfurocortante em 5,3% das notificações, 59,25% foram considerados graves, 25,9% moderados e 14,81% leves, 100% foram típicos. Estes foram os cinco diagnósticos mais frequentes entre as notificações, é importante apontar que muitos casos de AT receberam mais de um diagnóstico médico, por isso as frequências encontradas. Os demais diagnósticos são possíveis de visualização nos dados do Gráfico 6.

A seguir, as tabelas apresentam os resultados relacionados ao acesso e prestação de Serviços de Saúde aos trabalhadores-vítimas de acidente pelos estabelecimentos públicos e privados, eleitos para a coleta de dados, bem como os convênios prestadores de saúde: SUS e Rede Privada.

5.3 Onde os trabalhadores foram atendidos?

Os serviços identificados como porta de entrada no Sistema de Saúde para os trabalhadores-vítimas de AT foram: UPA, COT e os Pronto-Socorros dos dois hospitais conveniados ao SUS. Para a amostra de 509 casos, foram registrados 573 atendimentos. Esse número a mais de registros deve-se às transferências realizadas entre esses serviços. Os atendimentos distribuíram-se da seguinte forma, conforme os dados da Tabela 7:

Tabela 7: Volume de atendimento à porta de entrada ao trabalhador-vítima de AT por serviço em 2014 (Piracicaba, 2015)

Serviço	Atendimentos			Porcentagem
	Ent	Transferências	Total	
UPA	244	1	245	42,76
COT	140	42	182	31,76
Pronto Socorro Hospitais (SUS)	31	21	52	9,08
Pronto Socorro Hospitais (Rede)	94	0	94	16,40
Total Geral	509	64	573	100

Fontes: SIVAT (Piracicaba, 2015). & FAA (Piracicaba, 2014).

Com relação ao atendimento inicial, ou seja, entrada nos serviços, os equipamentos de saúde municipais atenderam a 384 trabalhadores acidentados e os prontos-socorros dos hospitais 125; destes, 31 pelo SUS e 94 pela rede privada. Vale ressaltar que, por questão didática, na Tabela 7, intentou-se evidenciar as vias de acesso: Pronto-Socorro, Pronto-Atendimento e Ambulatório de Especialidade em Ortopedia. Os hospitais atendem ao SUS e à população conveniada a planos de saúde, os usuários do SUS que entraram pelos hospitais foram por terem sido levados pelo SAMU ao sofrerem acidente no trajeto.

Quanto ao volume de atendimentos para o total de 573 registros, o SUS respondeu por 479 ou 83,60%, e o principal local de procura foi a UPA, com 245 ou 42,76%, sendo um atendimento por transferência; o COT com 182 (31,76%), sendo 140 como primeiro atendimento e 42 por transferências; nos prontos-socorros dos hospitais, o SUS foi responsável por 52 atendimentos (9,08%), sendo 31 primeiro atendimento e 21 por transferências.

A Rede Privada com registro de 94 atendimentos foi responsável por 16,40% do total, todos realizados nos prontos-socorros hospitalares, não houve transferências.

Com relação à classe de gravidade e acesso aos serviços de urgência e emergência, os dados do Gráfico 7 apresentam:

Gráfico 7: Relação da gravidade do acidente com o volume de atendimento por convênio prestador (Piracicaba 2015).

A classe de gravidade que gerou mais atendimentos nos serviços de urgência e emergência foram as graves com 204 (35,6%) atendimentos para a amostra de 171 trabalhadores, depois os moderados com 199 (34,73%) atendimentos para 173 casos e os leves com 170 (29,67%) para os 165 casos. Em todas as classes, o SUS foi o maior prestador, e teve maior número de atendimentos na classe dos moderados com 176, depois leves com 153 e, por fim, graves com 150. A Rede Privada teve prevalência de atendimentos de casos graves com 54 casos, em seguida, moderados com 23 e depois leves com 17.

Após o primeiro atendimento de Urgência e Emergência, ocorreram desfechos diversos, de acordo com a complexidade do caso, ou seja, o tipo de lesão sofrida que direcionou o seguimento ou a continuidade do atendimento e o recurso disponível em cada estabelecimento. Alguns trabalhadores passaram por mais de um serviço, e em cada atendimento receberam uma conduta.

Dos 509 trabalhadores, 369 foram liberados com alta após o atendimento inicial, outros 29 receberam alta com algum tipo de encaminhamento para serviço de referência do município ou alguma especialidade médica, foram: CEDIC, CEM, CEREST, Clínica de Olhos, COT, UBS, USF, UPA, Fisioterapia, Oftalmologia e Ortopedia. 64 trabalhadores necessitaram de transferência durante o tratamento na Urgência e Emergência (COT ou Hospital), quando a

transferência ocorria, ela era realizada com a remoção pelo SAMU. Houve trabalhadores que necessitaram de hospitalização, foram 94 internados.

A respeito das internações dos 94 trabalhadores que receberam esse tipo de intervenção, cinco tiveram duas internações cada, e três foram casos que estavam internados em um hospital e foram transferidos para outro, ambos, campo de pesquisa; os outros dois foram reinternações, um por infecção de sítio cirúrgico e outro para nova intervenção cirúrgica, o que totalizou 99 internações. O SUS respondeu por 71 (71,8%) internações e Rede Privada por 28 (28,3%).

Com relação à gravidade dos 94 casos internados, 85 (90,42%) foram por AT grave e 9 (9,58%) moderados.

Gráfico 8: Relação da gravidade de AT em Piracicaba com o evento internação (Piracicaba 2015).

De acordo com os dados do Gráfico 9 nota-se que quanto a maior a gravidade do acidente maior foi a chance de internação do trabalhador pela lesão provocada pelo AT. Entre os acidentes leves, não houve internações, dos acidentes moderados 5,20% foram lesões que geraram o evento internação; já entre os graves, esse quantitativo chegou a 49,71%, diferença que se mostrou significativa ($\chi^2 < 0,05$).

Outra variável importante com relação ao evento internação foi o tipo da ocorrência. Conforme os dados da Tabela 8 apresentam.

Tabela 8: Relação do tipo de acidente com o evento internação (Piracicaba, 2015).

		Internação		Total
		Não	Sim	
Tipo	DOENÇA OCUPAC	7	0	7
		100,0%	0,0%	100,0%
	TÍPICO	326	58	384
		84,9%	15,1%	100,0%
	TRAJETO	67	34	101
		66,3%	33,7%	100,0%
Total		400	92 ⁱ	492
		81,3%	18,7%	100,0%

Fonte: SIVAT (Piracicaba, 2015).

Observa-se que 33,7% dos trabalhadores que se acidentaram no trajeto desencadearam o evento internação; e dos típicos, 15,1% que foram internados, ou seja, o risco foi duas vezes maior de internação entre os que se acidentam no trajeto em comparação aos que se acidentam no ambiente de trabalho. Diferença que se mostra significativa com $\chi^2 < 0,05$.

Quanto aos diagnósticos médicos que levaram à internação, foram encontrados os achados a seguir, conforme os dados do Gráfico 9.

ⁱ Entre os 94 trabalhadores foram internados, em dois casos não foram encontrados o tipo de acidente.

Gráfico 9: Frequências de internações por diagnóstico médico da lesão causada por AT (Piracicaba, 2015).

Nota-se que o principal diagnóstico que levou o trabalhador acidentado à internação foi fratura com 42 ocorrências; na sequência vieram: Traumatismo Cranioencefálico (TCE) com 18 ocorrências, amputações com 14, trauma e queimaduras com quatro ocorrências cada, lesão grave com três, esmagamento e ferimento cortocotuso com dois cada, os demais diagnósticos foram registrados um evento cada.

Quanto ao motivo de alta da internação, veja os dados da Tabela 9:

Tabela 9: Motivo de alta do trabalhador após internação hospitalar (Piracicaba, 2015).

		Frequência	Percentual
Validos	Tratamento cirúrgico	87	87,9
	Tratamento conservador	10	10,1
	Total	97	98,0
Perdas	NE	2	2,0
Total		99	100,0

Fonte: Prontuário Hospitalar (Piracicaba, 2014).

A maioria dos trabalhadores teve como principal motivo de internação a necessidade de tratamento cirúrgico com 87%; 10,1% internações para tratamento conservador ou clínico, como foram os casos de queimaduras, TCE sem fratura, tratamento com antibiótico; em 2% dos casos, não foi encontrado o motivo da internação.

Após o tratamento recebido no período de internação dos 94 trabalhadores, 89 tiveram alta melhorada, seis foram transferidos para outro serviço hospitalar, destes, três foram para um hospital de referência em tratamento de queimados em outro município, houve uma transferência ao hospital do município de origem do trabalhador e duas transferências entre hospitais no município de Piracicaba. Houve um caso de óbito de um acidente ocorrido no trajeto, com diagnóstico de TCE com hemorragia subdural, tratamento cirúrgico e permanência hospitalar de 2 dias. Em um caso não foi encontrado motivo da alta hospitalar.

Depois do acesso ao sistema, foram verificados diversos desfechos, o primeiro atendimento, seguido ou não de transferência e internação. Alguns trabalhadores, passando ou não por internação, necessitaram dar continuidade ao tratamento e ou/reabilitação. Conforme os dados da Tabela 10 apresentam.

Tabela 10: Frequência de retornos ambulatoriais por local de atendimento (Piracicaba, 2015).

					Percentual
					(%)
Frequência					
Validos	Ambulatório dos Hospitais			406	47,54
	conveniados				
	COT			325	38,05
	Serviços de especialidades			80	9,37
	Atenção básica			43	5,03
Total					100,0

Fonte: Sistema de informação interno dos hospitais (Piracicaba, 2015). E Olostech (Piracicaba, 2015).

Os serviços que mais derem respostas ao seguimento do cuidado ao trabalhador foram os Ambulatórios dos Hospitais Conveniados com 47,54% dos atendimentos, seguidos pelo

COT com 38,1%, os serviços especializados do município com 9,4% dos atendimentos, a atenção básica com 5,0%.

Com relação ao convênio prestador do serviço, quanto ao volume, o SUS respondeu por 612 (71,66%) dos atendimentos, e a rede privada 242 (28,34%).

Tabela 11: Frequência de retornos ambulatoriais, conforme a gravidade do AT (Piracicaba, 2015).

		Retornos	
Classificação		Frequência	Média
Validos	Grave	561	3,26
	Moderado	214	1,24
	Leve	79	0,48
Total		854	1,68

Fonte: Olostech (Piracicaba,2015).

A relação entre os retornos ambulatoriais e as classes de gravidade do AT mostrou-se significativa, ou seja, quanto maior a gravidade, maior foi o número de retornos ambulatoriais ($x^2 < 0,05$). Os acidentes graves representaram 65,70% de todos os retornos, com média de 3,26 retornos por AT. Os acidentes moderados somaram 25,05%, com média de 1,24 retornos. Já os acidentes leves ficaram com 9,25% e média de 0,48 retornos. A média geral da amostra foi 1,68 retornos por AT.

É interessante apontar a relação dos retornos ambulatoriais entre os trabalhadores que passaram por internação e aqueles que não; houve uma tendência de maior número de retornos entre os que tiveram internação, relação que também se mostrou significativa. Conforme os dados da Tabela 12:

Tabela 12: Relação de retornos ambulatoriais com internação de trabalhadores vítimas de AT (Piracicaba, 2015).

Internação	Casos com retorno	Retornos	Média com retorno	Média geral
Sim	41	309	7,53	3,3
Não	158	531	3,36	1,3
NE	5	14	2,80	1,4
Total	204	854	3,64	1,7

Fonte: Prontuário Hospitalar (Piracicaba,2015).

Dos 94 trabalhadores que passaram por internação, identificou-se que 41(43,6%) deram continuidade ao tratamento e reabilitação no seguimento ambulatorial, com registro de 309 retornos para esse grupo. Do restante que não passou por internação, 415 trabalhadores, 158 (38,1%) mantiveram tratamento em nível ambulatorial com 531 retornos registrados.

O volume final de atendimento estimado para a amostra, tendo incluído atendimento de urgência e emergência, internações e tratamento em nível ambulatorial para reabilitação e recuperação do trabalhador acidentado chegou ao montante de 1.528 atendimentos prestados. Desse total, o SUS, como principal prestador de serviços foi responsável por 1.162 (76,05%) do volume total de atendimentos e a Rede Privada por 364 (23,95%) dos atendimentos. Os dados do Gráfico 10 trazem a visão geral dos atendimentos.

Gráfico 10: Relação do volume de atendimento prestado ao trabalhador atendido no município de Piracicaba e o Convênio Prestador do Serviço (Piracicaba, 2015).

5.4 Contas: quanto custa, quem paga?

Dado que o SUS é considerado o principal prestador de serviços de saúde ao trabalhador em Piracicaba, com um volume de 76,05% dos atendimentos, ficando a Rede Privada com 23,95%, o passo seguinte foi conhecer o volume de gasto, com base no volume de atendimento.

Para apresentar os resultados das contas faturadas, foram realizadas algumas estimativas dos valores médios e valores totais, por trabalhador acidentado, e por nível de atenção.

Para apresentar as estimativas dos gastos por nível de atenção, estes foram agrupados por Convênio Prestador do Serviço e, assim, foram apresentados nos dados da Tabela 13.

Tabela 13: Gastos totais por nível de atenção no município de Piracicaba nos anos de 2014 (Piracicaba, 2015).

Serviços	N	Média (R\$)	Mediana (R\$)	DP (R\$)	Mínimo (R\$)	Máximo (R\$)	Total (R\$)	Total Geral (R\$)
Urgência e Emergência Rede SUS	479	100,18	109,99	28,91	10,00	113,75	47.984,11	62.929,86
Urgência e Emergência Rede Privada	94	159,00	147,37	143,25	-	691,06	14.945,75	
Internação Rede SUS	71	1.939,08	807,75	3.428,67	70,84	17.458,24	137.674,84	426.078,02
Internação Rede Privada	28	10.300,11	4.002,64	13.459,32	288,12	55.381,66	288.403,18	
Ambulatório Rede SUS	612	88,58	109,99	44,37	10,00	201,62	54.208,38	70.981,40
Ambulatório Rede Privada	242	69,31	63,25	50,34	3,59	437,98	16.773,02	
Faturamento Final Rede SUS	1.161	206,60	109,99	957,01	10,00	17.458,24	239.867,33	559.989,28
Faturamento Final Rede Privada	364	872,27	73,71	4.619,43	-	55.381,66	320.121,95	

Fonte: FAA, Prontuários Hospitalares, Sistema de Informações Hospitalares e Olostech (Piracicaba, 2015).

Ao volume de 1.528 registros de atendimentos encontrados na amostra de 509 trabalhadores, somou-se o total de R\$ 559.989,28. O SUS somou um total de R\$ 239.767,33, o que representou 42,83% do todo, e a Rede Privada foi responsável por R\$ 320.121,95, ou seja, 57,17% do total dos gastos estimados. Estes gastos foram distribuídos da seguinte forma:

Com relação aos serviços de Urgência e Emergência, o gasto total foi de R\$ 62.929,86, representando 11,24% do total do gasto encontrado.

O faturamento SUS foi R\$ 47.984,11 (76,25%) com média de R\$ 100,18 por atendimento prestado, o maior valor faturado pela rede SUS nesses serviços foi de R\$ 113,75 e o menor de R\$ 10,00. Já a Rede Privada faturou R\$ 14.945,75 (23,75%) com média de R\$ 159,00 por atendimento, com registro de maior valor faturado de R\$ 691,06 e menor de R\$ 0,00 (esta foi uma situação onde o atendimento gerou apenas honorário médico, que não entra nas contas do serviço).

Quanto aos gastos com internação, para as 99 encontradas nos registros hospitalares, o faturamento total foi de R\$ 426.078,02, isso representou 76,09% do gasto total. A média dos gastos SUS ficou em R\$ 1.939,08 (média de faturamento AIH) e somou um total de R\$ 137.674,84 (32,31%) dos gastos com internação, o maior valor pago por uma internação pelo SUS foi de R\$ 17.548,54 e o menor, R\$ 70,84.

A Rede Privada contabilizou R\$ 288.403,18 (67,69%), a média encontrada foi de R\$ 10.300,11, o que representa uma tendência de faturamento, aproximadamente, 5,3 vezes maior se comparada à Rede Pública. O maior valor pago por internação nesse grupo foi de R\$ 55.381,66, e para um mesmo trabalhador que teve duas internações, a primeira foi a desse valor apresentado, e a segunda foi por uma reinternação por infecção de sítio cirúrgico que somou R\$ 82.811,86, o menor valor de internação pago foi de R\$ 288,12.

A respeito do seguimento ambulatorial, houve os seguintes achados: faturamento total de R\$ 70.981,40, o que representa 12,67% do total de gastos. A média de gasto por atendimento para o SUS foi R\$ 88,58 com gasto total de R\$ 54.208,38, o que representa 76,36% dos gastos nesse seguimento de serviços. O maior valor pago por um atendimento ambulatorial pelo SUS foi R\$ 201,62 e o menor, R\$ 10,00.

O gasto da Rede Privada com serviços ambulatoriais foi R\$ 16.773,02 equivalente a 23,64% do total com média R\$ 69,31. O maior valor faturado foi R\$ 437,98 e o menor, R\$ 3,59.

Gráfico 11: Comparação entre o volume de atendimento e de gastos totais por Convênio Prestador do Serviço (Piracicaba, 2015).

Os dados do Gráfico 11 apresentam a comparação do volume dos atendimentos com o faturamento, o SUS foi o maior prestador de serviços em volume de atendimento, abrangendo 76,05% de todos os atendimentos prestados ao trabalhador acidentado, entretanto, a Rede Privada teve uma tendência a maior faturamento com 57,17% do gasto total. Isso é demonstrado pela média de faturamento, a do SUS foi R\$ 206,50, e a Rede Privada foi R\$ 872,27, uma tendência de faturamento de, aproximadamente, 4,22 vezes maior deste em relação àquele.

A respeito dos gastos por classe de gravidade e média de gasto por trabalhador, houve o seguinte, conforme os dados da Tabela 14 apresentam:

Tabela 14: Gastos totais por classe de gravidade do AT (Piracicaba, 2015).

Gravidade	N	Média (R\$)	DP (R\$)	Mediana (R\$)	Total (R\$)
Leve	165	162,18	98,71	109,99	26.759,86
Moderado	173	282,56	291,10	179,91	48.889,43
Grave	171	2.832,40	8.203,20	631,75	484.340,00
Total	509	1.100,15	4.898,46	219,97	559.989,29

Fonte: Folhas de Faturamento Hospitalar e AIH (Piracicaba, 2015). NEP (Piracicaba, 2015).

De acordo com as estimativas das médias de gastos apresentadas acima, observa-se que quanto maior a gravidade maior será a média de gastos. Na classe leve a média foi R\$ 162,18 por trabalhador com faturamento total de R\$ 26.759,86; moderados com média R\$ 282,56 e total R\$ 48.889,43 e entre os graves essa média foi R\$ 2.832,40 com faturamento total R\$ 484.340,00.

Conforme estas estimativas com a média de gastos de R\$ 1.100,15 por trabalhador atendido nos serviços de saúde, o total foi R\$ 9.849.642,95 para o universo válido dos 8.953 trabalhadores vítimas de AT no município de Piracicaba para o ano de 2014.

5.5 Um caso para ilustrar a trajetória do trabalhador

Com este projeto, foi possível vislumbrar o impacto nas contas, os gastos e a demanda de atendimentos que os AT causam ao sistema de saúde, público e privado. Mas, há um outro encargo que, não foi possível demonstrar nos resultados, justamente por conta da proposta do estudo, mas, que não poderia passar despercebido. Pois este, certamente, é o maior ônus social, o custo humano do AT, o qual é imensurável³⁹. No Gráfico 6 pode ser visualizada essa realidade: 23 casos de amputações, 76 fraturas, oito casos de esmagamentos e 16 politraumatismos.

Trata-se de um trabalhador, 20 anos, sexo masculino, ocupação motoboy. Sofreu um acidente típico de classificação grave – informações coletadas, após a seleção da amostra e originárias da RAAT.

Foi levado ao pronto-socorro do hospital de referência pelo SAMU com diagnósticos de politraumatismo, traumatismo cranioencefálico com pneumoencéfalo, fratura de face e dedos da mão direita e cricotireoideostomia realizada no local do acidente – informações coletadas pela leitura da ficha de atendimento do pronto-socorro do hospital.

Os dados da Figura 3 apresentam o fluxo dos atendimentos recebidos nos Serviços de Saúde por esse trabalhador:

Figura 3: Esquema de atendimentos recebidos pelo trabalhador acidentado (Piracicaba, 2015).

Fonte: Própria pesquisadora.

O trabalhador foi admitido na sala de Urgência e Emergência hospitalar, onde recebeu atendimentos e ficou aguardando vaga para internação por 1 dia, o valor faturado desse primeiro atendimento foi R\$ 10,00 pela Tabela SUS.

O motivo de internação identificado na AIH desse caso foi tratamento cirúrgico, tratamento conservador de TCE grave e osteossíntese de fratura do complexo órbito-

zigomático-maxilar. Informação coletada da leitura do espelho da AIH, que fica anexa ao prontuário do paciente.

Após a intervenção cirúrgica, o trabalhador permaneceu em recuperação na UTI por 34 dias e mais 10 dias em unidade de internação, passando por mais duas reintervenções cirúrgicas. Recebeu alta após 44 dias de internação (período de permanência hospitalar 03/06/14 a 17/07/14). Ele recebeu alta e saiu do ambiente hospitalar acompanhado pela família e foi levado em cadeira de rodas, pois estava sem o movimento dos membros inferiores e com respiração via traqueostomia. Estas foram informações colhidas no prontuário médico do trabalhador.

Após a alta, realizou duas consultas na Neurologia no mesmo hospital onde recebeu tratamento e um exame de tomografia computadorizada em um outro serviço hospitalar – informações colhidas na consulta ao Sistema de Informação do Hospital e do Sistema de Informação do próprio hospital.

No sistema Olostech, foram encontradas as seguintes informações:

Realizou uma consulta com neurologista no Hospital, o agendamento foi com prioridade em razão de crises convulsivas e ataxia após o TCE, havia recebido alta sem indicação de medicamento anticonvulsivante. Para essa consulta, a família havia solicitado transferência da data pelo fato do paciente estar acamado e não ter como se locomover.

Em outra data, passou por consulta com cirurgião torácico no CEM. Em segunda consulta agendada no mesmo serviço, ausentou-se, em por necessidade de apoio de transporte para locomoção; esta fora reagendada. Devido dificuldade na fala, havia sido encaminhado para triagem em fonoaudiologia, a qual faltou. Não foram encontradas outras informações de retornos ambulatoriais para esse trabalhador.

O primeiro retorno ambulatorial identificado no Sistema foi 34 dias após a alta hospitalar. No Sistema de Informação, não foi possível identificar se esse trabalhador fez algum tipo de reabilitação em fisioterapia. No seguimento com neurologia só foi possível identificar duas consultas no serviço hospitalar, no serviço municipal, uma; na triagem com a fonoaudiologia, não foi identificado novo agendamento.

Ficou evidente que esse trabalhador sofreu diversas sequelas que, provavelmente, tenham comprometido sua funcionalidade física e rotinas familiares.

O valor total dos atendimentos a esse trabalhador somou SUS R\$ 17.625,08. Para a família e ao trabalhador, o custo econômico não foi mensurado. Em um estudo realizado no Estado da Bahia, a família é responsável por 77,7% do gasto total, quando o AT foi grave⁴⁸.

A evidência é de múltiplas necessidades urgentes para uma família que sem o apoio social e econômico da esfera pública, não teria recursos próprios nem para dar continuidade à assistência. O recurso para o acesso foi a principal barreira enfrentada. Não foram evidenciados encaminhamentos para serviços de apoio social, para suporte a essa família.

Certamente, houve outros ônus sociais, para a previdência e empresa. Mas, o maior de todos, o custo humano que, embora não tenha meios para medir, pode-se afirmar que foi socialmente inestimável.

6 DISCUSSÃO

A ação laborativa para o homem significa o momento de desenvolvimento do seu ser social na sociedade⁴⁹. Na história do capitalismo, a força de trabalho tornou-se valorada, como fonte geradora de riqueza e essência do sistema de produção. Nesse sistema, a relação é hegemônica, capital/trabalho. O sentido é de emprego da força de trabalho como mercadoria de uso, ao contrário da concepção originária do trabalho ser fundamento da vida humana. Empregar trabalho humano custa, impõe preço traduzido em salários, mas raras são as oportunidades de desenvolvimento das capacidades humanas.

Nesse contexto, o entendimento do AT evoluiu para um olhar ampliado, saindo da conotação do AT como causa de erro humano, a mediação inadequada do instrumento de trabalho face aos riscos para nova compreensão de AT como causas organizacionais⁵⁰.

Esta breve exposição foi no intuito de articular o propósito contido no projeto matriz que caminha em direção à inovação na abordagem do AT e ao resgate do sentido do trabalho humano.

Piracicaba reúne condições especiais para o cenário de saúde do trabalhador em virtude da história de construção e desenvolvimento do CEREST por meio de pesquisa, envolvendo os trabalhadores em diversos projetos. A busca pela qualidade das informações é um investimento contínuo em termos de aprimoramento da vigilância ao AT o que dá maior amplitude ao processo de formação de rede de parcerias com as empresas, estabelecimentos de saúde e universidades.

Diante disso, conhecer o perfil dos trabalhadores acidentados, as características dos AT e as consequências econômicas sobre o sistema de saúde permite uma melhor dimensão de seu impacto. Trata-se de aspectos que contribuem com ações voltadas à vigilância e redução desse agravo.

Em relação aos perfis, o sexo masculino foi predominante entre as notificações; incidiu em 76,4% das ocorrências entre os trabalhadores. O fato do maior número das ocorrências de

AT ser entre os trabalhadores do sexo masculino é indicativo de que no mercado de trabalho, as vagas ofertadas, tipo: ajudante, auxiliares de serviços gerais, operadores de máquinas e pedreiros são ocupações, normalmente, assumidas por homens em razão da natureza do trabalho. No município em 2013, havia 81.692 trabalhadores do sexo masculino ocupando postos de serviço e 52.341 do sexo feminino³⁰. E, por outro lado, os ramos de atividades que mais empregam no município são os de metalurgia, serviços e construção civil. Ao realizar o teste estatístico, não se verificou a correlação entre sexo e gravidade, as distribuições mostraram-se homogêneas em ambos os sexos para as três classes.

Em relação à idade, encontrou-se a média de 32,99 entre os que sofreram AT. Em 2013, 29,75% dos ocupados no município de Piracicaba estavam na faixa etária entre 30 e 39 anos, e a população em atividade acima de 18 anos chegou a 98,31% da população economicamente ativa (PEA). Menores de 18 anos foram 1,69%³⁰.

A respeito das ocupações desses trabalhadores o que se observa é que são trabalhadores que desempenham atividades predominantemente manuais que exigem menor qualificação (Gráfico 3). As principais ocupações na ordem decrescente foram: ajudante geral, auxiliar de serviços gerais, operador de máquinas, atendente, auxiliares e técnicos de enfermagem, motorista, pedreiro, empregado doméstico, soldador, entre outros. A exceção do trabalho do técnico de enfermagem e do auxiliar de enfermagem que dispõem de capacitação específica, a natureza do trabalho manual e instrumentos de trabalho expõem a riscos potenciais no campo biológico. Em todas as demais ocupações, os trabalhadores submetem-se a diferentes condições e riscos de trabalho. Constatou-se que maior qualificação, menor foi o índice de AT a exemplo de “professor” da área de serviços com 0,6% nas notificações.

Ao pensar porquê e como ocorrem os AT, para esse quadro não se dispõe de elementos explicativos. Entretanto, traz indagações sobre as evidências de que os AT neste estudo ocorreram com os trabalhadores com menor tempo de escolaridade. Não se identificou AT em profissões como engenheiro, administrador, enfermeiros e outros. Isto fez pensar como os trabalhadores lidam com as suas ferramentas, o objeto de trabalho, a divisão de trabalho e as regras oriundas da gerência no manejo desses recursos como da totalidade da organização⁵¹.

Os achados deste estudo guardam similaridade a outro realizado em Salvador Bahia por Santana et al (2013)⁵² utilizando casos de AT atendidos em serviços de emergência. Apesar das diferenças metodológicas, o estudo constatou que a maioria das vítimas eram do sexo masculino (77,8%), 64% jovens com idade inferior a 37 anos, nível educacional mais baixo 53,5% com ensino fundamental, baixa renda familiar (28,8%) e trabalho na construção civil (36,7%).

Particularmente, sobre AT no campo de serviços de saúde, visualizam-se as profissões que se ocupam predominantemente de atividades manuais. Uma pesquisa em um Hospital de Teresina, Piauí, apontou que 49,2% dos AT ocorreram na enfermagem com auxiliares e técnicos de enfermagem, auxiliar de serviços gerais 28,3%, estagiário 15,2% e enfermeiro 9,4%. As causas mais frequentes foram acidentes com material perfuro-cortante 62,2%, além de choque elétrico, mecânica corporal inadequada, emprensamento, quedas, entre outros⁵³. Nos resultados deste trabalho, encontrou-se AT envolvendo material biológico.

O cenário acima exposto aproxima-se dos resultados de pesquisa realizada EUA. Os trabalhadores classificados no *grupo de riscos*, onde há enfrentamento de atividades laborais *mais perigosas*, mais vulneráveis na escala social do emprego, ou seja, condições precárias e de informalidade³⁹.

Ao correlacionar a ocupação com a gravidade, o que se observou foi que a ocupação tipo churrasqueiro, os 100% dos acidentes foram graves ocasionados por queimaduras.

Ao passo que os auxiliares e técnicos de enfermagem tiveram em sua maioria, 87%, os acidentes com perfuro-cortantes e/ou material biológico classificados como graves. Para esses AT, o SINAN recomenda notificação e preenchimento específicos, o que pode haver uma interpretação equivocada ao constatar elevado percentual de registros, como AT graves.

O SINAN de 2005 também recomenda a notificação dos acidentes fatais e graves. Considera AT graves, politraumatismos, amputações, esmagamentos, traumatismos cranioencefálico, fratura de coluna, lesão de medula espinhal, trauma com lesões viscerais, eletrocução, asfixia, queimaduras que resultem na internação do trabalhador e todos os acidentes ocorridos com menores de 18 anos. O mesmo SINAN também recomenda a notificação do AT com exposição a material biológico ocorrido com profissionais da saúde, entretanto não o classifica como grave. Existem outras formas de classificação, como a adotada

por Dorman (2000)³⁹ que considera AT grave aquele que gere afastamento superior a 105 dias do trabalho.

Normalmente, o profissional que atribui a classificação da gravidade é o profissional médico que presta atendimento ao trabalhador, portanto, admite-se existência de subjetividade no momento das decisões. Desta forma, no CEREST que centraliza as informações das ocorrências, a perspectiva é empreender esforços técnicos e políticos, buscando a normalização da classificação dos AT. Como citado, anteriormente, além da classificação adotada por Dorman (2000)³⁹, existem recomendações SINAN (2005) e outros autores como (Santana et al 2007) que tomam como referência a classificação AIS⁴⁸.

Em relação ao tipo do acidente, a prevalência de 78,1%, como era de se esperar, foi de acidentes típicos. O de trajeto somou 20,5%, e de doenças ocupacionais foram 1,4%, contando sete casos. Em escala de gravidade, dos AT (Gráfico 5) nos típicos, houve uma distribuição de frequências aproximadas entre AT leve, moderado e grave. Nos de trajeto, observou-se uma tendência a concentrar moderados e graves (Gráfico 5).

A estatística do INSS de 2013⁶, apontou crescente notificação de AT. Os relacionados ao trajeto apresentaram crescimento maior que os acidentes típicos, no período entre 2011 e 2013, houve aumento de 10,6% e 1,5%, respectivamente. Walbvogel, em 2003⁵⁴, assinalou que os AT relacionados ao trajeto em sua maioria, 80%, eram decorrentes de colisões e capotamentos, justificando a gravidade das lesões. Nos os acidentes típicos, 20,2%, eram relacionados a choques, esmagamentos, explosões e quedas. Corroborando o cenário exposto, os AT de trajeto deste estudo confirmam a gravidade desses acidentes, pois, envolveram lesões como fraturas, politraumatismo, TCE e outros traumas.

Nos AT, os diagnósticos mais frequentes foram as fraturas, seguidas FCC, contusões, traumas, acidentes com material perfuro-cortante, politraumatismos, entorse, TCE e amputações, são os dez primeiros na lista (Gráfico 6). Nota-se que esses diagnósticos todos têm origem no trauma. Um estudo realizado no Reino Unido em uma unidade de trauma, os AT representaram 4,3% do total de atendimentos, desses 98,83% foram de origem traumática⁵⁵.

Piracicaba é um município que exhibe uma rede estruturada de forma a avançar na integralidade das ações em saúde, desde que, articuladas entre si. Há uma diversidade de

equipamentos municipais, contudo, segmentados. Provavelmente implica dificuldade de acesso aos usuários. Exemplificado pelo caso apresentado, anteriormente, descrevendo o enfrentamento de acesso aos serviços da rede.

O presente estudo buscou apreender dados longitudinais, categorizados em serviços de Urgência e Emergência, Internação e Ambulatoriais. Para a amostra dos 509 trabalhadores, o volume total foi de 1.528 atendimentos. O SUS respondeu por 76,05% e a Rede Privada por, 23,95% dos atendimentos.

Sobre a importância dos SUS, dois estudos nacionais salientam a prestação dos serviços de saúde, o primeiro descrito por Cordeiro et al (2000)⁵⁶, em Botucatu, verificou 80,7% foram realizados pelo setor público o segundo de Santana et al (2007)²⁷ em Salvador-Bahia com mais de 71% dos atendimentos, o SUS também foi o principal responsável.

Isto mostra que de fato o SUS é o Sistema que acolheu esses trabalhadores que sofreram acidentes, que em sua maioria, eram celetistas (91,1%). Esta reflexão é merecida, partindo da condição de que os trabalhadores dispõem de vínculos formais de emprego e é da expectativa que a empresa ofereça cobertura por meio de serviços próprios de atendimento ou uma contrapartida de ressarcimento das despesas que oneram o serviço público. Não é o que acontece, e é uma grande contradição. Embora o presente estudo não tenha explorado essa constituição de serviços para os empregados, a hipótese é que a empresa ofereça somente atendimentos básicos de saúde ocupacional, justificando a demanda acima apontada. Entretanto, valendo-se do princípio da Universalidade, o SUS garante o acesso a qualquer cidadão. Nesse sentido, a ótica é a do Direito Constitucional e da Seguridade Social a esses trabalhadores que, ao serem encaminhados pelas empresas foram acolhidos pelos serviços públicos^{34,35}.

Pode-se afirmar que a zona de conflito maior vai além dos princípios descritos no parágrafo anterior. O contexto é do estado capital^{57,58}. Em regime capitalista, seja no setor público ou privado, todas as ações demandadas para os cuidados, custam, ou seja, implicam custeio de recursos, que neste estudo estão expressas nos volumes de atendimentos encontrados e seus faturamentos (Tabela 13).

O volume total de atendimentos de urgência e emergência registrados para a amostra selecionada foi maior que esta, com 573 atendimentos encontrados nos serviços municipais e hospitalares, para a amostra de 509, foram 70 transferências entre serviços de urgência e emergência, o que pode significar a busca pela resolutividade dos casos ou falta de recursos humanos, técnicos, materiais ou equipamentos.

Os serviços de saúde pública do município são os que mais acolhem, pois foram os mais acessados, UPA e COT com 74,52% dos atendimentos, os prontos-socorros hospitalares 25,48%, desses 16,4% tiveram financiamento privado e 9,08% público. Com isso, constatou-se que o SUS acolheu 83,6% dos trabalhadores acidentados e a rede privada, 16,4%.

Verificou-se que na prática, a rede UPA e a unidade COT desempenharam o papel fundamental no acolhimento. Todavia, a atenção básica também desempenhou o seu papel de acolhimento, mas na contrarreferência, dando continuidade ao tratamento e reabilitação ao trabalhador lesionado. O COT serviu não somente como primeiro atendimento, mas acrescido da função de assumir atividades de referência, tais como: retorno de consulta com profissional médico, ortopedistas, troca de talas, exames de raio-x, curativos que exigem avaliação médica e outros cuidados específicos que envolvem processos de reabilitação ortopédica. Neste raciocínio, os hospitais receberam pacientes no setor de emergência referenciado. Certamente, por acidentes de trajeto, envolveu a atuação do SAMU, e este agiu de acordo o fluxo de referência estabelecido técnica e politicamente no cenário municipal.

Após o atendimento inicial, 369 (56%) foram liberados de alta, e 29 (4,4%) receberam alta com algum encaminhamento para continuidade do atendimento nos seguintes serviços: CEDIC, CEM, Cerest, Clínica de Olhos, COT, UBS/USF, UPA, fisioterapia, oftalmologia e ortopedia, além dos serviços de ambulatório dos hospitais. É interessante pontuar que o trabalhador que foi encaminhado para o CEDIC foi uma técnica de enfermagem que contraiu tuberculose pulmonar e realizou tratamento supervisionado.

O que se destaca é o papel que as UPA distribuídas geograficamente no município (Figura 1) vêm assumindo no contexto da rede SUS para a Saúde do Trabalhador. Indiretamente, recai a elas o ordenamento dos fluxos no interior da rede de saúde. Na mesma medida, os Prontos Socorros da Santa Casa e do Hospital Fornecedores de Cana e o COT

(Figura 1), acolhem também os primeiros atendimentos. Diante disso, essas instituições apresentam papéis semelhantes no primeiro acesso. Mas, diferem em suas respectivas vocações institucionais aliadas às competências dos profissionais que estruturam a dimensão tecnológica dessas instituições.

Em uma breve transição histórica, observa-se que a Santa Casa foi fundada em 1854 exibindo seus 162 anos de existência. E o Hospital Fornecedores de Cana apresenta perfil mais jovem, de 1967, inaugurado para atender à população rural de cortadores de cana^j. E que as UPA são recentes originadas a partir da década de 2000, privilegiando o acesso aos cuidados. Sob um olhar panorâmico dos acidentes observou-se o predomínio de lesões da estrutura óssea, tipo fraturas que são absorvidas primordialmente por COT e Pronto Socorros. Em virtude dessas vocações, alguns casos como queimaduras são transferidos para a outro município, ocultando parte de gastos SUS do município em questão.

Os fatos foram demonstrados nas Tabela 7, Tabela 10, o Gráfico 10 e a Tabela 13 que organizaram dados sobre o volume de atendimentos e os gastos decorrentes. 232 trabalhadores da amostra impactaram em 854 atendimentos, para continuidade de tratamento, recuperação e reabilitação física. Evidenciou-se que os trabalhadores vítimas de AT graves tiveram maior necessidade de cuidados do que aqueles moderados e leves. A frequência de retornos (Tabela 10) do total de 561, atendimentos para os graves, resultou uma média geral de 3,26. Nos casos de internados, a frequência de retornos foi a mais expressiva com uma média de 7,53 pós-alta hospitalar. Relacionando esses dados com o Gráfico 8, confirma-se a correlação entre gravidade e o evento internação.

Além do princípio da universalidade, diante da utilização e acesso aos serviços para os trabalhadores, emerge a Integralidade em duas dimensões; a primeira, sobre a atenção e cuidado integral e a segunda, referente ao Sistema. Conforme os resultados, observou-se que as necessidades não foram atendidas em uma única instituição, demandando inúmeros deslocamentos entre os serviços de diferentes níveis de atenção (Figura 3), ilustrados mais adiante. Nessa realidade, o que se pode atestar é que o Sistema se encontra fragmentado em

^j Fontes: <http://hfc.com.br/o-hospital.html>; <http://www.santacasadepiracicaba.com.br/instituicao.asp>

instituições dispostas em especialidades médicas e de serviços de apoio. Analisando essas duas dimensões faz repensar que os estabelecimentos de saúde objetivamente tratam da recuperação do corpo biológico⁵⁹, constituindo-se de práticas predominantemente tecnoassistenciais, com limitação dos aspectos subjetivos e sociais no processo de cuidado. Aparentemente, sem coordenação do fluxo de atendimento⁶⁰, dependendo das decisões dos profissionais envolvidos nos momentos do atendimento. A título de ilustração decidiu-se uma exposição de caso enfrentado por um trabalhador e sua família salientando a dificuldade de acesso (Figura 3).

Diante do quadro de AT importa analisar o grau de extensão de gastos para ao Sistema Municipal.

Quanto aos gastos, o SUS foi responsável por 42,83% e a Rede Privada, somente atenção hospitalar, por 57,17% de um total de R\$ 559.989,28, estimados para a amostra (Tabela 13).

Os serviços de porta de entrada Pronto-Atendimento, Urgência e Emergência representaram 37,5% do volume de atendimento, enquanto gastos atingiram 11,24% do total, resultando R\$ 62.929,86 (Tabela 13).

As internações somaram R\$ 426.078,26. Do total de 94 internados, 90,4% foram provenientes de AT graves. Consequentemente, foram trabalhadores que necessitaram de maiores recursos dos três níveis de atenção. Os resultados de Santana et al (2013)⁵¹ corroboram este achado que quanto maior a gravidade do acidentado, maior é demanda mais recursos do Sistema de Saúde e também, associados as despesas intrafamiliares. Os dados da Tabela 14 confirma os achados quanto as despesas por classe de gravidade.

Análogo aos perfis de gastos deste estudo, a pesquisa realizada em Salvador, somou US\$ 40.077.00⁵¹. Demonstrou que o SUS foi responsável por 40,6% e o somatório SUS e o gasto familiar foram de 91,1%; e os seguros de saúde privados, 1.0%. Também constatou que AT mais graves têm maior impacto nos gastos com 59% do total. Vale destacar que o resultado desta pesquisa apontou que os AT graves atingiram 86,49% do total de gastos, considerando o comportamento do Gráfico 8 que evidencia a relação diretamente proporcional da gravidade e internação.

É notório que há uma discrepância entre o volume de atendimento e os valores de faturamento (Gráfico 11) que indicam as proporções de atendimentos e gastos nas Rede SUS e Rede Privada, como expostos anteriormente. A diferença expressiva encontra-se nos gastos hospitalares com internações. O SUS atendeu 78 internações e a rede privada, 21. A média de faturamento SUS foi de R\$ 1.939,08 e a Rede Privada de R\$ 10.300,11. Estes valores expressam a disparidade de 5,3 vezes menores da média de faturamento por Tabela SUS do que do faturamento por meio da Tabela da rede privada. Isto pode ser visualizado por exemplos de situações reais com os usuários que apresentavam necessidades semelhantes em procedimentos cirúrgicos por fraturas e necessidade de suportes em Unidade de Tratamento intensivo (UTI). O usuário SUS era portador de politrauma, TCE ficou 34 dias na UTI, além do período de internação prolongado. O faturamento SUS foi de R\$ 17.458,24, sendo esse o maior valor em AIH em 2014. Do usuário da rede privada era o mesmo, politrauma. A internação durou 23 dias, incluindo UTI; o faturamento foi de R\$ 55.381,66. Mas, teve a segunda internação após 16 dias de alta em razão de infecção de sítio cirúrgico, o que incidiu mais 11 dias de internação e faturamento de R\$ 25.433,15; o total foi de R\$ 80.814,81.

É válido ponderar a lógica econômica dos dois serviços, nos quais na Rede Privada o pressuposto é auferir lucro nos preços em consonância às regras de mercado. Ao passo que no SUS, no qual se deve considerar o direito do cidadão, traduz-se por disponibilidade de recursos públicos, o acesso ao benefício SUS do sistema da proteção social.

Uma questão preponderante é a evidência da defasagem dos valores estabelecidos na tabela SUS, base de cálculo para os pagamentos realizados aos serviços conveniados. Já foi demonstrado no faturamento hospitalar e merece apontar a realidade do preço praticado no atendimento em urgências e ambulatorios hospitalares em hospitais: o faturamento variou de R\$ 10,00 a R\$ 136,00 por atendimento, sendo R\$ 10,00 a grande maioria do faturamento relacionado ao presente estudo.

Essa prática da Tabela SUS pode ser confrontada pelo estudo produzido pela SMS Piracicaba, apresentado na Metodologia desta pesquisa. O valor por atendimento nas UPA e COT foi de R\$ 109,99 o que se acredita ser próximo do gasto real. Para a atenção básica, a modalidade de Saúde da Família foi de R\$ 201,62, no CRAB foi de R\$ 155,42 e na UBS

tradicional foi de R\$ 110,73. Vale ressaltar que estes serviços geraram gastos na contra-referência com serviços ambulatoriais ou para acompanhamentos e retornos.

A Tabela 13 visualiza a distribuição dos atendimentos e dos valores de faturamentos em medidas de tendência central englobando os três níveis de serviços, distinguindo os atendimentos em rede pública e privada. Os dados da tabela citada apontam aspectos fundamentais para o estudo: volume de atendimento majoritário para o SUS como já exposto, diferença no valor médio de faturamentos e os valores máximos encontrados. Vale ressaltar que, nos valores médios da rede de urgência e emergência, a vantagem é para a rede privada em quase 50% mais. No nível ambulatorial, há uma diferença de 28% a mais para o SUS. Isto é em razão dos estudos do NEP que reúnem informações sobre gastos em saúde, sendo, portanto, dados reais de custeio das instituições. Quanto ao valor máximo dos tratamentos, sobretudo hospitalar, permite articular alto dispêndio às condições socioeconômicas dos trabalhadores que traduziram a capacidade financeira remota se não houvesse recurso SUS. Neste sentido, SUS é uma política social que legitima a condição de cidadania, mesmo com os problemas visíveis de defasagem da Tabela SUS. No fluxo de atendimento hospitalar, os usuários SUS tiveram alta e foram acompanhados pelo próprio serviço. Pressupõe-se que os profissionais assumiram a responsabilidade pelo acompanhamento da evolução do tratamento, mesmo sendo usuários SUS e da realidade da Tabela.

Em 2014 o município de Piracicaba teve 24.506 AIH aprovadas, e a média de faturamento AIH foi R\$ 1.645,43⁶¹. Nesse total, estão inclusas as 78 internações por AT financiadas pelo SUS, que tiveram faturamento médio de R\$ 1.939,08. Conclui-se que as lesões por AT que levaram à internação tiveram valores de faturamento médio maior que a média geral do município para o mesmo período. O que indica gravidade das lesões e gravidade do problema que é o AT.

Com o propósito de encontrar dados da rede privada em relação a gastos por atendimento em regime de internação, essa busca elucidou interessantes dados de 2013, em que o gasto médio, nacional, dos convênios coletivos com internações foi de R\$ 6.734,89⁶². Ao aprofundar a pesquisa no próprio município, nesse mesmo banco de dados, revelou que os trabalhadores usuários da Rede Privada com adesão aos planos coletivos, a média por internações foi de R\$ 10.300,11 (Tabela 13). Assim como na Rede Pública, a Rede Privada teve

um faturamento médio de internações maior quando o motivo da internação estava relacionado ao acidente de trabalho.

Pensar em prevenção de AT é pensar intersetorialmente, pensar no restabelecimento das condições básicas da saúde do trabalhador após sofrido um AT, também é pensar intersetorialmente. Isso porque envolve diversos setores da sociedade e também setores diferentes dentro do campo da saúde. Tal discussão envolve políticas sociais; nessa discussão, a Seguridade Social, uma vez que, falar em direito social relativo à saúde do trabalhador é pensar em Saúde, Previdência e Assistência Social e a articulação dessas três esferas é necessária.

A respeito da saúde como política de Proteção Social, é no Estado Brasileiro a única de direito universal e que se tem feito valer, tomando como base os dados dos atendimentos ao trabalhador-vítima de AT, foram encontrados três casos de trabalhadores que entraram nos serviços pelo SUS, atendidos em UPA e, ao serem encaminhados para serviços hospitalares passaram a ser atendido com financiamento privado, dois destes casos foram para hospital privado não participante da pesquisa. O SUS mantém, assim, o direito do acesso universal aos serviços de saúde.

Já a previdência, que se configura em um direito meritocrático, onde quem contribui terá acesso a ele, foram 460 dos 509 trabalhadores com ocupações em regime CLT (91,1%), 5 (1%) eram servidores públicos, autônomos e outros 40 (8%). Com isso, nota-se que a maioria era assegurada pela previdência. Entretanto, há uma parcela desses trabalhadores fica à margem dessa política social, dependentes em caso de perda de incapacidade permanente ou temporária à mercê da Assistência Social. No Brasil, bem como outros países periféricos e/ou desenvolvimento nunca existiu uma política de *Welfare State*, onde as políticas sociais são categoriais, salvo Saúde e Educação (que não compõe a Seguridade Social brasileira), em que o acesso é por meio de programas ou para categorias específicas da sociedade, como é o caso dos trabalhadores e de alguns programas de governo, como já mostradas anteriormente – PNI, PHPN - ou programas de transferência de renda organizados politicamente no cumprimento de determinados critérios para usufruto deles⁵⁸, como é o caso do Bolsa Família.

A ocorrência do AT provoca uma série de eventos de impacto negativo, sobre a sociedade, o empregador e, primordialmente, sobre o próprio trabalhador^{4,14}. Primeiro, porque é o trabalhador quem porta a lesão e poderá adquirir incapacidade ou perda de função, passará por uma rotina estressante de hospitalização, tratamentos, reabilitação e dependerá da atitude de acolhimento, da escuta e dos afetos⁶³ que será decisivo no curso de seu tratamento.

O trabalhador, ao se afastar do emprego, terá redução salarial, suas relações e funções domésticas, possivelmente, sendo afetadas, passará a depender da família, família essa que também afetada pelo impacto financeiro gerado, pois a maior parte deste recai sobre a família^{39,51}. Nesse sentido a existência de uma política social pelo Estado possibilitaria amparo a diversas necessidades como a situação descrita anteriormente.

O Estado que, constitucionalmente, é provedor do Sistema de Proteção Social, na qual a saúde compõe-se junto à previdência e assistência social. Os serviços públicos de saúde são expressões desse direito no município de Piracicaba representados pelas UPA, COT, serviços especializados e de apoio da rede e atenção básica, além dos convênios com hospitais privados⁵⁸.

Tais serviços configuram-se como objetos sociais e, estes por sua natureza, geram riquezas concernentes à sociedade, mas não geram lucro do regime capitalista. Tendo em vista isso, na relação Capital-Estado, a força do capitalismo sobrepõe-se ao Estado, em função dos governos que não se sustentam nos princípios democráticos da sociedade⁵⁸. Um exemplo de constatação dessa realidade é o subfinanciamento das potencialidades de políticas sociais incluindo serviços de saúde^{26, 35, 41}.

Essa reflexão emerge no sentido de se o Estado não exerce autoridade na perspectiva de assumir o papel de mediador⁵⁷ nas relações entre capital e sociedade e, conseqüentemente, na organização do trabalho, como poderia ele intervir nos determinantes dos AT e influir na prevenção deles.

Neste estudo, o que aflora é a sobrecarga ao sistema de saúde, ainda na esfera municipal. Teoricamente, segundo o Sistema Tributário, é a escala de menor autonomia financeira. Entretanto, as pesquisas evidenciam o crescimento da participação do município, ao contrário da redução da União e dos Estados na composição do orçamento de saúde^{35,41}. Desse modo, a

questão é: quem financia? É notório que a instância municipal é a principal afetada pelas decisões políticas e mercantis do Estado e arca com a maioria das despesas com a prestação dos serviços de saúde.

7 CONCLUSÃO

Os homens são os mais afetados pelos AT. Ao pressupor que, pela faixa etária média, desempenham a liderança econômica, impactando na sustentabilidade familiar.

O SUS municipal assume protagonismo do atendimento ao trabalhador, tanto dos que portam vínculos formais, assim como informais.

O gasto estimado no custeio de atendimento aos AT foi na ordem de R\$ 9.849.642,95. Acredita-se que traduz apenas uma parte da dimensão do ônus econômico, ocultando a magnitude do impacto à sociedade. Mas, sem dúvida, conhecer o montante de gastos que envolvem AT contribui objetivamente na apropriação da realidade de inserção dos trabalhadores no mercado. A moeda exprime parte dos valores na tensão de oferta e demanda de bens e serviços. Na verdade, o *fetice* do capitalismo, tendendo a destituir, por exemplo, o valor ontológico do trabalho não consegue expressar a dimensão do problema. Nisto transparece a fragilidade da relação Estado e Sociedade civil.

Percebe-se a capilaridade dos problemas gerados pelo AT em diversas instâncias, típicas da imperfeição do sistema. Por outro lado, o poder público municipal encontra-se em desenvolvimento em sua linha de tempo histórico, e, portanto, necessita do comprometimento da sociedade como um todo. A perspectiva do quadro analisado manifesta a necessidade de fortalecimento dos poderes públicos a assumirem o papel de mediadores estratégicos na coordenação de ações intersetoriais direcionadas à prevenção de AT.

Reconhece-se que uma das limitações do estudo foi a dificuldade de apropriação dos gastos em plenitude, por envolver algumas barreiras estruturais e de tempo de pesquisa.

7.1 Considerações finais

Um dos aspectos de importância para tornar este estudo possível, foi a abertura e contribuição dos setores e pessoas das instituições envolvidas na coleta de dados. Sem o auxílio desta natureza e da magnitude do projeto temático não se efetivaria o presente estudo.

Percebeu-se que, no investimento em pesquisa, a transformação da prática torna-se realidade, ao transformar pessoas. Como Paulo Freire afirmava: “*transformar as pessoas é o potencial da transformação da realidade.*”

O Sistema de Informação é uma ferramenta essencial dada a complexidade das relações no mundo, podendo afirmar que os investimentos anteriores na melhoria do SIVAT despontam efeitos positivos na visibilidade dos AT e dos esforços institucionais do CEREST. Entretanto, a potência de articular as informações ainda se encontra no processo *devir*. A conjugação política da ciência, Estado e sociedade deve fomentar o desenvolvimento no sentido de diminuir desigualdades intersetorialmente.

A rede de serviços articulados é fundamental para desenvolver o princípio da integralidade do SUS na atenção com vistas a tornarem resolutivas. Neste estudo, o que emergiu, foi a falta de visibilidade da atenção básica articulada a diversas instâncias da rede, uma vez que, ao estar próxima aos sujeitos no território favorecendo a atenção longitudinal, reúne condições de ordenador do cuidado.

REFERÊNCIAS

- 1 Mendes JMR, Wünsch DS. Elementos para uma nova cultura em segurança e saúde no trabalho. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, 32 (115): 153-163, 2007.
- 2 Franco T, Druck G, Silva ES. As novas relações de trabalho, o desgaste mental do trabalhador e os transtornos mentais no trabalho precarizado. *Revista Brasileira de Saúde ocupacional*, São Paulo, 35 (122): 229-248, 2010.
- 3 Guida HFS, Brito JC, Alvarez D. Gestão do trabalho, saúde e segurança dos trabalhadores de termelétricas: um olhar sob o ponto de vista da atividade. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, s/n, 2011.
- 4 Leigh JP. Economic burden of occupational injury and illness in the United States. *The Milbank Quarterly*, 89, 728-772, 2001.
- 5 International Labour Organization: Work hazards kill millions, cost billions. Article [internet] 23 May 2003a. Available from: <http://gelmans.com/ReadingRoom/tabid/65/ctl/ArticleView/mid/372/articleId/322/ILO-Work-hazards-kill-millions-cost-billions.aspx>.
- 6 Anuário Estatístico de Acidente de Trabalho – 2013 [internet]. Available from: <http://www.previdencia.gov.br/dados-abertos/aeat-2013/estatisticas-de-acidentes-do-trabalho-2013/subsecao-a-acidentes-do-trabalho-registrados/tabelas-a-2013/>.
- 7 Brasil. Ministerio do Emprego e trabalho Estratégia Nacional para Redução dos Acidentes do Trabalho 2015- 2016. Ministério do Trabalho e Emprego Secretaria de Inspeção do Trabalho Departamento de Segurança e Saúde no Trabalho Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho. Brasília 2015. Available from: <http://portal.mte.gov.br/data/files/FF8080814D5270F0014D71FF7438278E/Estrat%C3%A9gia%20Nacional%20de%20Redu%C3%A7%C3%A3o%20dos%20Acidentes%20do%20Trabalho%202015-2016.pdf>.

-
- 8 Santana VS, Araújo-Filho JB, Oliveira PRA, Branco AB. Acidentes de trabalho: custos previdenciários e dias de trabalho perdidos. *Revista Saúde Pública*;40(6):1004-12, São Paulo, 2006.
- 9 Galdino A, Santana VS, Ferrite S. Os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador e a notificação de acidentes de trabalho no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 28(1):145-159, 2012 Jan.
- 10 Geths E. O impacto econômico dos acidentes de trabalho na indústria da construção brasileira Entre 2002 e 2006 [Dissertação]. Pontifícia Universidade Católica de Porto Alegre, 2009.
- 11 Mendes JMR, Wünsch DS. Serviço Social e a saúde do trabalhador: uma dispersa demanda. *Serv. Soc. Soc.*, São Paulo, n. 107, p. 461-481, 2011 Jun-Set.
- 12 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora [internet]. Brasília, 2012. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html Acesso em: 01.fev.13.
- 13 Silva EP, Peixoto FL, Coutinho PM, Constanzi RN. O perfil dos beneficiários do regime Geral de previdência social (rgps). Ministério da Previdência Social. Informe de Previdência Social. Brasil , 26 (02), 2014 Fev.
- 14 Jackson Filho JM, Garcia EG, Almeida IM. Editorial: A Saúde do Trabalhador como problema público ou a ausência do Estado como projeto. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, 32 (115): 4-6, 2007.
- 15 Barreira THC, Jackson Filho JM. Efetividade na implementação de políticas no campo da Saúde e Segurança no Trabalho (SST) e novas formas de ação. *Revista brasileira de Saúde ocupacional*, São Paulo, 2009; 34 (119): 04-05.
- 16 Lima FPA. Ensaio. Ações coordenadas em saúde do trabalhador: uma proposta de atuação supra-institucional. *Revista brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, 2009; 38(127).

17 Jackson Filho JM, Vilela RAG, Garcia EG, Almeida IM. Sobre a “aceitabilidade social” dos acidentes do trabalho e o inaceitável conceito de ato inseguro. Editorial. Revista Brasileira de Saúde ocupacional, São Paulo, 2013; 38 (127): 6-8.

18 Jacobina A, Nobre LCC, Conceição, PSA. Vigilância de acidentes de trabalho graves e com óbitos. In: Bahia. Secretaria da Saúde. Superintendência de vigilância e proteção da saúde. Manual de normas e procedimentos técnicos para a vigilância da saúde do trabalhador. Centro de estudos da saúde do trabalhador, Bahia, p. 87-115, 2002.

19 Nogueira DP. A Incorporação da Saúde Ocupacional à rede primária de saúde. Revista de Saúde Pública, São Paulo, 1984; 18(6): 495-509.

20 Gomez CM, Costa SMFT. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas . Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1997; 13(2).

21 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Decreto nº 7.508 de 28 de julho de 2011: Regulamentação da Lei Orgânica 8080/90. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

22 Brasil. Ministério da Saúde. CONASS. Portaria GM/MS 399/2006. Portaria GM/MS 699/2006. Para entender o pacto pela saúde. Nota técnica 06 [internet]. Brasília, 2006 Mai 09. Available from: <
http://www.saude.al.gov.br/files/pactopelasaude/manuais/para_entender.pdf> Acesso em: 01.fev.13

23 Brasil, Ministério da Saúde. Para saber das coisas: falando da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e doenças relacionadas ao trabalho. Hemeroteca Sindical Brasileira [internet]: São Paulo, 2006. Available from: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/dicas/116cerest.html> Acesso em: 01.fev.13

24 De Greef M. Benefits of Occupational Safety and Health. Prevent Institute for Occupational Safety and Health. EUA, 2010.

25 International Labour Organization. Safety in numbers - Pointers for a global safety culture at work [internet]. International Labour Office, Geneva, 2003. ISBN 92-2-113741-4. Available

from: www.ilo.org/public/english/protection/safework/worldday/report_eng.pdf Acesso em: 01.fev.13

26 Soares A. O Subfinanciamento da Saúde no Brasil: uma política de Estado.[tese] Campinas Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2014.

27 Santana VS, Araújo GR, Espírito-Santo JS, Araújo-Filho JB, Iriart J. A utilização de serviços de saúde por acidentados de Trabalho. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, São Paulo, 2007; 32 (115): 135-143.

28 Almeida PCA, Branco, AB. Acidentes de trabalho no Brasil: prevalência, duração e despesa previdenciária dos auxílios-doença. Revista brasileira de Saúde ocupacional, São Paulo. 2011; 36 (124): 195-207.

29 Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE). Portal de Estatísticas do Estado de São Paulo [internet]. São Paulo, 2015. Available from: < <http://www.imp.seade.gov.br/frontend/#/perfil> >.

30 Piracicaba. Instituto de pesquisa e planejamento de Piracicaba. Empregados por atividade econômica no município de Piracicaba - 1996 A 2013 [internet]. Diretoria de estudos socioeconômicos, informações e desenvolvimento urbano e rural. Departamento de sistema de informações. Piracicaba, 2014. Available from: <http://www.ipplap.com.br/docs/Empregados%20por%20Atividade%20Economica%20-%201996%20a%202013.pdf>.

31 Vilela RAG, Mendes RWB, Gonçalves CAH, 2007. Acidente do trabalho investigado pelo CEREST Piracicaba: confrontando a abordagem tradicional da segurança do trabalho. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, São Paulo. 2007; 32 (115): 29-40.

32 Cordeiro R, Vilela RAG, Medeiros MAT, Gonçalves CGO, Bragantini CA, Varolla AJ, et al. O sistema de vigilância de acidentes do trabalho de Piracicaba, São Paulo, Brasil. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2005; 21(5):1574-1583.

33 Melo MA. Crise do mundo do trabalho e seguridade social. São Paulo em Perspectiva, São Paulo. 1995; 9(4).

34 Brasil. Ministério do desenvolvimento social e combate à fome Secretaria nacional de assistência social. Política Nacional De Assistência Social [internet]. Brasília, 2004 Set. Available from: < <http://www.assistenciasocial.al.gov.br/sala-de-imprensa/arquivos/PNAS.pdf/view>

35 Marques, RM; Mendes, AN. Financiamento da seguridade social brasileira: uma história de conflitos. Augusto Guzzo Revista Acadêmica, São Paulo. 2012; 1(2): 53-61. ISSN 2316-3852. Available from: <http://www.fics.edu.br/index.php/augusto_guzzo/article/view/82/94>.

36 Viana A, Levcovitz E. Proteção social: introduzindo o debate. In: Viana ALd-A, Elias PEM, Ibañez N, organizadores. Proteção social. São Paulo: Hucitec; 2005, p. 15-55.

37 Wünsch DS, Mendes JMR. R. Saúde do trabalhador e proteção social: as repercussões da precarização do trabalho no capitalismo contemporâneo. Revista Rede de Estudos do Trabalho, 2011, v 9.

38 Mota AE. Serviço Social e Seguridade Social: uma agenda recorrente e desafiante. Dossiê Trabalho e projeto Profissional. Revista da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2007, n 20.

39 Dorman P. The economic of safety, heath and well-being at work: an overview. In Focus Program on Safe Work, International Labour Organisation .The Evergreen State College, 2000 May.

40 Davi J, et al. A seguridade social em tempo de crise do capital: o desmonte de seu orçamento. SER Social Brasilia. 2010; 26(12): 59-87.

41 Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. Lancet, 2011; 1778-97.

42 Brasil. Ministério da saúde. DATASUS. Sistemas e Aplicativos. Departamento de Informática do SUS [internet]. Brasília, 2008. Available from: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0401> Acesso em: 01.fev.13

43 Dias EC, Rigotto RM, Augusto LGS, Cancio J, Hoefel MGL. Saúde ambiental e saúde do trabalhador na atenção primária à saúde, no SUS: oportunidades e desafios. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, Brasil. 2009; 14(6): 2061-2070.

44 Schutz F. Mioto RCT. Intersetorialidade e política social: subsídios para o debate. *Revista Sociedade em Debate*, Pelotas. 2010; 16(1):59-75.

45 Monnerat GL, Souza RG. Da seguridade social à intersectorialidade: reflexões sobre a integração das políticas sociais no Brasil, 2011.

46 Azevedo E, Pelicioni MCF, Westphal MF. Práticas Intersetoriais nas políticas públicas de promoção de saúde. *PhysisRevista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro. 2012; 22(4): 1333-1356.

47 Akerman M, Sá RF, Moyses S, Rezende R, Rocha D. Intersetorialidade? IntersetorialidadeS! *Revista Ciência e Saúde Coletiva*. 2014; 9(11): 4291-4300.

48 Santana VS, Iriart J, Araújo G, Xavier S, Oliveira R, Araújo Filho JB, Lisboa MC. Projeto: Custos sociais diretos e indiretos dos acidentes de trabalho: um estudo de coorte. Relatório de atividades (2005-2007). Universidade federal da Bahia, Instituto de saúde coletiva. Programa integrado em saúde ambiental e do trabalhador, 2008.

49 Santos RE. Notas sobre a importância do trabalho na ontologia de George Lucáks. *Revista Estudos Filosóficos*. 2009; 1(2): 86-100.

50 Llory M, Montmayeul R. O acidente e a organização. Belo Horizonte: Fabrefactum, 2014, 192p. (Série: Confiabilidade Humana).

51 Virkkunen J, Newnham DS. O Laboratório de mudança: uma ferramenta de desenvolvimento colaborativo para o trabalho e educação [tradução]. Belo Horizonte: Fabreacum, 2015. 424p. (Serie trabalho e Sociedade).

-
- 52 Santana VS, Souza EPF, Pinto ICM. Health Care Costs and the Socioeconomic Consequences of work injuries in Brazil – A longitudinal Study. *Industrial Health*, 2013.
- 53 Ribeiro PC, Ribeiro ACC, Lima Junior FPB. Perfil dos acidentes de trabalho em um hospital de Teresina, PI. *Revista Cogitare Enfermagem*, 2010 Jan/Mar; 15(1):110-6
- 54 Waldvogel, BC. A população trabalhadora paulista e os acidentes do trabalho fatais. São Paulo em Perspectiva, São Paulo. 2003; 17(2).
- 55 Macdonald DJM, Sanati KA, Macdonald EB. The costs and characteristics of occupational injuries admitted to a trauma unit. *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics*. 2012; 18(4):587–590.
- 56 Cordeiro R. Incidência de acidentes do trabalho não-fatais em localidade do Sudeste do Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 2006; 22(2).
- 57 Farias FB. O Estado capitalista contemporâneo: para a crítica das visões regulacionais. São Paulo: Cortez, 2000, v73. (Coleção Questões de Época).
- 58 Faleiros VP. O que é política social. São Paulo: Brasiliense, 2013. (Coleção Primeiros Passos).
- 59 Zanolli ML, Merhy EE. A pediatria social e as suas apostas reformistas. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 2001; 17(4): 977-987.
- 60 Marsiglia R (coord). Integralidade e atenção primária em saúde: avaliação da organização do processo de trabalho em unidades de saúde da secretaria municipal da saúde de São Paulo. Secretaria municipal de saúde de São Paulo. Centro de estudos Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão - CEALAG I. São Paulo, 2008.
- 61 Brasil. Ministério da Saúde. Procedimentos hospitalares do SUS - por local de internação - São Paulo. Diretoria Regional de Saúde X. Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), 2015.

62 Ministério da Saúde. Caderno de Informação da Saúde Suplementar, Beneficiários, Operadoras e Planos Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) Diretoria de Desenvolvimento Setorial (DIDES), 2014.

63 Franco TB, Merhy EE. O Reconhecimento de uma produção subjetiva do Cuidado [internet]. Available from: <http://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/reconhecimento-producao-subjetiva-cuidado.pdf>

ANEXOS

Anexo 1: Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, Projeto temático.

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Faculdade de Saúde Pública
Universidade de São Paulo

OF.COEP/060/13

28 de junho de 2013.

Prezado pesquisador,

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, analisou de acordo com a Resolução n.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, o protocolo de pesquisa n.º CAAE 11886113.5.0000.5421, intitulado "ACIDENTE DE TRABALHO: DA ANÁLISE SÓCIO TÉCNICA À CONSTRUÇÃO SOCIAL DE MUDANÇAS", sob responsabilidade do pesquisador **Rodolfo Andrade de Gouveia Vilela**, considerando-o **APROVADO "AD REFERENDUM"**.

Cabe lembrar que, de acordo com a Res. CNS 196/96, são deveres do(a) pesquisador(a): 1) Comunicar de imediato qualquer alteração no projeto e aguardar manifestação deste Comitê de Ética em Pesquisa para dar continuidade à pesquisa; 2) Manter sob sua guarda e em local seguro, pelo prazo de 5 (cinco) anos, os dados da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo COEP, no caso eventual auditoria; 3) Comunicar formalmente a este Comitê por ocasião do encerramento da pesquisa; 4) Elaborar e apresentar relatórios parciais e final; 5) Justificar perante o COEP interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Atenciosamente,

Prof. Tit. Cláudio Leone

Decano do Comitê de Ética em Pesquisa - FSP/USP

Ilm.º Sr.
Prof. Assoc. **Rodolfo Andrade de Gouveia Vilela**
Departamento de Saúde Ambiental
Faculdade de Saúde Pública da USP

APÊNDICES

Apêndice 1: Instrumento de coleta de dado.

Instrumento de coleta de dados - Projeto: Aspectos econômicos relativos a acidentes de trabalho na rede pública de Piracicaba															
1 - Identificação do trabalhador															
Nome:	DN			Sexo: Masculino (1) & Feminino (2):	Nome da mãe:			Nº de Ordem:	7G						
Município de origem				Ocupação:											
Ramo de Atividade:				Vínculo empregatício: (1) Público (2) CLT (3) Autonomo (0) Outros:											
2 - Identificação do Acidente															
Data Acidente:	Nº RAAT: 103918			Local do primeiro atendimento:			CEREST PIRACICABA			CNS					
Diagnóstico:				Parte(s) do Corpo atingidas:											
CID-10:				Classificação de gravidade: (1) Leve (2) Moderado (3) Grave:			3								
Dados Primeiro Atendimento: Pronto atendimento, urgência e emergência															
Serviço:	(A) UPA (B) COT (C) SUE Sta Casa (D) PA HFC			Nº FAA/AIH:						Exames/Qtd:	Tomo		RX		
Data entrada:				Seguimento:			(A) tratamento hospitalar (B) tratamento ambulatorial (C) UBS (D) Reabilitação (E) NDA			USG:		REMA			
Data saída:				Motivo saída:			(1) Alta (2) transferência (3) Encaminhamento (4) Óbito (5) NDA			Valor Faturado:					
Atendimento Hospitalar															
Hospital: (A) Instituição A (B) Instituição B:				Forma de Admissão:			(A) transferência UPA (B) Transferência COT (C) transferencia hospitalar (D) Admissão PS			Numero Prontuário					
Data de entrada:				N.º AIH:			CID 10			Diagnósticos de internação:					
Data de saída:				Motivo da internação						Motivo de alta:			(A) Alta melhorado (B) Óbito (C) Transferência (D) Evasão (E) NDA		
Faturamento AIH:															
Seguimento Ambulatorial															
Atendimento 1	Serviço:			(A) UPA (B) COT (C) Ambulatório de reabilitação (D) UBS			Numero de FAA:								
Data entrada:				Motivo :			Exames/Quantidade			Tomografia:			RX:	USG:	REMA:
Data saída:				Valor faturado:											
Atendimento 2	Serviço:			(A) UPA (B) COT (C) Ambulatório de reabilitação (D) UBS			Numero de FAA:								
Data entrada:				Motivo :			Exames/Quantidade			Tomografia:			RX:	USG:	REMA:
Data saída:				Valor faturado:											
Atendimento 3	Serviço:			(A) UPA (B) COT (C) Ambulatório de reabilitação (D) UBS			Numero de FAA:								
Data entrada:				Motivo :			Exames/Quantidade			Tomografia:			RX:	USG:	REMA:
Data saída:				Valor faturado:											
Atendimento 4	Serviço:			(A) UPA (B) COT (C) Ambulatório de reabilitação (D) UBS			Numero de FAA:								
Data entrada:				Motivo :			Exames/Quantidade			Tomografia:			RX:	USG:	REMA:
Data saída:				Valor faturado:											
Quantidade de retornos ambulatoriais			Valor total faturado:												
Observações															

Adendo 2: Relação de ocupação com frequência de notificação do AT – Piracicaba, 2015.

	Ocupações	Frequência	Valid Percent
Válidos	Açougueiro	4,0	0,8
	Ajudante geral	76,0	15,0
	Aprendiz	3,0	0,6
	Atendente	26,0	5,1
	Auxiliar de serviços gerais	49,0	9,6
	Auxiliar/técnico de enfermagem	22,0	4,3
	Borracheiro	2,0	0,4
	Caldeireiro	9,0	1,6
	Carpinteiro	3,0	0,6
	Churrasqueiro	2,0	0,4
	Coletor de lixo	9,0	1,8
	Comerciante	3,0	0,6
	Costureira	3,0	0,6
	Cozinheiro	7,0	1,4
	Eletricista	7,0	1,4
	Empregada doméstica	16,0	3,1
	Encarregado de serviços diversos	4,0	0,8
	Entregador	6,0	1,2
	Gerente	3,0	0,6
	Inspetor de serviços diversos	5,0	1,0
	Lavador de carro	4,0	0,8
	Manutenção	2,0	0,4
	Marceneiro	4,0	0,8
	Mecânico	16,0	3,1
	Montador	5,0	1,0
	Motorista	22,0	4,3
	Ne	50,0	9,8
	Operador de máquina	29,0	5,7
	Outros	33,0	6,5
	Pedreiro	17,0	3,3
	Pintor	4,0	0,8
	Policial militar/guarda civil	4,0	0,8
	Prensista	3,0	0,6
	Professor	3,0	0,6
	Promotor de vendas	3,0	0,4
	Rebarbador	4,0	0,8
	Serralheiro	6,0	1,2
	Soldador	11,0	2,1
	Supervisor de compras	2,0	0,4
	Técnico de serviços diversos	8,0	1,6
	Torneiro mecânico	6,0	1,2

	Trabalhador rural	7,0	1,4
	Vigilante	7,0	1,4
	Total	509,0	100,0
Perdas	Ne	28	
Total		537,0	

Adendo 3: Relação da ocupação do trabalhador com a gravidade do acidente sofrido

		Gravidade			Total
		Leve	Moderado	Grave	
Ocupação	AÇOUGUEIRO	1	1	2	4
		25,0%	25,0%	50,0%	100,0%
	AJUDANTE GERAL	34	23	19	76
		44,7%	30,3%	25,0%	100,0%
	APRENDIZ	0	2	1	3
		0,0%	66,7%	33,3%	100,0%
	ATENDENTE	12	8	6	26
		46,1%	30,8%	23,1%	100,0%
	AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS	15	23	11	49
		30,6%	47,0%	22,4%	100,0%
	AUXILIAR/TECNICO DE ENFERMAGEM	2	1	19	22
		9,1%	4,5%	86,4%	100,0%
	BORRACHEIRO	0	1	1	2
		0,0%	50,0%	50,0%	100,0%
	CALDEIREIRO	2	4	3	9
		22,2%	44,4%	33,3%	100,0%
	CARPINTEIRO	1	2	0	3
		33,3%	66,7%	0,0%	100,0%
	CHURRASQUEIRO	0	0	2	2
		0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
	COLETOR DE LIXO	4	2	3	9
		44,4%	22,2%	33,3%	100,0%
	COMERCIANTE	1	0	2	3
		33,3%	0,0%	66,7%	100,0%
	COSTUREIRA	3	0	0	3
		100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	COZINHEIRO	1	4	2	7
		14,3%	57,1%	28,6%	100,0%
	ELETRICISTA	2	1	4	7
		28,6%	14,3%	57,1%	100,0%

EMPREGADA DOMÉSTICA	7	4	5	16
	43,8%	25,0%	31,2%	100,0%
ENCARREGADO DE SERVIÇOS DIVERSOS	2	1	1	4
	50,0%	25,0%	25,0%	100,0%
ENTREGADOR	5	0	2	7
	71,4%	0,0%	28,6%	100,0%
GERENTE	0	2	1	3
	0,0%	66,7%	33,3%	100,0%
INSPETOR DE SERVIÇOS DIVERSOS	1	3	1	5
	20,0%	60,0%	20,0%	100,0%
LAVADOR DE CARRO	3	1	0	4
	75,0%	25,0%	0,0%	100,0%
MANUTENÇÃO	0	2	0	2
	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%
MARCENEIRO	0	3	1	4
	0,0%	75,0%	25,0%	100,0%
MECÂNICO	4	4	8	16
	25,0%	25,0%	50,0%	100,0%
MONTADOR	2	1	2	5
	40,0%	20,0%	40,0%	100,0%
MOTORISTA	7	9	6	22
	31,8%	41,0%	27,2%	100,0%
OPERADOR DE MÁQUINA	8	9	12	29
	27,6%	31,0%	41,4%	100,0%
OUTROS	11	10	10	33
	35,5%	32,3%	32,3%	100,0%
PEDREIRO	2	9	6	17
	11,7%	52,9%	35,3%	100,0%
PINTOR	0	1	4	5
	0,0%	20,0%	80,0%	100,0%
POLICIAL MILITAR/ GUARDA CIVIL	1	3	0	4
	25,0%	75,0%	0,0%	100,0%
PRENSISTA	1	0	2	3
	33,3%	0,0%	66,7%	100,0%
PROFESSOR	3	0	0	3
	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
PROMOTOR DE VENDAS	3	0	0	3
	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
REBARBADOR	2	1	1	4
	50,0%	25,0%	25,0%	100,0%
SERRALHEIRO	4	2	0	6
	66,7%	33,3%	0,0%	100,0%
SOLDADOR	5	4	2	11
	45,4%	36,4%	18,2%	100,0%

SUPERVISOR DE COMPRAS	2	0	0	2
	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
TÉCNICO DE SERVIÇOS DIVERSOS	1	3	4	8
	12,5%	37,5%	50,0%	100,0%
TORNEIRO MECÂNICO	0	3	3	6
	0,0%	50,0%	50,0%	100,0%
TRABALHADOR RURAL	0	4	3	7
	0,0%	57,1%	42,9%	100,0%
VIGILANTE	1	4	2	7
	14,3%	57,1%	28,6%	100,0%
Total	153	155	151	541
	30,3%	32,5%	37,2%	100,0%

$X^2 < 0,05$