



Otenberg Nogueira de Souza Júnior

**Conhecimento, atitude e prática de médicos sobre comunicação de acidente de trabalho  
na atenção primária à saúde**

Eusébio

2021

Otenberg Nogueira de Souza Júnior

**Conhecimento, atitude e prática de médicos sobre comunicação de acidente de trabalho  
na atenção primária à saúde**

Dissertação elaborada no curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família – PROFSAÚDE e apresentada ao Programa de Pós-graduação em rede Saúde da Família, na Fundação Oswaldo Cruz como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Área de concentração: Saúde da Família. Programa proposto pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), com a coordenação acadêmica da Fundação Oswaldo Cruz e integrado por instituições de ensino superior associadas em uma Rede Nacional.

Linha de pesquisa: Vigilância em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Roberto Wagner Júnior Freire de Freitas.

Título do trabalho em inglês: Knowledge, attitude and practice of physicians on the communication of occupational accidents at the primary health care.

Catálogo na fonte  
Fundação Oswaldo Cruz  
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde  
Biblioteca de Saúde Pública

S729c Souza Júnior, Otenberg Nogueira de.  
Conhecimento, atitude e prática de médicos sobre comunicação de acidente de trabalho na atenção primária à saúde / Otenberg Nogueira de Souza Júnior. -- 2021.  
92 f. : il. color. ; graf. ; mapas ; tab.

Orientador: Roberto Wagner Júnior Freire de Freitas.  
Dissertação (Mestrado em Saúde da Família – PROFSAÚDE) – Fundação Oswaldo Cruz, Eusébio, CE, 2021.

1. Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde. 2. Médicos. 3. Acidentes de Trabalho. 4. Promoção da Saúde. 5. Saúde do Trabalhador. 6. Coleta de Dados. I. Título.

CDD – 23.ed. – 363.11

Otenberg Nogueira de Souza Júnior

**Conhecimento, atitude e prática de médicos sobre comunicação de acidente de trabalho  
na atenção primária à saúde**

Dissertação elaborada no curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família – PROFSAÚDE e apresentada ao Programa de Pós-graduação em rede Saúde da Família, na Fundação Oswaldo Cruz como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Área de concentração: Saúde da Família. Programa proposto pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), com a coordenação acadêmica da Fundação Oswaldo Cruz e integrado por instituições de ensino superior associadas em uma Rede Nacional.

Aprovado em: 30 de julho de 2021.

Banca Examinadora

---

Prof. Dr. Bruno Souza Benevides  
Universidade Estadual do Ceará

---

Prof. Dr. Márcio Flávio Moura de Araújo  
Fundação Oswaldo Cruz

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Sharmênia de Araújo Soares Nuto  
Fundação Oswaldo Cruz

---

Prof. Dr. Roberto Wagner Júnior Freire de Freitas  
Fundação Oswaldo Cruz (Orientador)

Eusébio

2021

Dedico este trabalho primordialmente a Deus, que ilumina minha caminhada, e à minha amada Milena, que me entende através do olhar.

## AGRADECIMENTOS

A DEUS, causa primária de todas as coisas.

À minha querida esposa Milena, pelo apoio permanente e amor incondicional.

À minha amada filha Cecília, que me ensina diariamente que não existem dificuldades insuperáveis.

À minha mãe Maria Liduina de Almeida Souza (*in memoriam*), que sempre me incentivou.

Ao meu pai Otenberg Nogueira de Souza, meu irmão Lindenberg e minhas irmãs Livia e Liana, que sempre compartilharam desse meu sonho.

Aos professores Marco Túlio Aguiar Mourão Ribeiro, André Luis Benevides Bomfim e Tatiana Monteiro Fiúza, meus eternos preceptores e que me iniciaram na Medicina de Família e Comunidade.

Aos meus inesquecíveis colegas de mestrado, pelos momentos de incentivo, de apoio e de aprendizado.

Ao Prof. Dr. Roberto Wagner Júnior Freire de Freitas, que conduziu com maestria o processo de orientação. Mais que um professor, um mestre e um amigo. Externo minha eterna gratidão e máximo respeito.

Aos membros da banca examinadora, Prof. Dr. Márcio Flávio Moura de Araújo, Prof. Dr. Bruno Souza Benevides e Profa. Dra. Sharmênia de Araújo Soares Nuto, que aceitaram compor minha banca de defesa e que engrandeceram esse trabalho com suas brilhantes contribuições.

Aos facilitadores, funcionários e equipe do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAUDE FIOCRUZ CEARÁ), sempre solícitos em ajudar.

À Secretaria de Saúde de Fortaleza, por permitir que a pesquisa se desse em seus estabelecimentos de saúde.

A todos os colegas médicos da Atenção Primária à Saúde, que são a razão de todo este estudo.

A todos aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho.

O meu muito obrigado!

“A educação é um ato de amor, por isso, um ato de coragem. Não pode temer o debate. A análise da realidade. Não pode fugir à discussão criadora, sob pena de ser uma farsa.”

(FREIRE, 1999, p. 97).

## RESUMO

A saúde possui muitos determinantes sociais, dentre eles, o trabalho. A organização laboral e as condições nas quais o ofício é realizado podem provocar acidentes. Quando o trabalhador adoece, busca atendimento muitas vezes na Atenção Primária à Saúde (APS). Uma das funções do médico da APS é a emissão da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), documento que garante o acesso a benefícios. O objetivo deste estudo é avaliar o conhecimento, a atitude e a prática de médicos sobre a CAT na APS de Fortaleza, Ceará. Trata-se de um estudo quantitativo e transversal, apoiado em um inquérito de Conhecimento, Atitude e Prática realizado em Unidades de APS. A amostra foi calculada através da fórmula para populações finitas e estratificada para as seis Coordenadorias Regionais de Saúde do município, totalizando 214 médicos. Para a coleta de dados, utilizou-se um questionário eletrônico, estruturado, autoadministrado e com perguntas pré-codificadas sobre conhecimento, atitude e prática em relação à CAT. Os questionários preenchidos foram classificados pelo pesquisador principal segundo critérios de adequação. Os dados foram analisados no software Stata. Em todas as análises, se adotou um intervalo de confiança de 95% e um nível de significância de 5%. Teve-se como produto um artigo científico com dados sobre conhecimento, atitude e prática de médicos da APS sobre CAT. Os resultados evidenciaram uma maior prevalência de indivíduos do sexo feminino (54,59%), menores de 30 anos (34,50%) e médicos generalistas (68,12%). Identificou-se uma lacuna considerável em termos de conhecimento, atitude e prática sobre a CAT. O maior índice de inadequação foi relativo às práticas (85,59%), seguidas pelas atitudes (58,08%) e pelos conhecimentos (52,40%). O conhecimento inadequado foi associado aos fatores: existência de formas de contratação diferentes do Programa Mais Médicos pelo Brasil (PMMB)/Residência em Medicina de Família e Comunidade (RMFC) ( $p=0,04$ ), prática inadequada ( $p<0,001$ ) e atitude inadequada ( $p=0,009$ ). Atitude inadequada foi associada a sexo feminino ( $p=0,004$ ), formas de contratação diferentes do PMMB/RMFC ( $p=0,034$ ), prática inadequada ( $p=0,026$ ) e conhecimento inadequado ( $p=0,009$ ). Com relação à prática, 88,21% dos participantes ( $n=202$ ) afirmaram nunca ter preenchido a CAT tendo, como principal motivo, a falta de oportunidade. No tocante às práticas inadequadas, houve associação significativa com conhecimento inadequado ( $p<0,001$ ) e atitude inadequada ( $p=0,026$ ). Conclui-se que, em geral, o conhecimento, a atitudes e a prática dos participantes em relação à CAT necessitam ser aprimorados. Portanto, é necessário buscar alternativas para organizar os serviços de saúde e prestar uma atenção integral ao trabalhador, focada na promoção da saúde.

**Palavras-chave:** Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde. Médicos. Acidentes de Trabalho.

## ABSTRACT

Health has many social determinants, including work. Organizational factors and the conditions in which an occupation is carried out can lead to accidents. When workers get sick, they often seek care in primary healthcare facilities. One of the functions of the physician is to issue the Work Accident Communication (WAC) form, a document that guarantees access to benefits. This study aims to assess physicians' knowledge, attitudes, and practice about the WAC in primary healthcare facilities of Fortaleza, Ceará. A quantitative and cross-sectional study, supported by a survey of Knowledge, Attitude and Practice, was carried out in primary healthcare units. The sample was calculated using the formula for finite populations and stratified into the six Regional Health Coordinations of the municipality, totaling 214 physicians. For data collection, an electronic, structured, self-administered questionnaire with pre-coded questions about knowledge, attitude and practice in relation to the WAC was used. The completed questionnaires were classified by the main researcher according to adequacy criteria. Data were analyzed using Stata software. In all analyses, a confidence interval of 95% and a significance level of 5% were adopted. The product of this dissertation was a scientific paper with data on knowledge, attitudes and practice of primary care physicians about WAC. The results showed a higher prevalence of females (54.59%), under 30 years old (34.50%), and general practitioners (68.12%). A considerable gap in knowledge, attitudes, and practice about WAC was identified. The highest index of inadequacy was related to practices (85.59%), followed by attitudes (58.08%) and knowledge (52.40%). Inadequate knowledge was associated with the following factors: the existence of different ways of hiring besides the “*Mais Médicos*” Program (PMMB)/Family and Community Medicine Residence Program (RMFC) ( $p=0.04$ ), inadequate practice ( $p<0.001$ ), and inadequate attitude ( $p=0.009$ ). Inadequate attitude was associated with female gender ( $p=0.004$ ), the existence of different ways of hiring besides PMMB/RMFC ( $p=0.034$ ), inadequate practice ( $p=0.026$ ), and inadequate knowledge ( $p=0.009$ ). Regarding practice, 88.21% of the participants ( $n=202$ ) stated that they had never filled out the WAC form, the main reason being the lack of opportunity. Concerning inappropriate practices, there was a significant association between inadequate knowledge ( $p<0.001$ ) and inadequate attitude ( $p=0.026$ ). It is concluded that, in general, the knowledge, attitudes, and practice of the participants concerning the WAC need to be improved. Therefore, it is necessary to seek alternatives to organize health services and provide comprehensive care to workers based on main health promotion principles.

**Keywords:** Health Knowledge, Attitudes, Practice. Physicians. Occupational Accidents.

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
AT	Acidente de Trabalho
ACE	Agente de Combate às Endemias
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
BDENF	Base de Dados de Enfermagem
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAP	Conhecimento, Atitude e Prática
CAT	Comunicação de Acidente de Trabalho
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CFM	Conselho Federal de Medicina
CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CID	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde
CNAE	Classificação Nacional de Atividades Econômicas
CNPJ	Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica
CNDSS	Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde
COEPP	Coordenadoria de Educação em Saúde, Ensino, Pesquisa e Programas Especiais
CORES	Coordenadoria Regional de Saúde
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DORT	Distúrbio Osteomuscular Relacionado ao Trabalho
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
EP	Educação Permanente
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	Equipes de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IES	Instituição de Ensino Superior
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social

LER	Lesão por Esforço Repetitivo
LILACS	Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
NR	Norma Regulamentadora
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OR	<i>Odds ratio</i> ou razão de chances
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAIR	Perda Auditiva Induzida por Ruído
PMMB	Programa Mais Médicos pelo Brasil
PROFSAUDE	Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família
PSF	Programa de Saúde da Família
PNSTT	Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RENAST	Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
RPA	Recibo de Pagamento Autônomo
RMFC	Residência em Medicina de Família e Comunidade
SEPT	Secretaria Especial de Previdência e Trabalho
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
ST	Saúde do Trabalhador
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCM	Trabalho de Conclusão do Mestrado
UAPS	Unidade de Atenção Primária à Saúde
VS	Vigilância em Saúde
VISAT	Vigilância em Saúde do Trabalhador

## LISTA DE FIGURAS E TABELAS

Figura 1 –	Mapa das regionais do município de Fortaleza.....	35
Tabela 1 –	Caracterização dos entrevistados segundo as variáveis sociodemográficas.....	51
Figura 2 –	Distribuição da amostra de acordo com a avaliação do conhecimento, da atitude e da prática.....	53
Tabela 2 –	Fatores associados ao conhecimento inadequado.....	53
Tabela 3 –	Fatores associados à atitude inadequada.....	55
Tabela 4 –	Fatores associados à prática inadequada.....	57
Tabela 5 –	Análise multivariada: fatores associados ao conhecimento inadequado....	58
Tabela 6 –	Análise multivariada: fatores associados à atitude inadequada.....	59
Tabela 7 –	Análise multivariada: fatores associados à prática inadequada.....	59

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 –	Categorização das doenças segundo sua relação com o trabalho.....	24
Quadro 2 –	Distribuição do número de Unidades de Atenção Primária à Saúde, por Secretaria Regional, na cidade de Fortaleza – CE.....	35
Quadro 3 –	Estratificação da população alvo e amostra de médicos(as) da ESF segundo CORES.....	36
Quadro 4 –	Critérios de classificação do conhecimento, da atitude e da prática sobre Comunicação de Acidente de Trabalho.....	39

## SUMÁRIO

1	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	15
2	<b>OBJETIVOS</b> .....	21
2.1	GERAL.....	21
2.2	ESPECÍFICOS.....	21
3	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	22
3.1	INSTITUIÇÕES NA ÁREA DE SAÚDE DO TRABALHADOR.....	22
3.2	AGRAVOS RELACIONADOS AO TRABALHO.....	23
3.3	RENAST.....	26
3.4	APS, PROMOÇÃO DA SAÚDE E SAÚDE DO TRABALHADOR.....	27
3.5	COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO.....	30
4	<b>MÉTODOS</b> .....	33
4.1	TIPO DE ESTUDO.....	33
4.2	LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO.....	34
4.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO.....	35
4.3.1	<b>Estratificação da amostra</b> .....	36
4.3.2	<b>CrITÉrios de inclusão</b> .....	37
4.3.3	<b>CrITÉrios de exclusão</b> .....	37
4.4	VARIÁVEIS ESTUDADAS.....	37
4.4.1	<b>Variáveis sociodemográficas</b> .....	38
4.4.2	<b>Variáveis relacionadas ao trabalho e à formação acadêmica</b> .....	38
4.4.3	<b>Inquérito CAP (Conhecimento, Atitude e Prática)</b> .....	39
4.5	PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	40
4.6	ANÁLISE DOS DADOS.....	41
4.7	ASPECTOS ÉTICOS EM PESQUISAS COM SERES HUMANOS.....	42
5	<b>ARTIGO EXTRAÍDO DA DISSERTAÇÃO</b> .....	44
6	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	69
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	71
	<b>APÊNDICE A – Questionário de coleta de dados para médicos</b> .....	80
	<b>APÊNDICE B – Pedido de anuência para realização da pesquisa</b> .....	85
	<b>APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</b> .....	87
	<b>ANEXO A – Formulário de comunicação de acidente de trabalho</b> .....	89

<b>ANEXO B – Autorização para o estudo.....</b>	<b>90</b>
<b>ANEXO C – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos.....</b>	<b>91</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS), organismo sanitário internacional integrante da Organização das Nações Unidas (ONU), define saúde como “estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de enfermidade ou invalidez” (OMS, 1946, p. 1). Assim, percebe-se que essa definição de saúde é ampla porque possui muitos determinantes sociais.

De acordo com a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), os Determinantes Sociais de Saúde (DSS) são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população (CNDSS, 2008). Essa definição engloba o conceito generalizado de que as condições de vida e trabalho dos indivíduos e de grupos da população estão relacionadas com sua situação de saúde (PELLEGRINI FILHO, 2007).

Para Ceratti e colaboradores (2012), trabalho é um processo dinâmico que envolve trabalhadores, ambiente, métodos produtivos, relações psicossociais e éticas, resultando em um produto ou atividade. Nessa perspectiva, Coutinho (2009) afirma que trabalho se refere a uma atividade humana, individual ou coletiva, de caráter social, complexa, dinâmica, mutante e que se distingue de qualquer outro tipo de prática animal por sua natureza reflexiva, consciente, propositiva, estratégica, instrumental e moral.

Sachuk e Araújo (2007) reforçam o caráter central do trabalho para a humanidade quando afirmam que, ao longo de toda a história da evolução humana, o trabalho foi determinante para a manutenção da vida humana, tanto individual como coletiva. Para esses autores, a humanidade se estrutura, histórica e politicamente, quase em sua totalidade, em função do conceito de trabalho. Assim, separar o trabalho da existência das pessoas é muito difícil, senão impossível, diante da importância e do impacto que o trabalho exerce (JACQUES, 1996).

Além dos conceitos de trabalho acima apresentados, a Organização Internacional do Trabalho (OIT) define trabalho decente como aquele exercido com remuneração satisfatória, em condições de liberdade, equidade e segurança e capaz de garantir uma vida digna. Para tanto, essa noção se apoia em quatro pilares estratégicos: a) respeito às normas internacionais do trabalho, em especial aos princípios e direitos fundamentais do trabalho; b) promoção do emprego de qualidade; c) extensão da proteção social; e d) diálogo social (OIT, 2006).

Para o Ministério da Saúde, trabalhadores são todos que trabalham, independentemente de sua localização (zona urbana ou rural), da forma de inserção no mercado

de trabalho (formal ou informal) e do vínculo empregatício (público ou privado). Ademais, a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) abrange trabalhadores assalariados, autônomos, avulsos, temporários, cooperativados, aprendizes, estagiários, domésticos, aposentados e desempregados (BRASIL, 2017a).

De acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2021), no trimestre novembro-janeiro de 2021, os trabalhadores brasileiros somavam cerca de 100,2 milhões de pessoas (aproximadamente 47,30% da população brasileira). No Ceará, de acordo com o mesmo documento para o trimestre outubro-dezembro de 2020, havia 3,80 milhões de trabalhadores (mais ou menos 41,16% da população). Em Fortaleza, segundo o último censo, havia em torno de 849 mil trabalhadores (aproximadamente 32,10% da população) (IBGE, 2010).

Em relação ao conceito de Saúde do Trabalhador (ST), este pode ser definido como um conjunto de atividades que se destina à promoção, à proteção, à recuperação e à reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos inerentes às condições de trabalho. Para tanto, utiliza-se de ações de vigilância epidemiológica e sanitária (BRASIL, 1990).

Durante o ano de 2018, foram registrados no Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) cerca de 576,9 mil acidentes de trabalho. Comparado com 2017, o número de acidentes de trabalho teve um acréscimo de 3,47%. O total de acidentes com Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) registrada aumentou em 5,19% de 2017 para 2018. Do total de acidentes com CAT registrada, os acidentes típicos representaram 75,47%, os de trajeto 22,56% e as doenças do trabalho 1,97%. O sexo masculino foi o mais prevalente (BRASIL, 2019a).

No ano de 2017, no Ceará, foram registrados 10.950 acidentes de trabalho. Comparado com 2016, o número de acidentes de trabalho teve uma diminuição de 7,79%. O total de acidentes com CAT registrada diminuiu em 7,83% em relação ao ano anterior. Do total de acidentes, os acidentes típicos representaram 65,0%, os de trajeto 32,9% e as doenças do trabalho 2,1%. O sexo masculino foi o mais prevalente no que se refere aos acidentes típicos e nos de trajeto, já o feminino, predominou nos casos de doenças do trabalho (dado que contraria o padrão nacional) (BRASIL, 2017b).

Em Fortaleza, no ano de 2017, foram registrados 5.210 acidentes de trabalho. Em relação ao ano anterior, a quantidade de acidentes de trabalho teve uma diminuição de 9,24%. O total de acidentes com CAT registrada diminuiu 10,37%. Do total de acidentes com CAT registrada, os acidentes típicos representaram 64,3%, os de trajeto 34,94% e as doenças do

trabalho 2,76%. No referido ano, não houve registro da quantidade de acidentes de trabalho por sexo, por município (BRASIL, 2017b).

No ano de 2018, dentre os códigos da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID), os de maior incidência nos acidentes de trabalho foram ferimento do punho e da mão (S61), fratura ao nível do punho ou da mão (S62) e luxação, entorse e distensão das articulações e dos ligamentos ao nível do tornozelo e do pé (S93) com, respectivamente, 9,54%, 6,12% e 4,85% do total. Em relação às doenças do trabalho, os CID mais incidentes foram lesões no ombro (M75), sinovite e tenossinovite (M65) e dorsalgia (M54), com 19,37%, 10,22% e 6,47%, respectivamente. No referido ano também não houve descrição dos acidentes de trabalho por CID para estados ou municípios (BRASIL, 2019a).

Em 2020, o número de acidentes de trabalho notificados no Brasil foi de 446,9 mil. Em relação ao ano anterior, houve um decréscimo de aproximadamente 30,1%. No Ceará, o total de acidentes de trabalho foi de 7,9 mil, o que coloca o estado em décimo segundo lugar no ranking nacional. Comparado com 2019, houve uma redução de 24% do número de acidentes. No mesmo ano, em Fortaleza, houve 3,8 mil acidentes de trabalho. Mesmo com uma redução de 28,84% em relação a 2019, esse número coloca a cidade em décimo segundo lugar no ranking nacional (OSST, 2020).

Ao adoecer, muitas vezes, o trabalhador procura atendimento na Atenção Primária à Saúde (APS). Devido ao seu alto grau de descentralização e capilaridade, a APS dispõe de unidades de saúde próximas aos domicílios das pessoas e dos seus ambientes de trabalho, o que explica o fato acima apresentado.

A OMS define a APS da seguinte maneira:

São cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. São parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (OMS, 1979, p. 1-2).

No Brasil, a Atenção Básica (AB, termo equivalente à APS) é operacionalizada prioritariamente pela Estratégia Saúde da Família (ESF) que, por sua vez, é formada preferencialmente pelas Equipes de Saúde da Família (eSF). Tais equipes são compostas,

minimamente, por médico, enfermeiro, auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS). Podem, ainda, fazer parte da equipe, o agente de combate às endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal (cirurgião-dentista e auxiliar ou técnico em saúde bucal) (BRASIL, 2017c).

Cada membro da equipe de saúde possui atribuições que são comuns a todos e específicas de acordo com cada categoria. Dentre as que podem ser desempenhadas pelo médico, podem ser citadas: ações voltadas para a Vigilância em Saúde (sanitária, ambiental, epidemiológica e do trabalhador) e o conhecimento e atuação de acordo com as políticas e diretrizes do Ministério da Saúde (BRASIL, 2017c).

Dentre as políticas citadas anteriormente, enfatiza-se a PNSTT, que define os princípios, diretrizes e estratégias das esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) para o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador (BRASIL, 2017a).

A PNSTT enfatiza fortemente a Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT), visto que destaca a promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores, a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos, a agregação de valor ao trabalho desenvolvido pelos profissionais de saúde e contribui para o reconhecimento do território enquanto local de atuação do usuário enquanto trabalhador (BRASIL, 2017a).

VISAT, por sua vez, é um dos componentes da Vigilância em Saúde (VS) e compreende uma ação contínua e sistemática, ao longo do tempo, no sentido de detectar, conhecer, pesquisar e analisar os fatores determinantes e condicionantes dos agravos à saúde relacionados aos processos e ambientes de trabalho, em seus aspectos tecnológico, social, organizacional e epidemiológico, com a finalidade de planejar, executar e avaliar intervenções sobre esses aspectos de forma a eliminá-los ou controlá-los (BRASIL, 1998).

Dentre as ações da VISAT, está a identificação e a notificação de situações de risco e dos agravos relacionados ao trabalho. Diante de um acidente ou doença relacionado ao trabalho, o médico, além da notificação, deve emitir a CAT. Tal documento será a ferramenta para caracterização do nexo entre o acidente/doença e o trabalho, bem como garantirá o acesso do trabalhador segurado aos benefícios de natureza acidentária junto ao INSS (BRASIL, 2018).

A CAT é um documento emitido para reconhecer um acidente de trabalho (típico ou de trajeto) ou uma doença ocupacional. Deve ser emitida pela empresa no prazo de um dia útil, ou, se ocorreu óbito, imediatamente. Pode, também, ser emitida por médico, familiar, dependente do segurado, sindicato ou autoridade pública (BRASIL, 1991).

Durante minha graduação em Medicina, tive pouco contato com a temática em Saúde do Trabalhador. Após início da minha atuação na Atenção Primária, pude conviver com

situações de saúde e cuidado que demandavam domínio sobre acidentes e doenças relacionadas ao trabalho e percebi a importância deste assunto para minha função.

Além disso, buscas foram realizadas na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) em julho de 2021, através de descritores controlados do vocabulário Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), a saber: “conhecimentos, atitudes e prática em saúde”, “médicos” e “acidentes de trabalho”. Essas buscas evidenciaram a existência de 27 textos completos, sendo 24 na base de dados *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), 2 na Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e 1 na Base de Dados da Enfermagem (BDENF). Após a leitura desses artigos, ficou demonstrada a lacuna existente em torno do conhecimento, da atitude e da prática de médicos sobre a CAT. Os estudos abordavam a adesão às precauções padrão por uma equipe de atendimento pré-hospitalar móvel, as possíveis diferenças de conhecimento e conduta dos médicos-peritos acidentários de um centro de reabilitação profissional, os conhecimentos e a prática de pediatras brasileiros sobre doença do refluxo gastroesofágico em lactentes e o perfil de trabalhadores brasileiros vítimas de acidentes de trabalho com fluidos biológicos. Tal fato foi de suma importância para o planejamento e para o desenho do presente estudo.

Ainda no tocante aos estudos com o tema supracitado, constatou-se que pesquisadores têm utilizado o Inquérito Conhecimento, Atitude e Prática (CAP) pois permite medir o que uma população sabe, pensa e como atua em relação a determinado problema. O inquérito CAP pode ser adaptado a diferentes contextos, possibilitando um diagnóstico populacional referente ao assunto e a identificação de possíveis caminhos para uma futura intervenção mais eficaz (KALIYAPERUMAL, 2004).

Diante do exposto, o problema de pesquisa consiste na inexistência de dados que consigam informar o conhecimento, a atitude e a prática dos médicos das Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) de Fortaleza em relação à CAT. Diante da importância que o trabalho exerce na vida das pessoas, do elevado número de trabalhadores em todo o país, da morbimortalidade decorrente dos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, dos custos para o sistema de saúde e da pequena quantidade de trabalhos com dados significativos na capital cearense envolvendo o tema e, a partir da compreensão de que a promoção da saúde é uma das estratégias de produção da saúde e da expansão do potencial de vida, justifica-se a importância da realização da presente pesquisa, cujo objetivo geral é avaliar o conhecimento, a atitude e a prática de médicos sobre a CAT na Atenção Primária à Saúde de Fortaleza.

A relevância do estudo está no fato que os dados e o relatório obtidos por meio do mesmo serão enviados à gestão, subsidiando os médicos da APS e os gestores para planejar

ações e implementar estratégias que possam melhorar, substancialmente, as ações envolvendo os acidentes/doenças relacionados ao trabalho. Dessa forma, espera-se que sejam potencializadas as ações de promoção da saúde direcionadas aos trabalhadores e, com isso, seja garantido um nível de atenção à saúde mais eficiente, eficaz e efetivo, focado no empoderamento dos sujeitos.

Além disso, o estudo contribuirá com futuros estudos acadêmicos e/ou de pesquisa aplicada, bem como com a elaboração de políticas de Educação Permanente e de apoio matricial envolvendo os acidentes e as doenças relacionadas ao trabalho. Tais ações educativas serão implementadas caso a pesquisa evidencie critérios de deficiência. Ademais, há o interesse de aumentar a resolutividade da APS em relação às afecções mais comuns relacionadas ao trabalho e contribuir para o fortalecimento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST).

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Avaliar o conhecimento, a atitude e a prática de médicos sobre a Comunicação de Acidentes de Trabalho na Atenção Primária à Saúde de Fortaleza, Ceará.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Descrever os conhecimentos, as atitudes e a prática dos médicos em relação à Comunicação de Acidentes de Trabalho, associando estes desfechos às variáveis sociodemográficas, formação acadêmica complementar e experiência profissional (anos de trabalho na ESF).

Comparar o conhecimento, a atitude e a prática de médicos acerca da Comunicação de Acidente de Trabalho entre as seis regionais de Fortaleza, Ceará.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 INSTITUIÇÕES NA ÁREA DE SAÚDE DO TRABALHADOR

Devido aos prejuízos econômicos decorrentes dos altos índices de acidentes e adoecimento determinados pelas péssimas condições de vida e trabalho e às reivindicações dos trabalhadores por mudanças, foram criadas, na Inglaterra, entre os séculos XVIII e XIX (período da Revolução Industrial), as primeiras leis específicas direcionadas para regular o binômio homem-trabalho (SÁ, 2012).

No entanto, o objetivo de universalização e de harmonização de leis que de fato regulassem a relação homem e trabalho só ganhou força com o nascimento da Organização Internacional do Trabalho, em 1919. Esta organização tem emitido, desde a sua fundação, uma série de orientações chamadas de Recomendações e Convenções, que demarcam a postura dos países filiados em relação ao trabalho e o processo saúde/doença (MENDES, 1980).

No Brasil, envolvendo a prática da Saúde do Trabalhador, bem como sua regulamentação complementar e fiscalização, destacam-se as seguintes instituições: Secretaria Especial de Previdência e Trabalho (SEPT), vinculada ao Ministério da Economia, e o Ministério da Saúde (BRASIL, 2020a).

A SEPT, em relação ao Trabalho, é responsável pela fiscalização das atividades de trabalho, pela inspeção das condições ambientais laborais, pela aplicação de sanções previstas em normas legais ou coletivas e pela orientação do trabalhador. Para tanto, os seus maiores instrumentos são as Normas Regulamentadoras (NR) que visam, primordialmente, a prevenção das doenças do trabalho (RENZO, 2007).

A SEPT, em relação à Previdência, principalmente através do Instituto Nacional do Seguro Social, é a responsável pela perícia médica, pela reabilitação profissional e pelo pagamento de benefícios aos trabalhadores segurados (BRASIL, 2001a). Já o Ministério da Saúde enfrenta o desafio de incorporar o tema “Saúde do Trabalhador” no âmbito do SUS, trazido pela Constituição Federal de 1988 e pela Lei Orgânica da Saúde (LOS). Tais documentos enfatizam que o setor saúde não se limite a receber os acidentados e adoecidos no trabalho, mas, também, se dedique a desenvolver ações de promoção e vigilância que levem à transformação dos processos e dos ambientes de trabalho que impactam negativamente na saúde da população (BRASIL, 1988). Para tanto, este órgão vem trabalhando na estruturação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador e na atualização da Lista Nacional de Agravos de Notificação Compulsória (SÁ, 2012).

### 3.2 AGRAVOS RELACIONADOS AO TRABALHO

O trabalho pode funcionar tanto como determinante de saúde e fonte de crescimento (ao gerar renda, ao viabilizar condições materiais de vida, ao assumir uma dimensão humanizadora, ao permitir a inclusão social e ao favorecer a formação de redes sociais de apoio) quanto como causador de adoecimento e, por conseguinte, de desestruturação do indivíduo e do seu afastamento do convívio social (ao aprofundar iniquidades, agravar a vulnerabilidade de pessoas e comunidades e ao produzir degradação ambiental). Assim, segundo Dejours (1994), o trabalho não vem a ser inócuo, mas se relaciona com a subjetividade do trabalhador.

Na atual conjuntura de crise do capital globalizado e avanço do neoliberalismo, a economia e os seus fatores de desenvolvimento têm levado à reestruturação dos processos produtivos nas empresas, ao aumento da incorporação tecnológica em algumas atividades, à crescente diminuição do quadro de funcionários e ao culto do individualismo e do subjetivismo. Tais mudanças influenciam as dimensões políticas, econômicas, sociais e culturais nas quais a vida se materializa. Para os trabalhadores, representa o surgimento de condições de insegurança no emprego, subemprego, terceirização e desemprego (PONTES; RIGOTTO, 2014; SÁ; GOSLING; TORRES, 2019).

No Brasil, a reforma trabalhista descrita nas Leis nº 13.429/2017 e 13.467/2017 sustenta-se sobre um tripé: flexibilização das relações de trabalho, fragilização das instituições de proteção e individualização dos riscos ocupacionais (BRASIL, 2017d, 2017e). Tal reforma vem se constituindo num instrumento de desconstrução de direitos e condenando os trabalhadores a uma maior vulnerabilidade social (KREIN; COLOMBI, 2019).

O conjunto desses fatores pode levar a alterações na saúde dos indivíduos que podem variar conforme as características e o contexto da situação de trabalho, a cultura organizacional de cada empresa e o modo de percepção individual de cada trabalhador da sua própria situação (SÁ; GOSLING; TORRES, 2019).

Como há um amplo número de doenças relacionadas ao trabalho, elas foram categorizadas de acordo com certos parâmetros, tais como a classificação proposta por Schilling, a qual combina a abordagem clínico-individual com a coletivo-epidemiológica e agrupa as patologias conforme a contribuição desempenhada pelo trabalho no adoecimento (SÁ; GOSLING; TORRES, 2019; BRASIL, 2018).

Assim, segundo Schilling (1984), as doenças podem ser divididas da seguinte maneira:

- Grupo I: tipificados pelas doenças profissionais e pelas intoxicações agudas de origem ocupacional. Neste grupo, o trabalho ou as condições em que ele é realizado constituem

causa necessária. A relação causal é direta e imediata. A supressão do agente causal, através de medidas de controle ou substituição, pode assegurar a prevenção, ou seja, sua eliminação ou erradicação. Exemplos desse grupo incluem a silicose e a asbestose.

- Grupo II: doenças nas quais o trabalho é um fator de risco ou que contribui para a sua ocorrência, ou seja, o labor não é considerado necessariamente o causador da doença. São doenças comuns, mais frequentes ou de início mais precoce em certos grupos ocupacionais. O nexo causal é de natureza epidemiológica. Exemplos desse grupo incluem a hipertensão arterial e as neoplasias malignas em determinadas profissões.

- Grupo III: nesse grupo de doenças, o trabalho é fator agravante de uma patologia já existente, provocador de um distúrbio latente, ou seja, concausa. Exemplos de doenças desse grupo incluem doenças alérgicas de pele e respiratórias em certas ocupações.

Em síntese, os grupos II e III da classificação de Schilling são formados por patologias de etiologia múltipla ou causadas por múltiplos fatores de risco. Nesses agravos, a atividade laboral é entendida como um fator de risco, ou seja, um atributo ou uma exposição que está associada com uma probabilidade aumentada de ocorrência de uma doença, mas não necessariamente um agente causador (SÁ; GOSLING; TORRES, 2019; BRASIL, 2001b).

Quadro 1 – Categorização das doenças segundo sua relação com o trabalho. Fortaleza – CE, 2020.

<b>CATEGORIA</b>	<b>EXEMPLOS</b>
I – Trabalho como causa necessária	Intoxicação por chumbo
	Silicose
	Asbestose
II – Trabalho como fator contributivo, mas não necessário	Varizes dos membros inferiores
	Doença coronariana
	Doenças do aparelho locomotor
	Câncer
III – Trabalho como provocador de um distúrbio latente, ou agravador de doença já estabelecida	Bronquite crônica
	Dermatite de contato alérgica
	Asma
	Doenças mentais

Fonte: Schilling, 1984.

Muitas das doenças supracitadas são de notificação compulsória. Cabe ao Ministério da Saúde, como citado anteriormente, a atualização da lista de agravos. O procedimento de notificação é uma maneira eficiente de evidenciar os gastos provocados pela patologia ocupacional além de fornecer subsídios para elaboração de políticas públicas. Quanto maior a subnotificação, maior é o distanciamento entre os dados epidemiológicos e a situação real de saúde dos trabalhadores do país, bem como de suas condições de trabalho (CERATTI; ANDO; QUEIROZ, 2019).

Existem duas portarias em vigor que versam sobre os agravos de notificação compulsória relacionados à atividade laboral. São elas:

1. Portaria n° 204, de 17 de fevereiro de 2016, que define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde, públicos e privados, em todo o território nacional (BRASIL, 2016a). Esta norma inclui as seguintes patologias relacionadas ao trabalho:

- Acidentes de trabalho com exposição a material biológico;
- Acidente de trabalho grave, fatal e envolvendo crianças/adolescentes;
- Intoxicação exógena por substâncias químicas incluindo agrotóxicos, gases tóxicos e metais pesados.

2. Portaria n° 205, de 17 de fevereiro de 2016, a qual define a lista nacional de doenças e agravos a serem monitorados por meio da estratégia de vigilância em unidades sentinelas. Tais unidades são estabelecimentos de saúde estratégicos escolhidos pelo Ministério da Saúde para a vigilância de morbidade, mortalidade ou agentes etiológicos para a saúde pública (BRASIL, 2016b). Esta norma inclui, no Anexo para VISAT, os seguintes eventos:

- Câncer relacionado ao trabalho;
- Dermatoses ocupacionais;
- Lesões por esforços repetitivos/Distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (LER/DORT);
- Perda auditiva induzida por ruído (PAIR) relacionada ao trabalho;
- Pneumoconiose relacionada ao trabalho;
- Transtornos mentais relacionados ao trabalho.

Cada patologia supracitada possui uma ficha de notificação específica composta pela definição do agravo, campos essenciais e obrigatórios de preenchimento.

### 3.3 RENAST

A RENAST é uma rede nacional de informações e práticas de saúde, organizada com o propósito de implementar ações integradas e transversais de assistência, vigilância, promoção da saúde, gestão e informação em todos os níveis de atenção do SUS na perspectiva da Saúde do Trabalhador. Ela compreende que o processo saúde-doença dos trabalhadores está baseado no enfoque das relações do trinômio trabalho-saúde-doença e na centralidade do trabalho na vida das pessoas (BRASIL, 2009; MACHADO *et al*, 2013).

Essa estratégia vem sendo implementada da seguinte maneira:

- Adequação e ampliação da rede de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST);
- Inclusão das ações de ST nas linhas de cuidado da Atenção Básica;
- Implementação das ações de vigilância e promoção em ST;
- Instituição e indicação da Rede de Serviços Sentinela em ST, ou seja, rede de serviços assistenciais de retaguarda, de média e alta complexidade, organizada de modo a garantir a geração de informação e viabilizar a vigilância da saúde;
- Caracterização dos municípios Sentinela em Saúde do Trabalhador (BRASIL, 2009).

O eixo integrador da RENAST é a rede regionalizada de CEREST, que podem ter abrangência estadual, regional e municipal. Entre as tarefas a serem cumpridas por estas instituições, estão:

- Prover suporte técnico adequado às ações de assistência e de vigilância da ST;
- Recolher sistematizar e difundir informações de modo a viabilizar as ações de vigilância;
- Facilitar os processos de capacitação e educação permanente para os profissionais e técnicos da rede SUS, ou seja, atuar como polos irradiadores estratégicos na ação de matriciamento;
- Controle social (BRASIL, 2009; MACHADO *et al*, 2013).

Para Dias e Hoefel (2005), a RENAST vem se constituindo numa política transformadora, inclusiva e numa estratégia bem-sucedida, pois dá visibilidade às questões de ST nos serviços de saúde, facilita o planejamento das ações e o diálogo com os gestores, fortalece o financiamento e promove a mobilização social.

Santos (2010), ao estudar experiências de sucesso desenvolvidas pelos CEREST de São Paulo, concluiu que a potencialidade deles está na formação de redes intra e interinstitucionais em torno de projetos de ação prioritários, bem como na possibilidade de

transcender a abordagem do processo saúde-doença pautada, tradicionalmente, por ações médico-assistenciais individuais e seguindo uma lógica biologicista, na perspectiva de ações que visam à prevenção, à promoção e à vigilância em saúde do trabalhador.

Entretanto, alguns desafios precisam ser superados: a frágil articulação intrasetorial, a confusão dos papéis das coordenações estaduais e municipais de ST e dos CEREST, a falta de pactuação dos procedimentos de assistência, vigilância e informação em saúde, o despreparo dos profissionais de saúde que trabalham na rede de serviços, o controle social fragilizado em decorrência das mudanças na organização sindical, o desvio dos recursos destinados à implantação da RENAST para cobrir outras necessidades no âmbito do sistema de saúde, a precedência da assistência em detrimento das ações de vigilância e a existência de ações intersetoriais tímidas e localizadas (DIAS; HOEFEL, 2005).

Para superar essas dificuldades, deve-se buscar a inserção efetiva das ações de ST no SUS através da sua assimilação pela APS, porta de entrada do sistema e que possui o papel de coordenadora do cuidado e ordenadora da rede de atenção à saúde. Além disso, com o crescimento do trabalho informal, familiar e em domicílio, apenas a eSF tem a possibilidade de fazer chegar ações de saúde o mais próximo possível de onde as pessoas vivem e trabalham, podendo ser a única possibilidade da presença do Estado no cuidado à saúde em determinados territórios (BRASIL, 2009; DIAS; LACERDA E SILVA, 2013).

### 3.4 APS, PROMOÇÃO DA SAÚDE E SAÚDE DO TRABALHADOR

Uma das primeiras concepções de Atenção Primária à Saúde surgiu no Reino Unido, em 1920, no Relatório Dawson, então Ministro da Saúde, que privilegiou a organização do sistema de saúde inglês após a Primeira Guerra Mundial (1914-1918) a partir de centros de atenção primária (conduzidos por um médico generalista do distrito que prestava serviços de Medicina Preventiva e Curativa), centros de atenção secundária e hospitais de ensino. Tais serviços eram regionalizados e organizados em bases populacionais (STARFIELD, 2002).

O movimento da APS ganhou força após a Conferência Mundial de Alma-Ata (ex-União Soviética), em 1978. Neste momento, questionaram-se as desigualdades e recomendaram-se as seguintes medidas: universalização da saúde até o ano 2000, participação comunitária no planejamento e na execução dos cuidados em saúde, responsabilização dos governos por medidas sanitárias e sociais adequadas em conjunto com o planejamento de políticas, estratégias e planos nacionais de ação para manter cuidados primários de saúde em coordenação com outros setores, colocação dos cuidados primários em saúde como essenciais

ao alcance universal das populações e como alternativa para prover custos mais racionalizados, estímulo à cooperação de todos os países e à priorização dos gastos em saúde em detrimento de gastos bélicos e com serviços militares (OMS, 1979).

Segundo Starfield (2002), a APS possui os seguintes atributos essenciais:

- Atenção ao primeiro contato: implica acessibilidade e uso de serviço a cada novo problema ou novo episódio de um problema pelo qual as pessoas buscam atenção à saúde. Se refere à porta de entrada da pessoa para o sistema de saúde.

- Longitudinalidade: pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo. Implica cuidar das pessoas na saúde e na doença ao longo de um determinado período.

- Integralidade: as unidades de atenção primária devem fazer arranjos para que o paciente receba todos os tipos de serviços de atenção à saúde, mesmo que alguns possam não ser oferecidos eficientemente dentro delas. Inclui os encaminhamentos para outros serviços.

- Coordenação do cuidado: coordenar todas as necessidades de saúde da pessoa bem como organizar todos os tratamentos instituídos nos diversos pontos de atenção.

A Atenção Básica (AB) representa o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde e leva, na medida do possível, a atenção à saúde para perto de onde as pessoas vivem, trabalham ou estudam. Ela enfatiza a função resolutiva dos cuidados primários sobre os problemas mais comuns de saúde, além de trabalhar na perspectiva de ser ordenadora das redes de atenção e coordenadora do cuidado. Constitui o primeiro elemento de um processo permanente de assistência sanitária entre os diversos pontos de atenção. Tais pontos se estruturam por meio de arranjos produtivos conformados segundo as densidades tecnológicas singulares, abrangendo a baixa (atenção primária à saúde), a intermediária (atenção secundária à saúde), e a alta densidade (atenção terciária à saúde) (BRASIL, 2010).

No Brasil, em dezembro de 1993, surgiu o Programa de Saúde da Família (PSF), com o propósito de ampliar os resultados alcançados na década anterior pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e fundamentado em algumas experiências municipais que já estavam em andamento no país. O PSF, que inicialmente esteve voltado para estender a cobertura assistencial em áreas de maior risco social, veio adquirindo centralidade na agenda governamental. Desde 1999, o PSF passou a ser considerado uma estratégia estruturante com o objetivo de reorganizar a Atenção Básica no país em concordância com os princípios do SUS (BRASIL, 2010; BRASIL, 2017a).

Em Fortaleza, após um processo de planejamento, elaboração, seleção das áreas e dos profissionais, treinamento das equipes envolvidas, levantamento de dados e eleição de critérios para implantação das primeiras equipes, foi lançado o PSF em 1998. Eram 32 equipes distribuídas em 12 bairros que representavam 5,48% de cobertura populacional (FORTALEZA, 1998).

O modelo de organização da ESF preconiza uma Equipe de Saúde da Família (eSF) de caráter multiprofissional, composta por, no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS).

As eSF, dentre inúmeras atribuições, devem desenvolver ações que visem à atenção integral à saúde dos usuários-trabalhadores, pressupondo o conhecimento sobre as atividades produtivas, o perfil epidemiológico e as situações de vulnerabilidade da população e sua incorporação no planejamento das ações.

Nesta perspectiva, faz-se importante fazer uma conexão entre a Saúde do Trabalhador e a Promoção da Saúde. Primeiramente, em 2006, foi lançado pelo Ministério da Saúde a Política Nacional de Promoção da Saúde, na qual se entende que:

[...] a promoção da saúde é uma estratégia de articulação transversal na qual se confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes no nosso País, visando à criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, defendam radicalmente a equidade e incorporem a participação e o controle sociais na gestão das políticas públicas (BRASIL, 2006, p.12).

As ações de Saúde do Trabalhador se iniciam com a promoção da saúde. O direito à informação e a redução das barreiras de acesso aos serviços de saúde são questões centrais a serem garantidas mediante ações intersetoriais que qualifiquem o SUS. Além disso, a educação em saúde, o vínculo forte e duradouro com o usuário e o trabalho humanizado consolidam a autonomia dos sujeitos no sentido de torná-los diligentes na manutenção da sua saúde (BRASIL, 2006).

Destarte, além de promover saúde, as ações em ST que podem ser desenvolvidas pela APS são as seguintes:

- Assistência: diagnóstico e tratamento dos agravos relacionados à atividade laboral, realização de anamnese ocupacional, encaminhamento ao INSS e apoio ao trabalhador para emissão da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT);
- Vigilância em Saúde: mapeamento das atividades produtivas do território, identificação e cadastro dos trabalhadores, principalmente aqueles que se encontram nos grupos

mais vulneráveis da população, isto é, em atividades informais, domiciliares, peridomiciliares e trabalhadores de rua, os quais estão descobertos de garantias trabalhistas;

- Informação: alimentação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN);

- Produção de Conhecimento: identificação de problemas de saúde relacionados ao trabalho que precisam ser investigados e participação em projetos de pesquisa;

- Atividades Educativas: educação permanente dos trabalhadores, produção e divulgação de material educativo;

- Controle Social: planejamento, programação, acompanhamento e avaliação das ações e aproximação com movimentos sociais e trabalhadores (BRASIL, 2017b; DIAS; LACERDA; SILVA, 2013; PONTES; RIGOTTO, 2014).

Dentre os componentes da eSF, destaca-se a figura do médico, o qual deve ter conhecimento sobre alguns procedimentos básicos relacionados com a saúde do trabalhador durante sua rotina de atendimento. Condizente com a Resolução nº 1.488/1998 do Conselho Federal de Medicina (CFM), cabe aos médicos que prestam assistência médica ao trabalhador:

- Assisti-lo em suas necessidades, elaborar seu prontuário médico e fazer todos os encaminhamentos necessários;

- Fornecer atestados e pareceres para o afastamento do trabalho sempre que necessário;

- Prover laudos, pareceres e relatórios de exame médico (incluindo a CAT) e dar encaminhamento, sempre que necessário, para benefício do paciente e obedecendo aos preceitos éticos quanto aos dados de diagnóstico, prognóstico e tempo previsto de tratamento (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1998).

### 3.5 COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO

O trabalho exerce papel preponderante nas condições de vida e saúde dos indivíduos, em seus grupos familiares, na população e no ambiente. A organização do trabalho e as condições nas quais o mesmo se realiza, entretanto, podem provocar desgastes, doenças e acidentes de trabalho. Portanto, além de o trabalho constituir-se num meio de prover a subsistência e a dignidade humana, pode gerar, também, mal-estar, doenças e mortes (BENATTI, 1997; CFM, 1998).

Segundo o artigo 19 da Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991, e o artigo 318 da Instrução Normativa do INSS nº 77, de 21 de janeiro de 2015, “o acidente do trabalho é o que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa, ou de empregador doméstico, ou pelo exercício do

trabalho do segurado especial, provocando lesão corporal ou perturbação funcional, de caráter temporário ou permanente” (também chamado acidente de trabalho típico). O acidente de trabalho pode causar desde um simples afastamento até a perda ou a redução da capacidade de trabalhar e óbito (BRASIL, 1991).

Também são considerados como acidentes do trabalho:

- O acidente ocorrido no percurso residência/local de trabalho/residência (acidente de trajeto), desde que não haja alteração ou interrupção voluntária do percurso habitualmente realizado e não importando o meio de locomoção utilizado (fornecido pela empresa, público ou do próprio trabalhador). Durante o período de vigência da Medida Provisória nº 905, de 11 de novembro de 2019, o acidente de trajeto deixou de ser considerado acidente de trabalho, pois a aludida Medida Provisória havia revogado a alínea “d”, do inciso IV, do artigo 21, da Lei nº 8.213/1991 (BRASIL, 2019b). No entanto, a Medida Provisória nº 955, de 20 de abril de 2020, revogou a Medida Provisória nº 905 e, com isso, o acidente de trajeto voltou a ser considerado acidente de trabalho convencionalmente (BRASIL, 2020b).

- A doença profissional, ou seja, a patologia que foi produzida ou desencadeada pelo exercício do trabalho peculiar a determinada atividade. Ela prescinde da comprovação de nexo de causalidade, bastando uma comprovação do exercício da profissão (CERATTI; ANDO; QUEIROZ, 2019; BRASIL, 1991).

No Brasil, por força da lei supracitada, todo acidente de trabalho deve ser comunicado pela empresa ao INSS sob pena de multa em caso de omissão. Esse procedimento é realizado por meio do preenchimento e encaminhamento da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT – ANEXO A). No entanto, caso a empresa não emita este documento, ele pode ser emitido pela pessoa, incluindo o próprio acidentado, seus dependentes, a entidade sindical competente, qualquer autoridade pública ou o médico responsável pelo atendimento (incluídos os médicos da ESF).

A CAT possui três tipos, a saber:

- Inicial: quando corresponder ao primeiro registro do evento acidente do trabalho, típico ou de trajeto, ou doença profissional.

- Reabertura: corresponde ao reinício de tratamento ou afastamento por agravamento de lesão de acidente do trabalho ou doença profissional, já comunicado anteriormente ao INSS.

- Comunicação de óbito: quando corresponder a falecimento decorrente de acidente ou doença ocupacional, ocorrido após a emissão da CAT inicial (BRASIL, 1991).

O Formulário da CAT (ANEXO A) é subdividido em três partes:

- Parte I – Emitente: constituída por dados do empregador (incluindo, dentre outras informações, o Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica, CNPJ e a Classificação Nacional de Atividades Econômicas, CNAE da empresa), do acidentado (incluindo a Classificação Brasileira de Ocupações, CBO), do acidente ou da doença e, por fim, informações de duas testemunhas (incluindo nome completo, endereço e telefone).

- Parte II – Atestado médico: formado por informações sobre o local de atendimento, sobre a lesão e sobre o diagnóstico. Nesta parte, o serviço médico da empresa ou da Rede SUS é responsável pelo preenchimento.

- Parte III – INSS: composta por dados de uso exclusivo do INSS (BRASIL, 1999).

Os acidentes de trabalho se constituem em um assunto de relevância nacional e internacional devido aos prejuízos que acarretam aos trabalhadores da saúde, às instituições empregadoras e às instituições governamentais (CHIODI; MARZIALE; ROBAZZI, 2007).

O longo caminho percorrido pelo formulário da CAT, desde sua emissão pelo empregador ou outra pessoa, passando pelo preenchimento do atestado médico e seu posterior encaminhamento para uma agência do INSS, pode contribuir para a subnotificação destes agravos (BINDER; CORDEIRO, 2003).

Além disso, o Brasil tem um grande quantitativo de trabalhadores em situação de informalidade das relações contratuais, ocasionando uma tendência à subnotificação acidentária, problema relevante no país (RIGOTTO, 1998). Essa situação, acrescida do fato de a população ser formada por uma grande parcela de pessoas desconhecedoras de seus direitos, faz com que os trabalhadores acabem admitindo a culpa pelos acidentes de trabalho, não chegando a procurar atendimento à saúde ou, quando o fazem, omitem o seu problema de saúde como sendo relacionado ao trabalho (SILVEIRA *et al*, 2005).

O diagnóstico da situação acidentária ocupacional é relevante para a elaboração de estratégias preventivas pelos serviços de atenção ao trabalhador (incluindo as eSF), contribuindo de forma efetiva para a promoção da Saúde do Trabalhador, para a prevenção de doenças ocupacionais e acidentes de trabalho e para o tratamento integral e reabilitação do trabalhador. Neste sentido, a CAT constitui-se importante documento de estudo epidemiológico e de vigilância dos acidentes de trabalho, além de contribuir para o cumprimento de direitos constitucionais de grande parte da população de trabalhadores do país (CHIODI *et al*, 2010; RODRIGUES; SANTANA, 2019).

## 4 MÉTODOS

### 4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo avaliativo, observacional, com abordagem quantitativa e delineamento transversal (seccional ou de prevalência), apoiado em um Inquérito CAP.

Para Matida e Camacho (2004), a pesquisa avaliativa consiste em um “sistema de feedback” entre o programa e seu contexto, em que o objetivo fundamental é a produção de informações e conhecimentos que, por um lado, aprimore o entendimento de como o programa funciona em outros contextos e, por outro, forneça subsídios às intervenções locais. Para Hartz (1997), trata-se de um procedimento que consiste em fazer um julgamento *ex-post* de uma intervenção usando métodos científicos. Sendo mais preciso, trata-se de analisar a pertinência, os fundamentos teóricos, a produtividade, os efeitos e o rendimento de uma intervenção, bem como as relações existentes entre a intervenção e o contexto no qual se situa com o objetivo de ajudar na tomada de decisões. Serapione (2009) afirma que a pesquisa avaliativa tem três características-chave: 1) atenção pelas questões metodológicas; 2) preocupação com a finalidade e a utilidade da avaliação, bem como com a necessidade de usá-la nos processos de tomada de decisões; e 3) reconhecimento do pluralismo de valores e, portanto, da importância de incluir distintos pontos de vista e grupos de interesses no processo avaliativo.

Por sua vez, estudos observacionais são aqueles que permitem que a natureza determine o seu curso, ou seja, o investigador mede, mas não intervém (BONITA; BEAGLEHOLE; KJELLSTRÖM, 2010).

Marconi e Lakatos (2018) afirmam que os estudos quantitativos consistem em investigações de pesquisa empírica cuja principal finalidade é o delineamento ou análise das características de fatos ou fenômenos. Por seu turno, Prodanov e Freitas (2013) consideram que, neste tipo de pesquisa, tudo pode ser quantificável, o que significa traduzir em números opiniões e informações para classificá-las e analisá-las.

Os estudos transversais utilizam a coleta de dados em um momento de tempo, não existindo, portanto, período de seguimento de indivíduos. Tais estudos estão incluídos no grupo de pesquisas descritivas, aquelas que visam descobrir a existência de relações entre variáveis ou descrever as características de determinada população ou fenômeno. Além disso, nestes estudos a exposição ao fator ou causa está presente ao efeito no mesmo momento ou intervalo de tempo analisado. Tais estudos examinam dados num ponto do tempo, isto é, os dados são coletados apenas numa ocasião com os mesmos assuntos, e não sobre os mesmos assuntos em

vários pontos do tempo (CRESWELL, 2010; GIL, 2019; WOOD; HABER, 2001; HULLEY *et al.*, 2008; JEKEL *et al.*, 2005).

#### 4.2 LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO

O presente estudo foi realizado em Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) do município de Fortaleza, durante o período do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE), de maio de 2019 a julho de 2021.

O município de Fortaleza, quinto maior do país em população, é a capital do Ceará e está localizado no litoral norte do estado, com área territorial de 313,8 km<sup>2</sup>. Limita-se ao Norte pelo Oceano Atlântico, a Leste pelo município de Aquiraz, ao Sul pelo município de Pacatuba e a oeste pelas cidades de Caucaia e Maracanaú (FORTALEZA, 2017).

De acordo com o IBGE, a população total do município de Fortaleza em 2020 era de 2.686.612 habitantes. Conforme o censo de 2010, a densidade populacional do município foi de, aproximadamente, 7.787 habitantes por km<sup>2</sup>, a maior densidade demográfica entre as capitais brasileiras. Os fortalezenses representavam, em 2020, 29,24% da população do Estado do Ceará, cujo contingente populacional foi de 9.187.103 habitantes (IBGE, 2010).

Vale destacar que a Secretaria Municipal da Saúde (SMS) é órgão integrante da Administração Direta do Município de Fortaleza e tem por finalidade implementar a gestão do Sistema de Saúde, de Vigilância Sanitária, de Vigilância Epidemiológica, de Controle de Zoonoses e de Saúde do Trabalhador mediante a definição das políticas públicas, diretrizes e programas para promover o atendimento integral à saúde dos fortalezenses (FORTALEZA, 2015). Em sua estrutura administrativa, a SMS está dividida em 6 (seis) Coordenadorias Regionais de Saúde (CORES) que coincidem, geograficamente, com as Secretarias Executivas Regionais (SER), com exceção da Secretaria Executiva Regional do Centro de Fortaleza (SERCEFOR) que faz parte da CORES II (FORTALEZA, 1997).

Recentemente, o município de Fortaleza sofreu uma reestruturação organizacional e passou a ser dividido em 12 (doze) regiões administrativas (FORTALEZA, 2019). Porém, na pesquisa em tela, optou-se pela antiga divisão em 6 (seis) CORES. A figura a seguir ilustra a divisão adotada neste estudo.

Figura 1 – Mapa das regionais do município de Fortaleza.



Fonte: Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará (IPECE).

No momento da concepção deste estudo, Fortaleza possuía 113 (cento e treze) UAPS conforme quadro a seguir:

Quadro 2 – Distribuição do número de Unidades de Atenção Primária à Saúde, por Secretaria Regional, na cidade de Fortaleza – CE. Fortaleza – CE, 2020.

Regionais	Regional I	Regional II	Regional III	Regional IV	Regional V	Regional VI
Quantidade de UAPS	15	12	18	13	25	30

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2020.

#### 4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO

Para Campana e colaboradores (2001, p. 155), população ou universo da amostra “é o conjunto de todos os possíveis valores de uma variável e, amostra, qualquer subconjunto (parte) do mesmo”. Além disso, população também pode ser definida como o número total de

indivíduos que possuem as mesmas características definidas para um certo estudo enquanto, amostra, como parte da população ou do universo selecionada de acordo com uma regra ou um plano, por meio do qual pode-se estabelecer ou estimar as características desse universo ou dessa população (PRODANOV; FREITAS, 2013).

No presente estudo, a população alvo foi composta por médicos, trabalhadores da Atenção Primária à Saúde e com efetivo exercício no município de Fortaleza, Ceará. Vale salientar que esse quantitativo é variável de tempos em tempos, haja vista o fluxo de entrada e saída dos profissionais. Por isso, foram tomados como referência os dados relativos a novembro de 2020. Nesta data, segundo a Secretaria Municipal de Saúde, havia 478 profissionais.

De posse do tamanho populacional acima descrito, calculou-se a amostra de profissionais médicos através da seguinte fórmula para populações finitas:

$$n = \frac{N \cdot k^2 \cdot P \cdot Q}{e \cdot (N - 1) + k^2 \cdot P \cdot Q}$$

Sendo:

n = tamanho da amostra

N = população (N = 478)

P = adotou-se o valor de 50% para superestimar a amostra

Q = diferença de 1 – P

e = utilizou-se erro de 5%

K = grau de confiança de 95% com nível de significância de 5% (equivalência: 1,96)

Após os cálculos devidos, o tamanho da amostra resultou em 214 profissionais.

#### 4.3.1 Estratificação da amostra

Para se ter uma amostra representativa de profissionais de cada CORES, esta foi estratificada respeitando-se a proporção das populações conforme descrito no Quadro 3.

**Quadro 3** – Estratificação da população alvo e amostra de médicos(as) da APS segundo CORES. Fortaleza – CE, 2020.

<b>CORES</b>	<b>População de Médicos da ESF</b>	<b>Percentual representativo de cada CORES</b>	<b>Amostra</b>
I	62	12,97%	28

II	59	12,34%	26
III	62	12,97%	28
IV	46	9,62%	21
V	97	20,29%	43
VI	152	31,81%	68
TOTAL	478	100%	214

Fonte: Autoria própria.

#### 4.3.2 Critérios de inclusão

- Ser médico, independentemente do sexo e da faixa etária;
- Trabalhar na APS da cidade de Fortaleza, Ceará;
- Cumprir carga horária igual ou superior a 20 horas semanais.

#### 4.3.3 Critérios de exclusão

- Estar no serviço há menos de seis meses, tempo mínimo necessário para se ter conhecimento do território, da rotina do serviço e das famílias acompanhadas;
- Encontrar-se de férias e/ou de licença, o que poderia comprometer a coleta dos dados.

#### 4.4 VARIÁVEIS ESTUDADAS

Variável refere-se ao fenômeno a ser pesquisado. Ela pode ser considerada como uma classificação ou uma medida, uma quantidade que varia, um conceito operacional que contém ou apresenta valores, aspecto, propriedade ou fator discernível em um objeto de estudo e passível de mensuração. Portanto, as variáveis são características observáveis dos fenômenos a ser estudado, possuem correlação entre si e estão nas bases de uma pesquisa científica (PRODANOV; FREITAS, 2013).

Foram consideradas como variáveis independentes do estudo aquelas associadas à caracterização sociodemográfica, variáveis relacionadas ao trabalho e à formação acadêmica. Por sua vez, foi considerada como desfecho (variável dependente) o conhecimento, a atitude e a prática dos médicos sobre a Comunicação de Acidente de Trabalho.

#### 4.4.1 Variáveis sociodemográficas

- Idade (computada em anos);
- Cor (cor da pele autorreferida pela pessoa, categorizada em branca, preta, parda, amarela ou indígena);
- Sexo (feminino ou masculino);
- Estado civil (sendo consideradas as seguintes opções: solteiro, casado/união estável, viúvo e divorciado);
- Religião (sendo consideradas as seguintes opções: católico, evangélico, adventista, espírita e outra religião).

#### 4.4.2 Variáveis relacionadas ao trabalho e à formação acadêmica

- Unidade de Saúde / Regional (nome da UAPS e Regional de saúde em que o profissional trabalha);
- Equipe de Saúde da Família (nome da equipe em que o profissional trabalha, se tiver);
- Ano de conclusão da graduação (considerado o ano em que o profissional se formou);
- Unidade Federativa da graduação;
- Município da graduação;
- Instituição de Ensino Superior (IES) de formatura (ponderada a instituição em que o profissional se formou);
- Tipo de IES (opções mencionadas: Público/Federal/Estadual ou Privada/Filantrópica);
- Tempo de atuação na Atenção Primária à Saúde (computado em anos);
- Pós-graduação (sendo consideradas as seguintes opções: especialização *lato sensu*, residência médica, mestrado ou doutorado);
- Regime de contratação (sendo consideradas as opções: servidor/estatutário, celetista, Recibo de Pagamento Autônomo (RPA), Programa Mais Médicos pelo Brasil, Programa Médicos da Família - Fortaleza, Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade ou outra forma de contratação);
- Carga horária semanal (sendo consideradas as opções: 40 horas, 32 horas + 8 horas de educação permanente, 20 horas e outras).

#### 4.4.3 Inquérito CAP (Conhecimento, Atitude e Prática)

A metodologia CAP é empregada para medir os conhecimentos, as atitudes e a prática de uma população, permitindo um diagnóstico da mesma, e mostrar o que as pessoas sabem, sentem e como se comportam a respeito de determinado tema (KALIYAPERUMAL, 2004).

Para Badran (1995), essas pesquisas contribuem para melhorar a educação em saúde, porque os educadores podem diagnosticar seus alunos antes de implementar estratégias destinadas a mudar práticas inadequadas.

Os termos conhecimento, atitude e prática podem ser definidos da seguinte maneira:

- **Conhecimento:** capacidade de adquirir, reter e usar informações. Uma mistura de compreensão, experiência, discernimento e habilidade.
- **Atitude:** inclinações para reagir de certa maneira a determinadas situações, ver e interpretar eventos, de acordo com certas predisposições. Consiste também em organizar opiniões em estruturas coerentes e inter-relacionadas. Relaciona-se ao domínio afetivo e à dimensão emocional.
- **Prática:** aplicação de regras e conhecimentos que levam à ação. Relaciona-se aos domínios psicomotor, afetivo, cognitivo e à dimensão social (BADRAN, 1995; MARINHO *et al*, 2003).

Neste estudo, por falta de outros estudos sobre conhecimento, atitude e prática de médicos sobre a CAT, esses três itens foram avaliados de acordo com a classificação estabelecida pelo autor da seguinte maneira:

**Quadro 4** – Critérios de classificação do conhecimento, da atitude e da prática sobre a CAT.

<b>CONHECIMENTO</b> (n=8)	<b>ADEQUADO</b>	<b>INADEQUADO</b>
	Quando o profissional referir ter ouvido falar sobre a CAT e responder de forma correta a todos os questionamentos sobre a CAT.	Quando o profissional referiu nunca ter ouvido falar da CAT ou responder de forma incorreta a algum questionamento sobre a CAT.
<b>ATITUDE</b> (n=1)	<b>ADEQUADA</b>	<b>INADEQUADA</b>
	Quando o profissional responder “concordo” ou “concordo completamente” ao ser perguntado se o preenchimento da CAT é atribuição dos médicos da Atenção Primária à Saúde.	Quando o profissional responder “discordo” ou “discordo completamente” ou “não sei” ao ser perguntado se o preenchimento da CAT é

		atribuição dos médicos da Atenção Primária à Saúde.
<b>PRÁTICA (n=7)</b>	<b>ADEQUADA</b>	<b>INADEQUADA</b>
	Quando o profissional relatar ter preenchido a CAT alguma vez e responder aos questionamentos sobre prática com as opções “sempre” ou “às vezes”.	Quando o profissional relatar nunca ter preenchido a CAT ou responder aos questionamentos sobre prática com as opções “raramente” ou “nunca”.

Fonte: Autoria própria.

Para cada domínio do questionário, foi calculada uma pontuação que variou de 0 a 10, sendo 10 a pontuação mais alta quando todas as perguntas foram respondidas corretamente. Como ponto de corte para CAP adequado, estabeleceu-se um mínimo de 50% das respostas corretas, conforme valor utilizado em estudos similares (SANTOS *et al*, 2011; FERNANDES *et al*, 2012; PESSOA *et al*, 2015).

#### 4.5 PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Primeiramente, foi solicitada a autorização da Coordenadoria de Educação em Saúde, Ensino, Pesquisa e Programas Especiais (COEPP), órgão da Secretaria Municipal de Saúde do município de Fortaleza (APÊNDICE B). De posse da carta de anuência (ANEXO B) e aprovação ética, foi solicitada, à COEPP, os contatos telefônicos dos profissionais médicos lotados nas UAPS de Fortaleza, Ceará.

Um convite para participar da pesquisa foi enviado por aplicativo de mensagens ou correio eletrônico para todos os profissionais. Neste momento, também foi enviado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE, APÊNDICE C), assim como o questionário elaborado através do *Google Forms* (APÊNDICE A). O questionário foi do tipo estruturado, autoadministrado e continha perguntas pré-codificadas sobre o conhecimento, a atitude e a prática em relação à CAT.

Os dados foram coletados nos meses de novembro de 2020 a janeiro de 2021. Cabe destacar que o questionário foi previamente testado em um grupo de dez participantes com características similares às do público-alvo do estudo, para confirmar a adequação do instrumento e para garantir a qualidade das informações obtidas (pré-teste). Esses dados não foram incorporados ao estudo.

Para Hulley *et al.* (2008), os questionários constituem uma das abordagens básicas para coletar dados e possuem as seguintes vantagens: são pouco onerosos, não requerem muito

tempo da equipe de pesquisa, são fáceis de padronizar e podem ser aplicados via correio eletrônico.

Quanto às questões sobre conhecimento, as respostas plausíveis foram “verdadeiras”, “falsas” ou “não sei”. No que tange à atitude, uma escala do tipo Likert foi usada para classificar cinco categorias de respostas, como se segue: “Concordo”, “Concordo completamente”, “Discordo”, “Discordo completamente” e “Não sei”. Por fim, em relação à prática, as possíveis respostas policotômicas foram “sempre”, “às vezes”, “raramente” e “nunca”. Além disso, os profissionais foram solicitados a informar se preencheram a CAT alguma vez.

A escala Likert é uma escala psicométrica usada para registrar o nível de concordância e discordância com uma declaração dada. A resposta é categorizada do menor para o maior nível de concordância. Essa escala é muito utilizada em pesquisas de opinião e para quantificar atitudes, comportamentos e domínios de qualidade de vida relacionada à saúde (HULLEY *et al.*, 2008; SANCHES, MEIRELES, SORDI, 2011).

#### 4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados, após coletados e conferidos, foram exportados para uma planilha do *software* Microsoft Excel versão 2019. Em seguida, procedeu-se à análise estatística utilizando-se o *software* Stata versão 15.1. Inicialmente, foram realizadas análises univariadas expressas através de medidas de tendência central (para variáveis numéricas) e tabelas de frequência (para variáveis categóricas). As variáveis numéricas foram analisadas estatisticamente por meio do teste *t* de Student. Por sua vez, as variáveis categóricas foram submetidas a análises bivariadas utilizando-se os testes de hipótese Qui-quadrado ou Teste Exato de Fisher (quando as condições para o Qui-quadrado não foram contempladas). Variáveis cujas análises resultaram em significância estatística no nível de  $p < 0,20$  foram levadas para o modelo multivariado. Além disso, também foi utilizada a Regressão Logística Simples para expressar o nível de associação de cada variável independente com o desfecho do cálculo da *odds ratio* (OR) ou razão de chances. Os modelos multivariados foram realizados através de Regressão Logística Múltipla e expressos através de OR e seus respectivos intervalos de confiança. Variáveis estatisticamente associadas aos desfechos no nível de  $p < 0,05$  foram mantidas no modelo final. Por fim, em todas as análises foi adotado um intervalo de confiança de 95% e um nível de significância de 5%.

#### 4.7 ASPECTOS ÉTICOS EM PESQUISAS COM SERES HUMANOS

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital São Carlos do Ceará antes do início da coleta dos dados em campo, bem como recebeu a anuência da Prefeitura de Fortaleza para sua realização, tendo sido aprovado no CEP sob número de protocolo 4.263.485.

O estudo obedeceu às diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos aprovadas pela Resolução N° 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS 466/12) e às regras aplicáveis às pesquisas em Ciências Humanas e Sociais, cujos procedimentos metodológicos envolvem a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes, aprovadas pela Resolução N° 510 de 07 de abril de 2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS 510/16). Tais resoluções incorporam, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os referenciais da bioética, a saber: autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade. Além disso, essas resoluções objetivam assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado (BRASIL, 2012; BRASIL, 2016c).

Os participantes da pesquisa foram previamente informados sobre os objetivos e a justificativa do estudo, sendo-lhes garantido o sigilo de suas identidades, a assistência, o livre consentimento e o respeito aos valores sociais, culturais, religiosos, morais e éticos. Além disso, foi assegurada aos participantes a opção de participar ou não da pesquisa.

Todos os participantes foram esclarecidos a respeito dos dados inerentes ao estudo através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C). Este documento explicitou o consentimento livre e esclarecido do participante da pesquisa, de forma escrita, contendo todas as informações necessárias, em linguagem clara e objetiva, de fácil entendimento, para o mais completo esclarecimento sobre o estudo do qual se propõe participar, de forma autônoma, consciente e gratuita, sendo-lhe garantida a plena liberdade de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização (BRASIL, 2013). Cada participante recebeu uma cópia deste documento. As respostas dos formulários e a análise dos dados foram de uso exclusivo dos pesquisadores.

A coleta das informações trouxe risco mínimo à saúde dos participantes, relativos ao desconforto durante a aplicação do questionário e a uma possível invasão de privacidade. Para minimizá-los, foi permitido que os profissionais respondessem o instrumento de forma online, no local e horário conveniente aos mesmos, bem como foi assegurado a confidencialidade, a

privacidade e a não estigmatização, através da garantia de não utilização das informações em prejuízo das pessoas.

Os benefícios proporcionados pela participação na pesquisa consistiram na contribuição para a formulação de diagnósticos situacionais, a avaliação e o planejamento de políticas públicas voltadas aos acidentes ou doenças relacionadas ao trabalho e aproximação dos participantes da pesquisa com o tema proposto.

Os resultados da pesquisa foram divulgados por meio de publicações científicas. Além disso, foi apresentado um relatório à Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza como forma de fomentar ações educativas sobre a emissão da CAT.

## 5 ARTIGO EXTRAÍDO DA DISSERTAÇÃO

No projeto dissertativo ora apresentado, o capítulo de Resultados foi organizado no formato de artigo científico. O regimento do PROFSAÚDE consente que o mestrando defenda a dissertação neste formato. Deste modo, salienta-se que foi elaborado um manuscrito que será submetido ao periódico “Cadernos de Saúde Pública”, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz. O manuscrito que será apresentado à revista é exposto a seguir.

### **CONHECIMENTO, ATITUDE E PRÁTICA DE MÉDICOS SOBRE COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Otenberg Nogueira de Souza Júnior  
Roberto Wagner Júnior Freire de Freitas

#### RESUMO

Objetivou-se avaliar o conhecimento, a atitude e a prática (CAP) de médicos sobre Comunicação de Acidentes de Trabalho (CAT) na Atenção Primária à Saúde de Fortaleza, Ceará. Realizou-se um estudo transversal com a aplicação do Inquérito CAP com 229 médicos atuando em Unidades de Atenção Primária. A coleta de dados se deu eletronicamente e os questionários foram autoadministrados e estruturados com perguntas pré-codificadas sobre o conhecimento, a atitude e a prática em relação à CAT. Prevaleram, na amostra, indivíduos do sexo feminino (54,59%), menores de 30 anos (34,50%) e médicos generalistas (68,12%). Os resultados apontam a existência de uma lacuna no conhecimento, atitude e prática de médicos da APS sobre a CAT. O maior índice de inadequação foi relativo à prática (85,59%), seguido pela atitude (58,08%) e pelo conhecimento (52,40%). O conhecimento inadequado foi associado aos fatores: existência de formas de contratação diferentes do Programa Mais Médicos pelo Brasil (PMMB)/Residência em Medicina de Família e Comunidade (RMFC) ( $p=0,04$ ), prática inadequada ( $p<0,001$ ) e atitude inadequada ( $p=0,009$ ). Atitude inadequada foi associada a sexo feminino ( $p=0,004$ ), formas de contratação diferentes do PMMB/RMFC ( $p=0,034$ ), prática inadequada ( $p=0,026$ ) e conhecimento inadequado ( $p=0,009$ ). Em relação à prática, 88,21% dos participantes ( $n=202$ ) afirmaram nunca ter preenchido a CAT devido à falta de oportunidade. No tocante às práticas inadequadas, houve associação significativa com conhecimento inadequado ( $p<0,001$ ) e atitude inadequada ( $p=0,026$ ). Conclui-se que, em geral,

o conhecimento, a atitudes e a prática dos participantes em relação à CAT necessitam ser aprimorados.

**Palavras-chave:** Conhecimentos, Atitudes e Prática em saúde; Médicos; Acidentes de Trabalho.

#### ABSTRACT

The study's objective was to evaluate physicians' knowledge, attitude, and practice (KAP) on the Communication of Occupational Accidents (COA) in Primary Health Care units in Fortaleza, Ceará. A cross-sectional study was carried out using the KAP Survey with 229 physicians working in primary care units. Data collection took place electronically, and the questionnaires were self-administered and structured with pre-coded questions about knowledge, attitude, and practice concerning the COA. The sample was predominantly female (54.59%), aged under 30 years (34.50%), and consisted mainly of general practitioners (68.12%). The results indicate a gap in the KAP of primary healthcare physicians about the COA. The highest index of inadequacy was related to practice (85.59%), followed by attitude (58.08%) and knowledge (52.40%). Inadequate knowledge was associated with the following factors: existence of different ways of hiring besides “Mais Médicos” Program (PMMB)/Residence in Family and Community Medicine (RMFC) ( $p=0.04$ ), inadequate practice ( $p<0.001$ ), and inadequate attitude ( $p=0.009$ ). An inadequate attitude was associated with female gender ( $p=0.004$ ), existence of different ways of hiring besides PMMB/RMFC ( $p=0.034$ ), inadequate practice ( $p=0.026$ ), and inadequate knowledge ( $p=0.009$ ). Regarding practice, 88.21% of participants ( $n=202$ ) said they had never filled out the COA due to lack of opportunity. Concerning inappropriate practices, there was a significant association between inadequate knowledge ( $p<0.001$ ) and an inadequate attitude ( $p=0.026$ ). It is concluded that the knowledge, attitudes, and practice of participants concerning the COA need to be improved.

**Keywords:** Health Knowledge, Attitudes, Practice; Physicians; Occupational Accidents.

#### Conflito de interesses

Este estudo não possui conflito de interesses de natureza política ou financeira. Não houve financiamento para a realização da pesquisa.

#### Agradecimentos

Os autores agradecem aos coordenadores e médicos das Unidades de Atenção Primária de Saúde pelo auxílio na coleta de dados, à Prefeitura de Fortaleza por ter permitido a realização

da pesquisa em 2020 e à Fiocruz-Ceará pela iniciativa da realização do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE).

## INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define saúde como “estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de enfermidade ou invalidez”<sup>1</sup>. Percebe-se que essa definição de saúde é ampla porque possui muitos determinantes sociais.

Determinantes Sociais de Saúde (DSS) são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população<sup>2</sup>. Essa definição engloba o conceito generalizado de que as condições de vida e trabalho dos indivíduos e de grupos da população estão relacionadas com sua situação de saúde<sup>3</sup>.

Nessa perspectiva, trabalho é um “processo dinâmico entre trabalhador, ambiente, métodos produtivos, relações psicossociais e éticas, resultando em um produto ou atividade”<sup>4</sup>. Além disso, o trabalho é uma atividade humana, individual ou coletiva, de caráter social, complexa, dinâmica, mutante e que se distingue de qualquer outro tipo de prática animal por sua natureza reflexiva, consciente, propositiva, estratégica, instrumental e moral<sup>5</sup>.

O trabalho possui caráter central para a humanidade pois, ao longo de toda a história da evolução humana, foi determinante para a manutenção da vida do homem, tanto individual como coletivamente. Em outras palavras, a humanidade se estrutura, historicamente, politicamente e quase em sua totalidade, em função do conceito de trabalho<sup>6</sup>. Assim, separar o trabalho da existência das pessoas é muito difícil, senão impossível, diante da importância e do impacto que o trabalho provoca<sup>7</sup>.

Além dos conceitos de trabalho acima apresentados, a Organização Internacional do Trabalho (OIT) define trabalho decente como aquele exercido com remuneração satisfatória, em condições de liberdade, equidade e segurança e capaz de garantir uma vida digna. Para tanto, essa noção se apoia em quatro pilares estratégicos: a) respeito às normas internacionais do trabalho, em especial aos princípios e direitos fundamentais do trabalho; b) promoção do emprego de qualidade; c) extensão da proteção social; e d) diálogo social<sup>8</sup>.

Por sua vez, trabalhadores são todos os homens e mulheres que trabalham na zona urbana ou rural, independentemente da forma de inserção no mercado de trabalho, da existência de vínculo formal ou informal e de atuarem no setor público ou privado. Ademais, a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) abrange trabalhadores

assalariados, autônomos, avulsos, temporários, cooperativados, aprendizes, estagiários, domésticos, aposentados e desempregados<sup>9</sup>.

De acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua<sup>10</sup>, no trimestre novembro-janeiro de 2021, os trabalhadores brasileiros somavam cerca de 100,2 milhões de pessoas (aproximadamente 47,30% da população brasileira). No Ceará, de acordo com o mesmo documento para o trimestre outubro-dezembro de 2020, eram 3,80 milhões de trabalhadores (aproximadamente 41,16% da população). Em Fortaleza, segundo o último censo<sup>11</sup>, havia em torno de 849 mil trabalhadores (aproximadamente 32,10% da população).

O termo Saúde do Trabalhador (ST) é definido como o conjunto de atividades que se destina à promoção, à proteção, à recuperação e à reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos inerentes às condições de trabalho. Para tanto, utiliza-se de ações de vigilância epidemiológica e sanitária<sup>12</sup>.

Durante o ano de 2018, foram registrados no Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) cerca de 576,9 mil acidentes de trabalho. Comparado com 2017, o número de acidentes de trabalho teve um acréscimo de 3,47%. O total de acidentes registrados com Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) aumentou em 5,19% de 2017 para 2018. Do total de acidentes com CAT registrada, os acidentes típicos representaram 75,47%, os de trajeto 22,56% e as doenças do trabalho 1,97%. O sexo masculino foi o mais prevalente<sup>13</sup>.

Em 2020, o número de acidentes de trabalho notificados no Brasil foi de 446,9 mil. Em relação ao ano anterior, houve um decréscimo de, aproximadamente, 30,1%. No Ceará, o total de acidentes de trabalho foi de 7,9 mil, o que colocou o estado em décimo segundo lugar no ranking nacional. Comparado com 2019, houve uma redução de 24%. No mesmo ano, em Fortaleza, houve 3,8 mil acidentes de trabalho. Mesmo com uma redução de 28,84% em relação a 2019, esse número colocou a cidade em décimo segundo lugar no ranking nacional<sup>14</sup>.

Ao adoecer, muitas vezes, o trabalhador procura atendimento na Atenção Primária à Saúde (APS). Uma explicação para esse fato é o alto grau de descentralização e capilaridade da APS, a qual dispõe de unidades próximas aos domicílios das pessoas e dos seus ambientes de trabalho.

No Brasil, a Atenção Básica (AB, termo equivalente à APS) é operacionalizada prioritariamente pela Estratégia Saúde da Família (ESF) que, por sua vez, é formada, preferencialmente, pelas Equipes de Saúde da Família (eSF). Tais equipes são compostas, minimamente, por médico, enfermeiro, auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS). Podem fazer parte da equipe, ainda, o agente de combate às

endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal (cirurgião-dentista e auxiliar ou técnico em saúde bucal)<sup>15</sup>.

Cada membro da equipe de saúde possui atribuições que são comuns a todos e específicas de acordo com cada categoria. Dentre as que podem ser desempenhadas pelo médico, se destacam as ações voltadas para a Vigilância em Saúde (sanitária, ambiental, epidemiológica e do trabalhador) e o conhecimento e atuação de acordo com as políticas e diretrizes do Ministério da Saúde<sup>15</sup>.

Dentre as políticas citadas anteriormente, enfatiza-se a PNSTT, que define os princípios, diretrizes e estratégias das esferas de gestão do SUS para o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador<sup>9</sup>. A política mencionada enfatiza fortemente a Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT), a qual destaca a promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores, a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos, a agregação de valor ao trabalho desenvolvido pelos profissionais de saúde e o reconhecimento do território enquanto local de atuação do trabalhador<sup>9</sup>.

Dentre as ações da VISAT, está a identificação e a notificação de situações de risco e agravos relacionados ao trabalho. Diante de um acidente ou doença relacionada ao trabalho, o médico, além da notificação, deve emitir a CAT. Tal documento será a ferramenta para caracterização donexo entre o acidente/doença e o trabalho, bem como garantirá o acesso do trabalhador segurado aos benefícios de natureza acidentária junto ao INSS<sup>16</sup>.

A CAT é um documento emitido para reconhecer um acidente de trabalho (típico ou de trajeto) ou uma doença ocupacional. Esse documento deve ser emitido pela empresa no prazo de um dia útil, ou, se ocorreu óbito, imediatamente. A CAT também pode ser emitida por um médico externo à empresa, um familiar, um dependente do segurado, pelo sindicato ou por uma autoridade pública<sup>17</sup>.

Buscas realizadas na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) em julho de 2021, através de descritores controlados do vocabulário Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), a saber: “conhecimentos, atitudes e prática em saúde”, “médicos” e “acidentes de trabalho”, evidenciaram a existência de 27 textos completos, sendo 24 na base de dados *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), 2 na Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e 1 na Base de Dados da Enfermagem (BDENF). Não foram encontrados estudos significativos e robustos sobre o conhecimento, a atitude e a prática de médicos sobre a CAT. Os estudos abordavam a adesão às precauções padrão por uma equipe de atendimento pré-hospitalar móvel, as possíveis diferenças de conhecimento e conduta dos médicos-peritos acidentários de um centro de reabilitação

profissional, o conhecimento e a prática de pediatras brasileiros sobre doença do refluxo gastroesofágico em lactentes e o perfil de trabalhadores brasileiros vítimas de acidentes de trabalho com fluidos biológicos. Tal fato foi de suma importância para o planejamento e para o desenho do presente artigo.

Constatou-se, ainda, que pesquisadores têm utilizado o inquérito CAP (conhecimento, atitude e prática) para medir o que uma população sabe, pensa e como atua em relação a determinado problema. Esse inquérito pode ser adaptado a diferentes contextos, possibilitando um diagnóstico populacional referente a um determinado assunto e a identificação de possíveis caminhos para uma futura intervenção eficaz<sup>18</sup>.

Diante da lacuna do conhecimento acima descrita, da importância do trabalho para a vida das pessoas, do elevado número de trabalhadores em todo o país, da morbimortalidade decorrente dos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, dos custos para o sistema de saúde e da pequena quantidade de trabalhos com dados significativos na capital cearense envolvendo o tema, justifica-se a importância da realização da presente pesquisa. O objetivo deste estudo foi avaliar o conhecimento, a atitude e a prática de médicos sobre a CAT na Atenção Primária à Saúde de Fortaleza.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo avaliativo, observacional, com abordagem quantitativa e delineamento transversal, apoiado em um inquérito de conhecimento, atitude e prática (CAP), realizado no período de maio de 2019 a julho de 2021.

A população do estudo foi composta por médicos, trabalhadores das Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) com efetivo exercício no município de Fortaleza, Ceará. Vale salientar que esse quantitativo é variável de tempos em tempos, haja vista o fluxo de entrada e saída dos profissionais. Por isso, foram tomados como referência os dados relativos a novembro de 2020. A amostra de 214 profissionais foi estimada com base em uma fórmula para populações finitas, utilizando-se os seguintes parâmetros:  $N = 478$ , prevalência = 50%, erro amostral = 5%, intervalo de confiança = 95% e nível de significância = 5% (1,96). Como a capital encontra-se dividida administrativamente em 6 Coordenadorias Regionais de Saúde (CORES)<sup>19</sup> que possuem UAPS, optou-se por estratificar a amostra, respeitando a proporção das populações por cada CORES para a obtenção de uma amostra representativa de profissionais.

Foram adotados os seguintes critérios de inclusão: ser médico (independentemente do sexo e da faixa etária), trabalhar nas UAPS da cidade de Fortaleza, Ceará e cumprir carga

horária igual ou superior a 20 horas semanais. Profissionais que estavam de férias ou de licença e aqueles com menos de 6 meses no serviço foram excluídos do estudo.

A coleta de dados ocorreu de novembro de 2020 a janeiro de 2021 através de um convite para participar da pesquisa enviado eletronicamente, via aplicativo de mensagens ou correio eletrônico. Nesta ocasião e também eletronicamente, foi enviado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o questionário elaborado através do *Google Forms*. O questionário foi do tipo estruturado, autoadministrado e com perguntas pré-codificadas sobre o conhecimento, a atitude e a prática em relação à CAT. Cabe destacar que o questionário foi previamente testado em um grupo de participantes com características similares às do público-alvo do estudo, para confirmar a adequação do instrumento e para garantir a qualidade das informações obtidas (pré-teste).

Quanto às questões sobre conhecimento, as respostas plausíveis foram “verdadeiras”, “falsas” ou “não sei”. No que tange à atitude, uma escala do tipo Likert foi usada para classificar cinco categorias de respostas, como se segue: “Concordo”, “Concordo completamente”, “Discordo”, “Discordo completamente” e “Não sei”. Por fim, em relação à prática, as possíveis respostas policotômicas foram “sempre”, “às vezes”, “raramente” e “nunca”. Além disso, os profissionais foram solicitados a informar se preencheram a CAT alguma vez.

Para a análise dos dados, o conhecimento foi considerado adequado quando o participante referiu ter ouvido falar sobre a CAT e respondeu de forma correta a todos os questionamentos sobre o referido documento. O conhecimento foi considerado inadequado quando o profissional referiu nunca ter ouvido falar sobre a CAT ou respondeu de forma incorreta algum questionamento sobre ela.

A atitude foi considerada adequada quando o profissional respondeu “concordo” ou “concordo completamente” quando perguntado se o preenchimento da CAT era atribuição dos médicos da APS. A atitude foi considerada inadequada quando o profissional respondeu “discordo” ou “discordo completamente” ou “não sei” quando foi perguntado se o preenchimento da CAT era atribuição dos médicos das Equipes de Saúde da Família.

Com relação à prática, ela foi considerada adequada quando o profissional relatou ter preenchido a CAT alguma vez e respondeu aos questionamentos com as opções “sempre” ou “às vezes”. A prática foi considerada inadequada quando o profissional relatou nunca ter preenchido a CAT ou respondeu aos questionamentos com as opções “raramente” ou “nunca”.

Para cada domínio do questionário, foi calculada uma pontuação que variou de 0 a 10, sendo 10 a pontuação mais alta, atribuída quando todas as perguntas foram respondidas

corretamente. Estabeleceu-se um ponto de corte de 50% de respostas corretas, valor utilizado em estudos similares<sup>21,22,23</sup>

Os dados, após coletados e conferidos, foram exportados para uma planilha do software Excel versão 2019. Em seguida, procedeu-se à análise estatística utilizando-se o software Stata versão 15.1. Inicialmente, foram performadas análises univariadas expressas através de medidas de tendência central (para variáveis numéricas) e tabelas de frequência (para variáveis categóricas). As variáveis numéricas foram analisadas estatisticamente por meio do teste t de Student. Por sua vez, as variáveis categóricas foram submetidas a análises bivariadas utilizando-se os testes de hipótese Qui-quadrado ou Teste Exato de Fisher (quando as condições para o Qui-quadrado não foram contempladas). Variáveis cujas análises resultaram em significância estatística no nível de  $p < 0,20$  foram levadas para o modelo multivariado. Além disso, também foi utilizada a Regressão Logística Simples para expressar o nível de associação de cada variável independente com o desfecho do cálculo da odds ratio (OR) ou razão de chances. Os modelos multivariados foram realizados através de Regressão Logística Múltipla e expressos através de OR e seus respectivos intervalos de confiança. Variáveis estatisticamente associadas aos desfechos no nível de  $p < 0,05$  foram mantidas no modelo final. Por fim, em todas as análises foi adotado um intervalo de confiança de 95% e um nível de significância de 5%.

A pesquisa recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital São Carlos, Ceará, conforme parecer nº 4.263.485 de 08 de setembro de 2020 e Certificado de Apresentação para a Apreciação Ética nº 32855920.6.0000.5043.

## RESULTADOS

No momento da concepção e condução do presente estudo, 478 médicos atuavam nas UAPS de Fortaleza, Ceará. A amostra do estudo contemplou 229 participantes (47,9% da população). Em relação às características sociodemográficas dos entrevistados, prevaleceu o sexo feminino (54,59%,  $n=125$ ). A idade variou de 21 a 69 anos e teve média de 36,42 anos ( $DP \pm 1,030$ ). Em relação ao estado civil, 53,71% ( $n=123$ ) dos participantes referiram conviver com um parceiro(a). Em relação à raça, predominou a raça autorreferida branca (53,28%,  $n=122$ ). No tocante à religião, 89,96% ( $n=206$ ) relataram seguir alguma, predominando a católica (61,57%,  $n=141$ ).

A amostra foi composta quase em sua totalidade por profissionais que concluíram a graduação no Brasil (96,07%,  $n=220$ ). Houve predomínio de profissionais graduados na região Nordeste (87,77%,  $n=201$ ) seguida pela Sudeste (5,24%;  $n=12$ ). No que tange ao tipo de

Instituição de Nível Superior (IES), 72,49% (n=166) dos participantes informaram ter concluído o curso de graduação em uma universidade Pública. Quando interrogados sobre a formação acadêmica, 54,35% (n=125) não possuíam curso de Especialização, 68,12% (n=156) não possuíam curso de Residência Médica, 85,59% (n=196) não possuíam grau de mestrado e 97,82% (n=224) não possuíam grau de doutorado.

Ao distribuir os entrevistados de acordo com as CORES onde trabalhavam, a maioria (22,27%, n=51) estava concentrada na CORES 6, provavelmente, por ser a maior da cidade. Já em relação ao regime de contratação, houve predomínio dos estatutários (32,75%, n=75). Por fim, considerando a carga horária de trabalho semanal, prevaleceu a opção de 32 horas presenciais nas UAPS + 8 horas de Educação Permanente (EP), com a proporção de 76,86% (n=176, Tabela 1).

**Tabela 1** – Caracterização sociodemográfica dos entrevistados (n=229). Fortaleza, Ceará, Brasil, 2021.

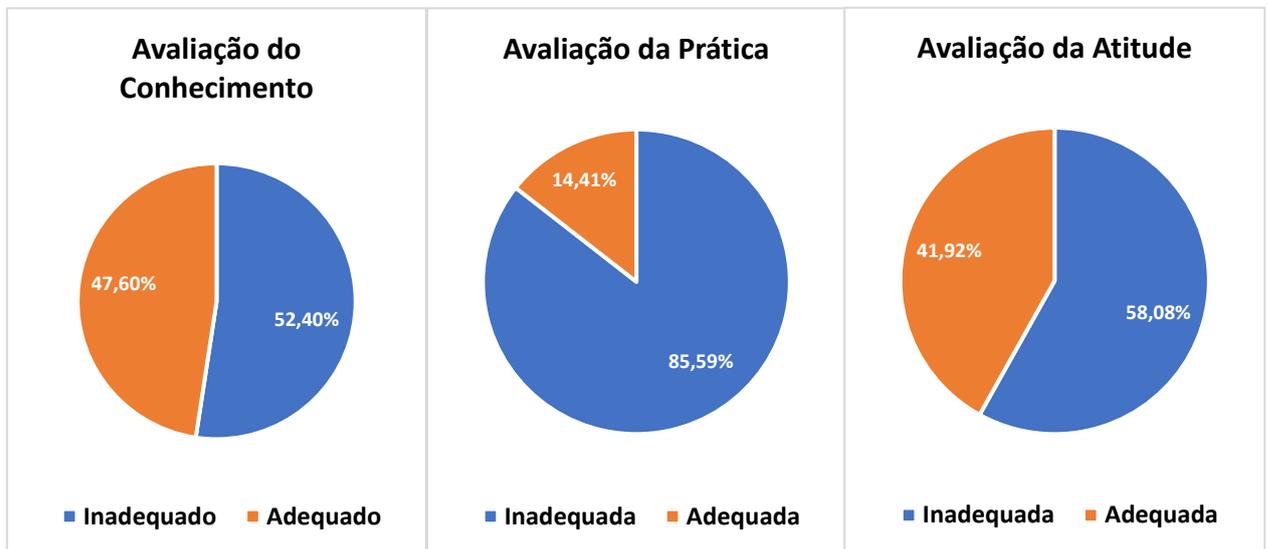
Variáveis	N	%
Sexo		
Masculino	104	45,41
Feminino	125	54,59
Faixa		
<30 anos	79	34,50
30-39	68	29,70
40-49	56	24,45
>=50	26	11,35
Estado civil		
Sem parceiro (a)	106	46,29
Com parceiro (a)	123	53,71
Raça		
Branca	122	53,28
Preta/Parda	107	46,72
Religião		
Católico (a)	141	61,57
Evangélico (a)	34	14,85
Espírita	21	9,17
Outra religião	10	4,37
Sem religião	23	10,04
País da graduação		
Cuba/Bolívia	9	3,93
Brasil	220	96,07
Região da graduação		
NO	4	1,75
NE	201	87,77
SE	12	5,24
CO	3	1,31

<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Estran		
Geiro	9	3,93
Tipo de IES		
Pública	166	72,49
Privada	63	27,51
Especialização		
Não possui	125	54,35
Saúde da família	75	32,61
Outra área	29	13,04
Residência		
Não possui	156	68,12
Saúde da família	31	13,54
Outra área	42	18,34
Mestrado		
Sim	33	14,41
Não	196	85,59
Doutorado		
Sim	5	2,18
Não	224	97,82
Regional		
1	50	21,83
2	29	12,66
3	34	14,85
4	28	12,23
5	37	16,16
6	51	22,27
Regime de contratação		
Estatutário	75	32,75
Celetista/RPA/Cooperativa	32	13,98
PMMB	44	19,21
Programa Médico da Família Fortaleza	47	20,52
Residência em Medicina de Família e Comunidade	31	13,54
Carga horária		
40h	26	11,35
32h+8hEP	176	76,86
Outro	27	11,79

Fonte: Autoria própria.

Os participantes do estudo foram classificados em cada segmento do CAP segundo critérios de adequação estabelecidos previamente. Conforme exposto na Figura 2, o maior índice de inadequação foi relativo à prática (85,59%). Em contrapartida, o conhecimento foi considerado adequado em 47,60% das avaliações. Já em relação à atitude, houve 41,92% de adequação.

**Figura 2** – Distribuição da amostra de acordo com a avaliação do conhecimento, da atitude e da prática (n=229). Fortaleza, Ceará, Brasil, 2021.



Fonte: Autoria própria.

O conhecimento inadequado foi associado aos seguintes fatores: existência de outras formas de contratação diferentes do Programa Mais Médicos pelo Brasil (PMMB) ou Residência em Medicina de Família e Comunidade (RMFC) ( $p=0,04$ ), prática inadequada ( $p<0,001$ ) e atitude inadequada ( $p=0,009$ ). As demais variáveis não apresentaram associação significativa com conhecimento inadequado (Tabela 2).

**Tabela 2** – Fatores associados ao conhecimento inadequado. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2021.

Variáveis	Conhecimento				p	OR	IC 95%	
	Inadequado		Adequado				LS	LI
	N	%	N	%				
Faixa etária								
<30 anos	40	50,63	39	49,37	0,863			
30-39	34	50,00	34	50,00				
40-49	31	55,36	25	44,64				
>=50	15	57,69	11	42,31				
Sexo								
Masculino	51	49,04	53	50,96	0,353			
Feminino	69	55,20	56	44,80				
Regional								
1	23	46,00	27	54,00	0,323			
2	17	58,62	12	41,38				
3	16	47,06	18	52,94				
4	17	60,71	11	39,29				
5	24	64,86	13	35,14				

Variáveis	Conhecimento				p	OR	IC 95%	
	Inadequado		Adequado				LS	LI
	N	%	N	%				
6	23	45,10	28	54,90				
País da graduação								
Cuba/Bolívia	4	44,44	5	55,56	0,626			
Brasil	116	52,73	104	47,27				
UF da graduação								
NO	2	50,00	2	50,00	0,667			
NE	108	53,73	93	46,27				
SE	4	33,33	8	66,67				
CO	2	66,67	1	33,33				
Estrangeiro	4	44,44	5	55,56				
Tipo de IES								
Pública	90	54,22	76	45,78	0,372			
Privada	30	47,62	33	52,38				
Especialização								
Nenhuma	71	56,80	54	43,20	0,057	1,866	1,044	3,333
Saúde da família	31	41,33	44	58,67		1	-	-
Outra área	18	62,07	11	37,93		2,129	0,898	5,046
Residência								
Nenhuma	77	49,36	79	50,64	0,122	1,039	0,480	2,248
Saúde da família	15	48,39	16	51,61		1	-	-
Outra área	28	66,67	14	33,33		1,991	0,775	5,113
Mestrado								
Sim	16	48,48	17	51,52	0,626			
Não	104	53,06	92	46,94				
Doutorado								
Sim	1	20,00	4	80,00	0,142	1	-	-
Não	119	53,13	105	46,87		4,533	0,498	41,199
Tipo de contrato								
Outro	88	57,14	66	42,86	0,040	1,791	1,025	3,130
PMMB/Residência	32	42,67	43	57,33		1	-	-
Carga horária								
40h	15	57,69	11	42,31	0,595			
32h+8hEP	89	50,57	87	49,43				
Outro	16	59,26	11	40,74				
Prática								
Adequada	8	24,24	25	75,76	<0,001	1	-	-
Inadequada	112	57,14	84	42,86		4,333	1,868	10,051
Atitude								
Adequada	60	45,11	73	54,89	0,009	1	-	-
Inadequada	60	62,50	36	37,50		2,027	1,186	3,466

\*Teste do Qui-quadrado ou Teste Exato de Fisher

\*\*Regressão Logística Simples

Fonte: Autoria própria.

No que diz respeito à atitude inadequada, tal desfecho foi associado ao sexo feminino ( $p=0,004$ ), existência de formas de contratação diferentes do PMMB/RMFC ( $p=0,034$ ), prática inadequada ( $p=0,026$ ) e conhecimento inadequado ( $p=0,009$ ) (Tabela 3).

**Tabela 3** – Fatores associados à atitude inadequada. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2021.

Variáveis	Atitude				p	OR	IC 95%	
	Inadequada		Adequada				LS	LI
	N	%	N	%				
<b>Faixa etária</b>								
<30 anos	27	34,18	52	65,82	0,172	1	-	-
30-39	31	45,59	37	54,41		1,613	0,828	3,141
40-49	23	41,07	33	58,93		1,342	0,662	2,721
>=50	15	57,69	11	42,31		2,626	1,060	6,500
<b>Sexo</b>								
Masculino	33	31,73	71	68,27	0,004	1	-	-
Feminino	63	50,40	62	49,60		2,186	1,271	3,757
<b>Religião</b>								
Católico	67	47,52	74	52,48	0,058	4,300	1,392	13,283
Evangélico	15	44,12	19	55,88		3,749	1,049	13,394
Espírita	6	28,57	15	71,43		1,899	0,452	7,978
Outra religião	4	40,00	6	60,00		3,166	0,600	1,669
Sem religião	4	17,39	19	82,61		1	-	-
<b>Regional</b>								
1	18	46,00	32	54,00	0,336			
2	15	51,72	14	48,28				
3	11	32,35	23	67,65				
4	14	50,00	14	50,00				
5	19	51,35	18	48,65				
6	19	37,25	32	62,75				
<b>País da graduação</b>								
Cuba/Bolívia	6	60,00	4	40,00	0,398			
Brasil	91	41,55	128	58,45				
<b>UF da graduação</b>								
NO	2	50,00	2	50,00	0,922			
NE	83	41,29	118	58,71				
SE	5	41,67	7	58,33				
CO	1	33,33	2	66,67				
Estrangeiro	5	55,56	4	44,44				
<b>Tipo de IES</b>								
Publica	67	40,36	99	59,64	0,437			
Privada	29	46,03	34	53,97				
<b>Especialização</b>								
Nenhuma	51	40,80	74	59,20	0,904			
Saúde da família	33	44,00	42	56,00				
Outra área	12	41,38	17	58,62				
<b>Residência</b>								



Variáveis	Prática				p	OR	IC 95%	
	Inadequada		Adequada				LS	LI
	N	%	N	%				
1	46	92,00	4	8,00	0,098	1	-	-
2	26	89,66	3	10,34		0,753	0,156	3,630
3	31	91,18	3	8,82		0,898	0,187	4,296
4	21	75,00	7	25,00		0,260	0,688	0,988
5	33	89,19	4	10,81		0,717	0,167	3,077
6	39	76,47	12	23,53		0,282	0,084	0,947
País da graduação								
Cuba/Bolívia	9	100,00	-	-	0,209			
Brasil	187	85,00	33	15,00				
UF da graduação								
NO	4	100,00	-	-	0,430			
NE	171	85,07	30	14,93				
SE	9	75,00	3	25,00				
CO	3	100,00	-	-				
Estrangeiro	9	100,00	-	-				
Tipo de IES								
Publica	139	83,73	27	16,27	0,195	1	-	-
Privada	57	90,48	6	9,52		1,845	0,723	4,708
Especialização								
Nenhuma	112	89,60	13	10,40	0,112	3,132	1,161	8,450
Saúde da família	62	82,67	13	17,33		1,734	0,634	4,743
Outra área	22	75,86	7	24,14		1	-	-
Residência								
Nenhuma	136	87,18	20	12,82	0,150	2,365	0,931	6,003
Saúde da família	23	74,19	8	25,81		1	-	-
Outra área	37	88,10	5	11,90		2,144	0,659	6,977
Mestrado								
Sim	25	75,76	8	24,24	0,082	1	-	-
Não	171	87,24	25	12,76		2,188	0,889	5,383
Doutorado								
Sim	4	80,00	1	20,00	0,719			
Não	192	85,71	32	14,29				
Tipo de contrato								
Outro	127	82,47	27	17,53	0,054	0,409	0,161	1,038
PMMB/RMFC	69	92,00	6	8,00		1	-	-
Carga horária								
40h	23	88,46	3	11,54	0,450			
32h+8hEP	152	86,36	24	13,64				
Outro	21	77,78	6	22,22				
Atitude								
Adequada	108	81,20	25	18,80	0,026	1	-	-
Inadequada	88	91,67	8	8,33		4,333	1,868	10,517
Conhecimento								
Adequado	84	77,06	25	22,94	<0,001	1	-	-
Inadequado	112	93,33	8	6,67		2,546	1,094	5,924

\*Teste do Qui-quadrado ou Teste Exato de Fisher

\*\*Regressão Logística Simples

Fonte: Autoria Própria.

Na análise multivariada, os fatores que permaneceram associados ao conhecimento inadequado foram: especialização em Saúde da Família (*odds ratio* [OR]: 2,007; IC 95%: 1,084-3,715), contrato diferente do PMMB/RMFC (2,28; 1,252- 4,152) e prática inadequada (5,015; 2,073-12,130) (Tabela 5).

**Tabela 5** – Análise multivariada: fatores associados ao conhecimento inadequado. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2021.

Variáveis	OR	p	IC 95%	
Nenhuma especialização <i>versus</i> Especialização em saúde da família	2,007	0,027	1,084	3,715
Especialização em outra área <i>versus</i> Especialização em saúde da família	2,649	0,043	1,031	6,802
Contrato diferente de PMMB/Residência	2,280	0,007	1,252	4,152
Prática inadequada	5,015	0,000	2,073	12,310

\*Regressão Logística Múltipla

Fonte: Autoria própria.

A atitude inadequada permaneceu associada às variáveis: contrato diferente de PMMB/RMFC (2,161; 1,064-4,391), prática inadequada (2,777; 1,098-7,018), idade igual ou superior a 50 anos (3,623; 1,247-10,510), religião católica (3,556; 1,092-11,570), sexo feminino (2,053; 1,130-3,729) e não ter mestrado (3,899; 1,468-10,350) (Tabela 6).

**Tabela 6** – Análise multivariada: fatores associados à atitude inadequada. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2021.

Variáveis	OR	p	IC 95%	
Contrato diferente de PMMB/RMFC	2,161	0,033	1,064	4,391
Prática inadequada	2,777	0,031	1,098	7,018
>=50 anos <i>versus</i> <30 anos	3,623	0,018	1,247	10,510
Católico <i>versus</i> sem religião	3,556	0,035	1,092	11,570
Mulheres	2,053	0,018	1,130	3,729
Não ter mestrado	3,899	0,006	1,468	10,350

\*Regressão Logística Múltipla

Fonte: Autoria própria.

A prática inadequada continuou associada a: conhecimento inadequado (5,182; 2,063-13,010), trabalhar na Regional 4 (0,176; 0,042-0,725), trabalhar na Regional 6 (0,239; 0,066-0,859) e não possuir especialização (3,698; 1,193-11,460) (Tabela 7).

**Tabela 7** – Análise multivariada: fatores associados à prática inadequada. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2021.

Variáveis	OR	p	IC 95%	
Conhecimento inadequado	5,182	<0,001	2,063	13,010
Regional 4 <i>versus</i> 1	0,176	0,016	0,042	0,725
Regional 6 <i>versus</i> 1	0,239	0,028	0,066	0,859
Nenhuma especialização <i>versus</i> especialização em outras áreas	3,698	0,023	1,193	11,460

\*Regressão Logística Múltipla

Fonte: Autoria própria.

## DISCUSSÃO

O presente estudo buscou avaliar o conhecimento, a atitude e a prática dos médicos da APS de Fortaleza em relação à CAT. Além disso, objetivou associar esses aspectos com distintas variáveis sociodemográficas e comparar tais achados entre os profissionais das UAPS das seis regionais estudadas. A Discussão está pautada em quatro tópicos que foram construídos com base nos Resultados acima destacados e confrontados com a literatura pertinente. São eles: predomínio de médicas jovens e generalistas, conhecimento inadequado, atitude inadequada e prática inadequada.

### *Predomínio de médicas jovens e generalistas*

A investigação foi desenvolvida com 229 médicos. Prevaleram, na amostra, indivíduos do sexo feminino (54,59%), menores de 30 anos (34,50%) e médicos generalistas (68,12%).

A predominância do sexo feminino corrobora uma tendência nacional. Embora os homens ainda sejam maioria, a diferença relacionada ao gênero vem diminuindo ano a ano. Em 2020, os homens representavam 53,4% da população de médicos e, as mulheres, 46,6%. No entanto, neste mesmo ano, percebe-se um aumento da participação feminina nos estratos etários inferiores. Elas representam 58,8% dos médicos com até 29 anos e 55,3% daqueles com 30 a 34 anos<sup>24,25</sup>. Por fim, este achado vai de encontro às estatísticas do Ceará. Nesse estado, ainda há um predomínio do gênero masculino (56,1% homens versus 43,9% mulheres)<sup>24</sup>.

A média de idade encontrada entre os participantes foi de 36,42 anos, ratificando a entrada de profissionais cada vez mais jovens no mercado de trabalho da medicina, no Brasil. A média de idade dos médicos brasileiros em atividade é de 45 anos. No Ceará, a média é de 43,2 anos<sup>24</sup>.

No presente estudo, o termo “generalista” será usado para designar todo médico sem título de especialista. Assim, neste conjunto estão incluídos todos os profissionais que

concluíram graduação, mas não cursaram Residência Médica nem obtiveram título em sociedade médica<sup>24</sup>. Em relação à formação profissional, a proporção de médicos generalistas, 68,12%, foi bastante superior aos 38,7% observados no Brasil e aos 43,3% encontrados no estado do Ceará. A razão especialista/generalista do estudo foi de 0,46, ao passo que, no Brasil, esse valor é de 1,58 e, no Ceará, 1,31<sup>24</sup>.

### *Conhecimento inadequado*

A presente pesquisa indica uma lacuna considerável no conhecimento, atitude e prática de médicos da Atenção Primária à Saúde (APS) sobre Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT). No tocante ao conhecimento, a maioria dos participantes (52,40%, n=120) apresentou conhecimento inadequado. Vale destacar que todos os profissionais trabalham em UAPS, locais em que devem ser proporcionadas ações de proteção e promoção à saúde, assim como prevenção de doenças com ênfase na educação em saúde.

É necessário destacar que todo acidente de trabalho deve ser notificado, uma vez que a obtenção de dados acerca do evento e do que o ocasionou é de grande importância, tanto para o profissional acidentado, que fica respaldado legalmente, quanto para as instituições, por possibilitar a tomada de ações corretivas e a avaliação de sua eficácia<sup>26,27</sup>. Além disso, o médico da APS que assistiu o trabalhador e diagnosticou o acidente de trabalho é responsável pelo preenchimento da CAT, principalmente a segunda parte do documento, que corresponde ao laudo do exame médico<sup>16</sup>.

Na análise multivariada, as variáveis que permaneceram significativamente associadas ao conhecimento inadequado foram ausência de especialização *lato sensu* ou especialização em área diferente da Saúde da Família e contratação diferente do PMMB/RMFC. A formação contínua contribui para que médicos tenham acesso a evidências científicas mais recentes sobre o assunto em investigação durante seus cursos de pós-graduação ou residência.

Ainda nesta linha, um maior tempo de estudo pode melhorar o acesso aos bancos de dados em saúde, conferindo maior familiaridade com os conceitos de medicina baseada em evidências e maior capacidade de compreender as evidências. Além disso, os programas de residência médica e o PMMB possuem reuniões clínicas, manuais e rotinas próprios. Isso sugere que os médicos que participam desses programas estão mais preocupados com a pesquisa e com o estudo de evidências científicas, favorecendo o conhecimento adequado.

Uma questão relevante a ser averiguada é se o conhecimento é transferido para a prática. Embora tenha sido encontrada uma associação entre conhecimento, atitude e prática

em relação ao preenchimento da CAT, atitude e prática foram mais inadequadas em relação ao conhecimento.

Vários trabalhos têm demonstrado os benefícios de investigar e conhecer as melhores evidências científicas, já que a obtenção de novos conhecimentos é o primeiro passo para mudar uma prática. Entretanto, sempre houve uma lacuna entre as evidências científicas (o que é conhecido) e a prática de saúde (o que é feito). As razões para esta lacuna são complexas, mas a dificuldade em estabelecer uma ponte entre evidências e prática é nítida<sup>28</sup>.

A educação é uma ferramenta essencial para o estímulo ao conhecimento e sua eficácia depende da comunicação efetiva da mensagem, da base científica da informação e da utilização de canais familiares para o público-alvo. A transmissão de informações de forma efetiva aumenta o conhecimento e a consciência do indivíduo, auxilia na busca de soluções, na mudança de comportamentos e no desenvolvimento de habilidades<sup>29</sup>. No entanto, deve-se evitar a educação centrada no modelo vertical e privilegiar a construção compartilhada do conhecimento<sup>30</sup>.

#### *Atitude inadequada*

Em relação à atitude, a maioria das respostas da presente pesquisa foi classificada como inadequada 58,08% (n=133). Os acidentes relacionados ao trabalho ocupam importante destaque, visto que podem provocar agravos à saúde do trabalhador durante sua atividade produtiva, podendo interferir no processo saúde-doença<sup>31</sup>. Assim, esclarecer os participantes da pesquisa sobre o reconhecimento dos acidentes de trabalho e sobre a necessidade de emissão da CAT pode colaborar para a diminuição da não importância dada ao assunto, favorecendo uma atitude adequada.

Vale ressaltar que, de acordo com a análise dos médicos que participaram do estudo, o conhecimento inadequado contribuiu para a inadequação da atitude (p=0,009). A atitude inadequada foi mais prevalente entre as mulheres, o que pode ser explicado pelo predomínio do sexo feminino entre os participantes da pesquisa. Além disso, os participantes com idade de 50 anos ou mais tiveram maior prevalência de atitude inadequada em relação aos menores de 30 anos. Isso pode refletir uma dificuldade de acesso dos profissionais a evidências científicas recentes. Na análise multivariada, os demais fatores que permaneceram significativamente associados à atitude inadequada foram: forma de contratação diferente de PMMB/RMFC e ausência de grau de mestrado.

Recentemente, foi realizado um estudo transversal<sup>32</sup> com profissionais de saúde de um grande hospital terciário e acadêmico do nordeste da Itália sobre o número de incidentes

relatados (incluindo os acidentes de trabalho) e a percepção destes sobre como o registro de incidentes pode representar uma oportunidade de melhoria do serviço. A maioria dos profissionais eram pouco propensos a relatar acidentes, uma situação comparável à atitude inadequada dos profissionais do presente estudo. Além disso, os médicos, em particular, não aceitaram o sistema de registro de incidentes como uma oportunidade para seu próprio aperfeiçoamento, o que pode contribuir para inadequação da atitude.

### *Prática inadequada*

Apesar de 89,96% (n=206) dos participantes afirmar que conhecem a CAT, 88,21% (n=202) nunca a preencheram. Como citado anteriormente, o conhecimento adquirido pode não ser levado para a prática. No tocante à prática, cerca de 85,59% (n=196) das avaliações foram classificadas como inadequadas. Em comparação com o conhecimento e com a atitude, este foi maior índice de inadequação.

Entre os que nunca preencheram a CAT, o principal motivo citado foi a falta de oportunidade de preenchê-la. Outras causas encontradas foram o desconhecimento do documento, o fato de não considerar tal atividade como atribuição dos profissionais da APS e a falta de tempo para preencher o documento. Este resultado pode gerar subnotificação dos acidentes de trabalho (AT).

Um estudo realizado na cidade de Fortaleza, Ceará<sup>33</sup>, identificou dificuldades e sugestões a partir do olhar dos profissionais de saúde sobre a notificação compulsória de acidentes de trabalho. As principais dificuldades relatadas foram a falta de conhecimento quanto ao manejo e as medidas a serem tomadas diante do AT, a omissão dos indivíduos sobre a notificação, a sobrecarga de trabalho dos profissionais, a ausência de protocolos claros dentro das unidades de saúde e a falta de material (por exemplo, ficha de notificação).

A subnotificação de acidentes tem sido alvo de estudos de outros pesquisadores cujos dados corroboram os do presente estudo. Barbosa et al<sup>27</sup> encontraram como principais causas para esse problema a falta de necessidade de comunicar o acidente, o excesso de burocracia e a falta de conhecimento. Napoleão e Robazzi<sup>34</sup>, em pesquisa realizada em 2000, apontaram que a principal causa para a deficiência de notificação é supor que esse tipo de evento é pequeno e sem importância, seguida do desconhecimento do dever de comunicar o acidente, da falta de tempo e do medo de ser demitido.

De acordo com a análise multivariada, profissionais que não haviam feito nenhum curso de especialização tiveram maior inadequação da prática em relação à CAT. Essas pessoas podem estar mais resistentes a mudar suas práticas quando confrontadas com novas evidências

ou podem ter sido treinadas dentro de um outro paradigma de atendimento médico. Além disso, o conhecimento inadequado foi um fator que influenciou fortemente a prática inadequada ( $p < 0,001$ ).

Quando indagados se haviam recebido algum treinamento para o preenchimento da CAT, a maioria (88,21%) afirmou nunca ter sido capacitada. Isso reflete a escassez de conhecimentos específicos dos participantes diante de uma situação de AT e do correto preenchimento da CAT<sup>35</sup>. Assim, faz-se necessária a capacitação desses indivíduos com ações de educação permanente em saúde (EPS)<sup>36</sup>, já que ela busca aliar teoria e prática através da formação no cotidiano de trabalho superando a lógica da mera capacitação profissional<sup>37</sup>.

## CONCLUSÃO

O AT é muito comum na realidade da APS. Esta pesquisa possibilitou avaliar o conhecimento, a atitude e a prática de médicos imersos neste nível de atenção sobre a CAT, entendendo que estes são profissionais que podem identificar e notificar os casos de AT no cotidiano.

Este estudo apresenta limitações. Embora tenha-se atingido a amostra calculada, a participação poderia ter sido melhor. Além disso, a estratificação de amostra por regional de saúde não foi atingida. Entretanto, consideramos que a taxa de resposta foi satisfatória, tendo em vista a rota indireta utilizada para o contato com os médicos e as dificuldades inerentes à obtenção de respostas aos questionários enviados por correio eletrônico e aplicativos de mensagens. Além disso, o estudo também não avaliou o tipo de educação e a formação em saúde do trabalhador durante a trajetória acadêmica, fator que pode ter afetado os resultados.

Como pontos fortes, descobrimos que a ferramenta utilizada para a coleta de dados foi vantajosa, pois proporcionou uma maneira rápida e fácil de alcançar o número de médicos estipulado, principalmente, em tempos de pandemia. Além do mais, o formulário viabilizou abordar as principais questões sobre o preenchimento da CAT.

Com base nos resultados e na sua confrontação com a literatura consultada, pode-se concluir que a maioria dos participantes apresentou CAP inadequado em relação a CAT. Embora alguns fatores, como continuidade na formação acadêmica e contratação na modalidade PMMB/RMFC tenham melhorado o CAP, precisamos reconhecer que o correto preenchimento da CAT está longe do ideal. O conhecimento adequado é mais prevalente do que a atitude ou a prática adequada, indicando que a melhoria do conhecimento é fundamental, mas insuficiente para mudar o panorama sobre o preenchimento da CAT.

Diante do exposto, além do apoio da gestão, devem ser identificados métodos mais eficazes de transferência do conhecimento adquirido para a prática, como por exemplo, estratégias de EPS. Por fim, a obtenção de dados semelhantes por meio de estudos similares contribuirá para uma melhor compreensão dos resultados do presente estudo.

## REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde. Cuidados primários de saúde: Declaração de Alma-Ata, 1978 [Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro 1978] [Internet]. Brasília: a Organização; 1979 [cited 2020 March 29]. Available from: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39228/9241800011\\_por.pdf?sequence=5&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39228/9241800011_por.pdf?sequence=5&isAllowed=y)
2. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde [Internet]. As Causas Sociais das Iniquidades em Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008 [cited 2021 Apr 27]. Available from: <https://portal.fiocruz.br/livro/causas-sociais-das-iniquidades-em-saude-no-brasil>
3. Pellegrini Filho A, Buss PM. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis*. 2007;17(1):77-93. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>
4. Ceratti A, Ando NM, Queiroz O. Abordagem à saúde ocupacional na atenção primária à saúde. In: Gusso G, Lopes JMC, editors. *Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática*. Porto Alegre: Artmed; 2012.
5. Coutinho MC. Sentidos do trabalho contemporâneo: as trajetórias identitárias como estratégia de investigação. *Cad psicol soc trab*. 2009;12(2):189-202. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.1981-0490.v12i2p189-202>
6. Sachuk MI, Araújo RR. Os sentidos do trabalho e suas implicações na formação dos indivíduos inseridos nas organizações contemporâneas. *Revista de Gestão*. 2007;14(1):53-66.
7. Jacques MG. Identidade e trabalho: uma articulação indispensável. In: Tamayo A, Borges Andrade JE, Codo W, editors. *Trabalho, Organizações e Cultura*. Rio de Janeiro: Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia; 1996.
8. Organização Internacional do Trabalho [Internet]. c2006 [cited 2019 July 03]. *Agenda Nacional de Trabalho Decente*. Available from: [https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/---ilo-brasilia/documents/publication/wcms\\_226229.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/---ilo-brasilia/documents/publication/wcms_226229.pdf)

9. Ministério da Saúde (BR). Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União. 2017.
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Brasília: o Instituto; c2021 [cited 2021 May 04]. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua 2021. Available from: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/9173-pesquisa-nacional-por-amostra-de-domicilios-continua-trimestral.html?t=resultados>
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Brasília: o Instituto; c2010 [cited 2021 May 04]. Censo Demográfico do Brasil 2010. Available from: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?uf=23&dados=0>
12. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União [Internet]. 20 set 1990 [cited 2019 Aug 19]; Seção 1:018055. Available from: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)
13. Ministério da Fazenda (BR). Anuário Estatístico da Previdência Social [Internet]. Brasília: Ministério da Fazenda; 2019 [cited 2021 Apr 29]. Available from: <https://www.gov.br/previdencia/pt-br/aceso-a-informacao/dados-abertos/previdencia-social-regime-geral-inss/arquivos/aeps-2018.pdf>
14. <https://smartlabbr.org/> [Internet]. Brasília: Observatório de Segurança e Saúde no Trabalho; c2002-c2020 [cited 2021 May 04]. Available from: <https://smartlabbr.org>
15. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Dispõe sobre a Política Nacional de Atenção Básica 2017. Diário Oficial da União [Internet]. 2017 [cited 2020 March 27]. Available from: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)
16. Ministério da Saúde (BR). Cadernos de Atenção Básica - número 41: Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Brasília: Ministério da Saúde; 2018.
17. Brasil. Lei n. 8213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Diário Oficial da União [Internet]. 1991 [cited 2020 March 29]. Available from: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8213cons.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8213cons.htm)
18. Kaliyaperumal K. Guideline for Conducting a Knowledge, Attitude, and Practice (KAP) Study. AECS Illumination. 2004;4(1).
19. Fortaleza. Decreto nº 13.493 de 30 de dezembro de 2014. Dispõe sobre a estrutura organizacional, a distribuição e a denominação dos cargos em comissão da Secretaria

- Municipal da Saúde (SMS), e dá outras providências. Diário Oficial do Município [Internet]. 2015 [cited 2020 Jan 29]. Available from: <https://diariooficial.fortaleza.ce.gov.br/download-diario.php?objectId=workspace://SpacesStore/610ca0c1-af81-492c-bb3c-0308ee256ce3;1.1&numero=15450>
20. Sanches C, Meireles M, Sordi JO. Análise qualitativa por meio da lógica paraconsciente: Método de interpretação e síntese de informação obtida por escalas Likert. *Anais do III Encontro de Ensino e Pesquisa em Administração e Contabilidade*; 2011; João Pessoa.
  21. Pessoa NRC, Linhares FMP. Pacientes em hemodiálise com fístula arteriovenosa: conhecimento, atitude e prática. *Esc Anna Nery*. 2015;19(1):73-9. DOI: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150010>
  22. Fernandes RLV, Moura ERF, Feitoza AR, Evangelista DR, Oriá MOB. Conhecimento, atitude e prática relacionados ao preservativo feminino. *Rev Rene*. 2012;13(4):755-65.
  23. Santos SL, Cabral ACSP, Augusto LGS. Conhecimento, atitude e prática sobre dengue, seu vetor e ações de controle em uma comunidade urbana do Nordeste. *Ciênc saúde coletiva*. 2011;16(1):1319-30. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000700066>
  24. Scheffer M, editor. *Demografia Médica no Brasil 2020*. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP/Conselho Federal de Medicina; 2020.
  25. Scheffer MC, Cassenote AJF. A feminização da medicina no Brasil. *Rev Bioét*. 2013;21(2):268-77.
  26. Alves AP, Ferreira MD, Prearo MF, Gir E, Canini SRMS. Subnotificação de acidentes ocupacionais com material biológico pela enfermagem no bloco cirúrgico. *Rev Eletr Enf*. 2013;15(2):375-81. DOI: <https://doi.org/10.5216/ree.v15i2.18554>
  27. Barbosa ASAA, Diogo GA, Salotti SRA, Silva SMUR. Subnotificação de acidente ocupacional com materiais biológicos entre profissionais de Enfermagem em um hospital público. *Rev Bras Med Trab*. 2017;15(1):12-17.
  28. Elliott JH, Turner T, Clavisi O, Thomas J, Higgins JPT, Mavergames C, et al. Viver revisões sistemáticas: uma oportunidade emergente para diminuir a lacuna de evidências e práticas. *PLoS Med*. 2014;11(2): e1001603. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001603>
  29. Moreira MF, Nóbrega MML, Silva MIT. Comunicação escrita: contribuição para a elaboração de material educativo em saúde. *Rev Bras Enferm*. 2003;56(2):184-8. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672003000200015>

30. Couto IRR, Marins DS, Santo FHE, Neves PS. Saber e prática: a educação em saúde como elo facilitador no processo de cuidar. *Rev Pesqui (Univ Fed Estado Rio J, Online)*. 2013;5(1):3485-92.
31. Nogueira AS, Carvalho BKG, Medeiros AR, Carneiro SER, Souza GCA. Prevalência e notificação de acidentes de trabalho com exposição a material biológico na odontologia. *Rev Ciênc Plur*. 2016;2(1):102-119.
32. Tricarico P, Castriotta L, Battistella C, Bellomo F, Cattani G, Grillone L, et al. Atitudes profissionais em relação ao relato de incidentes: podemos medir e comparar as melhorias na cultura de segurança do paciente? *Int J Qual Health Care*. 2017;29(2):243-9. DOI: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzx004>
33. Lima RKS, Evangelista ALP, Maia JKO, Travassos PNS, Pinto FJM, Moreira FJF. Notificação compulsória de acidentes de trabalho: dificuldades e sugestões dos profissionais de saúde em Fortaleza, Ceará. *Rev Bras Med Trab*. 2018;16(2):192-8. DOI: <https://doi.org/10.5327/Z1679443520180233>
34. Napoleão AM, Robazzi MLCC. Acidentes de trabalho e subnotificação entre trabalhadores de enfermagem. *Rev enferm UERJ*. 2003;11(1):59-63.
35. Ravazio NB. A rede sentinela de notificação de agravos em saúde do trabalhador segundo a visão de gestores e trabalhadores da regional de saúde Rondonópolis/MT [dissertação]. Goiânia: Pontifícia Universidade Católica de Goiás; 2013.
36. Guimarães IF, Corvino MPF. Estratégias de educação permanente em saúde na percepção dos profissionais de vigilância sanitária. *Rev Vigil sanit debate*. 2016;4(1):58-63. DOI: <http://dx.doi.org/10.3395/2317-269x.00477>.
37. Evangelista ALP. Os reflexos da implementação da residência integrada em saúde mental coletiva do Ceará na atenção psicossocial [dissertação]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 2017.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo buscou avaliar o conhecimento, a atitude e a prática de médicos sobre a CAT na APS. O perfil da amostra estudada foi composto, predominantemente, por mulheres, com idade inferior a 30 anos e por médicos generalistas. A maior parte dos participantes concluiu graduação em IES públicas, não possui pós-graduação em nível de especialização, residência médica, mestrado ou doutorado.

Com base nos resultados e na sua comparação com a literatura consultada, pode-se concluir que a maioria dos participantes apresentou CAP inadequado em relação a CAT. Além disso, o conhecimento adequado foi mais prevalente do que a atitude ou a prática adequada.

Diversos motivos foram citados pelos entrevistados para não terem preenchido a CAT. No entanto, destacaram-se a falta de oportunidade (talvez, pela dificuldade do profissional em reconhecer um acidente de trabalho) e o desconhecimento do documento. Dessa forma, as informações e orientações durante o trabalho na APS estão deficitárias, sendo necessária uma maior atenção por parte do profissional e da gestão no que se refere ao preenchimento do referido documento.

Embora tenham sido percebidas variações nos percentuais de adequação entre as regionais de saúde do município de Fortaleza, no geral, o conhecimento, a atitude e a prática dos médicos de toda a cidade em relação ao preenchimento da CAT necessitam ser melhorados. Logo, é de suma importância que a rede de atenção à saúde busque alternativas para organizar seus serviços, a fim de que seja prestada uma atenção integral e de qualidade ao trabalhador.

Algumas limitações do estudo podem aqui ser destacadas, como o fato da pesquisa possuir delineamento transversal e da estratificação da amostra por regional de saúde não ter sido atingida.

A escolha do inquérito CAP foi vantajosa, principalmente, devido à dificuldade advinda da pandemia do coronavírus. Tal instrumento, além de possibilitar a aplicação remota (através de correio eletrônico e aplicativos de mensagens), propiciou avaliar o conhecimento, a atitude e a prática dos médicos da APS em relação ao preenchimento da CAT sem contato físico próximo garantindo, assim, a segurança de todos os envolvidos no estudo.

Nessa perspectiva, ao devolver os resultados da pesquisa à secretaria municipal de saúde de Fortaleza, espera-se que o conhecimento das informações repassadas favoreça a reflexão sobre a organização dos serviços e a identificação de possíveis dificuldades, bem como contribua para a implementação de novas formas de solucionar satisfatoriamente as demandas e necessidades reconhecidas melhorando, assim, a qualidade do atendimento.

Por fim, recomenda-se que este estudo seja reproduzido com outros médicos da APS além daqueles que atuam na capital cearense. O acidente de trabalho constitui-se um problema de saúde e o correto reconhecimento contribui para sua prevenção. Torna-se, então, primordial, fomentar ações de promoção da saúde do trabalhador focadas, principalmente, no empoderamento dos sujeitos.

## REFERÊNCIAS

- ALVES, A. P. *et al.* Subnotificação de acidentes ocupacionais com material biológico pela enfermagem no bloco cirúrgico. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 15, n. 2, p. 375-381, 2013.
- BADRAN, I. G. Knowledge, attitude and practice the three pillars of excellence and wisdom: a place in the medical profession. **Eastern Mediterranean Health Journal**, Genebra, v. 1, n. 1, p. 8-16, 1995.
- BARBOSA, A. S. A. A.; *et al.* Subnotificação de acidente ocupacional com materiais biológicos entre profissionais de Enfermagem em um hospital público. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 12-17, 2017.
- BENATTI, M. C. C. **Acidentes do trabalho em um hospital universitário**: um estudo sobre a ocorrência e os fatores de risco entre trabalhadores de enfermagem. 1997. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.
- BINDER, M. C. P.; CORDEIRO, R. Sub-registro de acidentes do trabalho em localidade do estado de São Paulo, 1997. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 4, p.409-416, 2003.
- BONITA, R.; BEAGLEHOLE, R.; KJELLSTRÖM, T. **Epidemiologia básica**. 2.ed. São Paulo: Santos, 2010. 213p. p. 39-61.
- BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado, 1988.
- BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 1990.
- BRASIL. **Lei nº 8213, de 24 de julho de 1991**. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 1991.
- BRASIL. Portaria nº 3.120, de 1º de julho de 1998. Aprova a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS. **Diário Oficial da União**: Seção 1, Brasília, DF, n. 124, p. 36-38, 2 jul. 1998.
- BRASIL. **Manual de instruções para preenchimento da comunicação de acidente do trabalho - CAT**. Brasília: Ministério da Previdência e Assistência Social, 1999. 22 p. Disponível em:  
[http://fcfrp.usp.br/cipa/seguranca/cat/manual\\_instrucoes\\_para\\_preenchimento\\_cat.pdf](http://fcfrp.usp.br/cipa/seguranca/cat/manual_instrucoes_para_preenchimento_cat.pdf). Acesso em: 29 mar. 2020.
- BRASIL. **Cadernos de Atenção Básica - Caderno 5**: Saúde do Trabalhador. Brasília: Ministério da Saúde, 2001a.

BRASIL. **Doenças relacionadas ao trabalho**: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas\\_relacionadas\\_trabalho\\_manual\\_procedimentos.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas_relacionadas_trabalho_manual_procedimentos.pdf). Acesso em: 23 mar. 2020.

BRASIL. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 60p. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_promocao\\_saude\\_3ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf). Acesso em: 27 mar. 2020.

BRASIL. Portaria GM nº 2.728, de 11 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 2009.

BRASIL. **Memórias da saúde da família no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 144p. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/memorias\\_saude\\_familia\\_brasil.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/memorias_saude_familia_brasil.pdf). Acesso em: 27 mar. 2020.

BRASIL. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2012.

BRASIL. **Instrução Normativa do Instituto Nacional do Seguro Social nº 77, de 21 de janeiro de 2015**. Estabelece rotinas para agilizar e uniformizar o reconhecimento de direitos dos segurados e beneficiários da Previdência Social, com observância dos princípios estabelecidos no artigo 37 da Constituição Federal de 1988. Brasília, DF, 2015.

BRASIL. Portaria GM nº 204, de 17 de fevereiro de 2016. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 2016a.

BRASIL. Portaria GM nº 205, de 17 de fevereiro de 2016. Define a lista nacional de doenças e agravos, na forma do anexo, a serem monitorados por meio da estratégia de vigilância em unidades sentinelas e suas diretrizes. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 2016b.

BRASIL. Resolução n. 510, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 2016c.

BRASIL. Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**: Brasília, 2017a. p. 143-150.

BRASIL. **Anuário Estatístico de Acidentes do Trabalho**. Brasília: Ministério da Fazenda, 2017b. 996 p. Disponível em: <http://sa.previdencia.gov.br/site/2018/09/AEAT-2017.pdf>. Acesso em: 29 mar. 2020.

BRASIL. Portaria GM nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Dispõe sobre a Política Nacional de Atenção Básica 2017. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 2017c.

BRASIL. **Lei nº 13.429/2017, de 31 de março de 2017**. Altera dispositivos da Lei nº 6.019, de 3 de janeiro de 1974, que dispõe sobre o trabalho temporário nas empresas urbanas e dá outras providências; e dispõe sobre as relações de trabalho na empresa de prestação de serviços a terceiros. Brasília: 2017d.

BRASIL. **Lei nº 13.467/2017, de 13 de julho de 2017**. Altera a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, e as Leis nº 6.019, de 3 de janeiro de 1974, 8.036, de 11 de maio de 1990, e 8.212, de 24 de julho de 1991, a fim de adequar a legislação às novas relações de trabalho. Brasília: 2017e.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Cadernos de Atenção Básica nº 41: Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 136 p.

BRASIL. **Anuário Estatístico da Previdência Social**. Brasília: Ministério da Fazenda, 2019a. 1048 p. Disponível em: <https://www.gov.br/previdencia/pt-br/aceso-a-informacao/dados-abertos/previdencia-social-regime-geral-inss/arquivos/aeps-2018.pdf>. Acesso em: 29 abr. 2021.

BRASIL. **Medida Provisória nº 905, de 11 de novembro de 2019**. Institui o Contrato de Trabalho Verde e Amarelo, altera a legislação trabalhista, e dá outras providências. Brasília: 2019b.

BRASIL. **Medida Provisória nº 955, de 20 de abril de 2020**. Revoga a Medida Provisória nº 905, de 11 de novembro de 2019, que institui o Contrato de Trabalho Verde e Amarelo e altera a legislação trabalhista. Brasília: 2020b.

CAMPANA, A. O. *et al.* **Investigação científica na área médica**. São Paulo: Manole, 2001. 245 p.

CERATTI, A. R.; ANDO N. M.; QUEIROZ, O. Abordagem à saúde ocupacional na atenção primária à saúde. In: GUSSO, G.; LOPES, J. M. C.; DIAS, L. M. C. (org.) **Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2019. p. 2052-2094.

CERATTI, A.; ANDO, N. M.; QUEIROZ, O. Abordagem à saúde ocupacional na atenção primária à saúde. In: GUSSO, G.; LOPES J. M. C (org.). **Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 601-616.

CHIODI, M. B. *et al.* Acidentes registrados no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de Ribeirão Preto, São Paulo. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 31, n. 2, p. 211-217, 2010.

CHIODI, M. B.; MARZIALE, M. H. P.; ROBAZZI, M. L. C. C. Occupational accidents involving biological material among public health workers. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 4, p.632-638, 2007.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. **As Causas Sociais das Iniquidades em Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. 220 p.

Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/livro/causas-sociais-das-iniquidades-em-saude-no-brasil>. Acesso em: 27 abr. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Resolução CFM n. 1.488, de 06 de março de 1998. Dispõe de normas específicas para médicos que atendam o trabalhador. **CFM**: Brasília, 1998.

COUTINHO, M. C. Sentidos do trabalho contemporâneo: as trajetórias identitárias como estratégia de investigação. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 189-202, dez. 2009.

COUTO, I. R. R. *et al.* Saber e prática: a educação em saúde como elo facilitador no processo de cuidar. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 3485-3492, 2013.

CRESWELL, J. W. **Projeto de Pesquisa**: métodos qualitativo, quantitativo e misto. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2010. 296 p.

DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho**: contribuições da escola Dejouriana a análise da relação de prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 1994. 152p.

DIAS, E. C.; HOEFEL, M. G. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 817-828, 2005.

DIAS, E. C.; SILVA, T. L. **Desenvolvimento de conceitos e instrumentos facilitadores da inserção de ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Primária de Saúde, no SUS**. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 2013.

ELLIOTT, J. H. *et al.* Living Systematic Reviews: An Emerging Opportunity to Narrow the Evidence-Practice Gap. **PLoS Med**, San Francisco, v. 11, n. 2, p. e1001603, 2014.

EVANGELISTA, A. L. P. **Os reflexos da implementação da residência integrada em saúde mental coletiva do Ceará na atenção psicossocial**. 2017. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-graduação em saúde coletiva, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2017.

FERNANDES, R. L. V. *et al.* Conhecimento, atitude e prática relacionados ao preservativo feminino. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 13, n. 4, p. 755-765, 2012.

FORTALEZA. Decreto nº 10.042 de 14 de fevereiro de 1997. Dispõe sobre a finalidade, estrutura orgnizacional e distribuição de cargos comissionados da Fundação Municipal de Profissionalização de Geração de Emprego e Renda e de Difusão Tecnológica - PROFITEC e dá outras providências. **Diário Oficial do Município de Fortaleza**: n. 11.046, p. 1-5, 20 fev. 1997.

FORTALEZA. Decreto nº 13.493 de 30 de dezembro de 2014. Dispõe sobre a estrutura organizacional, a distribuição e a denominação dos cargos em comissão da Secretaria

Municipal da Saúde (SMS), e dá outras providências. **Diário Oficial do Município de Fortaleza**: n. 15.450, p. 1-8, 23 jan. 2015.

FORTALEZA. **Lei Complementar nº 0278 de 23 de dezembro de 2019**. Altera dispositivos da Lei Complementar nº 0176, de 19 de dezembro de 2014, que dispõe sobre a organização e a estrutura administrativa do Poder Executivo Municipal e dá outras providências. **Diário Oficial do Município de Fortaleza**: n. 16.658, p. 11-14, 27 dez. 2019.

FORTALEZA. **Plano Municipal de Saúde de Fortaleza: 2018-2021**. Fortaleza: Secretaria Municipal da Saúde, 2017. 170 p. Disponível em: [https://saude.fortaleza.ce.gov.br/images/planodesaude/20182021/\\_Plano-Municipal-de-Saude-de-Fortaleza-2018-2021\\_.pdf](https://saude.fortaleza.ce.gov.br/images/planodesaude/20182021/_Plano-Municipal-de-Saude-de-Fortaleza-2018-2021_.pdf). Acesso em: 29 jan. 2020.

FORTALEZA. **Plano Municipal de Saúde**. Fortaleza: Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social, 1998.

FORTALEZA. **Postos de Saúde**. 2020. Disponível em: <https://saude.fortaleza.ce.gov.br/postos-de-saude>. Acesso em: 17 mar. 2020.

FREIRE, P. **Educação como prática da liberdade**. 23. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1999. 157p.

GIL, A. C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2019. 192 p.

GUIMARÃES, I. F.; CORVINO, M. P. F. Estratégias de educação permanente em saúde na percepção dos profissionais de vigilância sanitária. **Revista Vigilância Sanitária em Debate**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 58-63, 2016.

HARTZ, Z. M. A. **Avaliação em Saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

HULLEY, S. B. *et al.* **Delineando a Pesquisa Clínica**: uma abordagem epidemiológica. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. 381 p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico do Brasil 2010**. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?uf=23&dados=0>. Acesso em: 04 maio 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua 2021**. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/9173-pesquisa-nacional-por-amostra-de-domicilios-continua-trimestral.html?t=resultados>. Acesso em: 04 maio 2021.

JACQUES, M. G. Identidade e trabalho: uma articulação indispensável. *In*: TAMAYO, A.; ANDRADE, J. E. B.; CODO, W. (org.). **Trabalho, Organizações e Cultura**. Rio de Janeiro: Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia, 1996. p. 21-26.

JEKEL, J. J.; KATZ, D. L.; ELMORE, J. G. **Epidemiologia, bioestatística e medicina preventiva**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2005. 432 p.

KALIYAPERUMAL, K. Guideline for Conducting a Knowledge, Attitude, and Practice (KAP) Study. **AECS Illumination**, v. IV, n. 1, 2004.

KREIN, J. D.; COLOMBI, A. P. F. A reforma trabalhista em foco: desconstrução da proteção social em tempos de neoliberalismo autoritário. **Educação & Sociedade**, Campinas, v. 40, p. 1-9, 2019.

LIMA, R. K. S. *et al.* Notificação compulsória de acidentes de trabalho: dificuldades e sugestões dos profissionais de saúde em Fortaleza, Ceará. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 192-198, 2018.

MACHADO, J. M. H. *et al.* Situação da Rede Nacional de Atenção Integral em Saúde do Trabalhador (Renast) no Brasil, 2008-2009. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 38, n. 128, p. 243-256, 2013.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragem e técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados**. 8 ed. São Paulo: Atlas, 2018. 328 p.

MARINHO, L. A. B. *et al.* Conhecimento, atitude e prática do auto-exame de mamas em centros de saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 5, p. 576-582, 2003.

MATIDA, Á. H.; CAMACHO, L. A. B. Pesquisa avaliativa e epidemiologia: movimentos e síntese no processo de avaliação de programas de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n.1, p. 37-47, 2004.

MENDES, R. Introdução à medicina do trabalho. *In*: MENDES, R. (org.). **Medicina do trabalho e doenças profissionais**. São Paulo: Sarvier, 1980. p. 3-43.

MINISTÉRIO da Economia. **Brasil**, 2020a. Disponível em: <http://www.economia.gov.br/aceso-a-informacao/institucional/quem-e-quem/secretaria-especial-de-previdencia-e-trabalho>. Acesso em: 18 mar. 2020.

MOREIRA, M. F.; NÓBREGA, M. M. L.; SILVA, M. I. T. Comunicação escrita: contribuição para a elaboração de material educativo em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 56, n. 2, p. 184-188, 2003.

NAPOLEÃO, A. M.; ROBAZZI, M. L. C. C. Acidentes de trabalho e subnotificação entre trabalhadores de enfermagem. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 11, p. 59-63, 2003.

NOGUEIRA, A. S. *et al.* Prevalência e notificação de acidentes de trabalho com exposição a material biológico na odontologia. **Revista Ciência Plural**, Natal, v. 2, n. 1, p. 102-119, 2016.

OBSERVATÓRIO de Segurança e Saúde no Trabalho. Brasília, 2002-2020. Disponível em: <https://smartlabbr.org>. Acesso em: 04 mai. 2021.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. **Agenda Nacional de Trabalho Decente**. Brasília: 2006. Disponível em: [https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/---ilo-brasilia/documents/publication/wcms\\_226229.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/---ilo-brasilia/documents/publication/wcms_226229.pdf). Acesso em: 03 jul. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) - 1946**. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>. Acesso em: 13 jul. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Cuidados primários de saúde: Declaração de Alma-Ata, 1978** [Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro 1978]. Brasília: OMS, 1979. 64 p. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39228/9241800011\\_por.pdf?sequence=5&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39228/9241800011_por.pdf?sequence=5&isAllowed=y). Acesso em: 29 mar. 2020.

PELLEGRINI FILHO, A.; BUSS, P. M. A saúde e seus determinantes sociais. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

PESSOA, N. R. C.; LINHARES, F. M. P. Pacientes em hemodiálise com fístula arteriovenosa: conhecimento, atitude e prática. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 73-79, 2015.

PONTES, A. G. V.; RIGOTTO, R. M. Saúde do Trabalhador e Saúde Ambiental: potencialidades e desafios da articulação entre universidade, SUS e movimentos sociais. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 39, n. 130, p.161-174, 2014.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. **Metodologia do trabalho científico [recurso eletrônico]: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico**. 2. ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013. 277 p.

RAVAZIO, N. B. **A rede sentinela de notificação de agravos em saúde do trabalhador segundo a visão de gestores e trabalhadores da regional de saúde Rondonópolis/MT**. 2013. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2013.

RENZO, R. **Fiscalização do trabalho: doutrina e prática**. São Paulo: LTr, 2007. 504 p.

RIGOTTO, R. M. Saúde dos trabalhadores e meio ambiente em tempos de globalização e reestruturação positiva. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 25, n. 93/94, p. 9-20, 1998.

RODRIGUES, A. B.; SANTANA, V. S. Acidentes de trabalho fatais em Palmas, Tocantins, Brasil: oportunidades perdidas de informação. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 44, p. 1-10, 2019.

SÁ, E. C. Instituições na área de saúde no trabalho e meio ambiente e suas relações com os clínicos. *In: Sociedade Brasileira de Clínica Médica; LOPES, A. C.; CIPULLO, J. C.;*

KUBIAK, C. A. P. (org.). **PROCLIM Programa de Atualização em Clínica Médica: Ciclo 10**. Porto Alegre: Artmed Panamericana, 2012. p. 131-149.

SÁ, E. C.; GOSLING, F. J.; TORRES, R. A. T. Saúde mental e trabalho: transtornos mentais relacionados ao trabalho. *In: Sociedade Brasileira de Clínica Médica; LOPES, A. C.; CIPULLO, J. C.; KUBIAK, C. A. P. (org.). PROCLIM Programa de Atualização em Clínica Médica: Ciclo 16*. Porto Alegre: Artmed Panamericana, 2019. p. 131-151.

SACHUK, M. I.; ARAÚJO, R. R. Os sentidos do trabalho e suas implicações na formação dos indivíduos inseridos nas organizações contemporâneas. **Revista de Gestão USP**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 53-66, 2007.

SANCHES, C.; MEIRELES, M.; SORDI, J. O. **Análise qualitativa por meio da lógica paraconsciente**: Método de interpretação e síntese de informação obtida por escalas Likert. *In: Anais do III Encontro de Ensino e Pesquisa em Administração e Contabilidade*. João Pessoa: III Encontro de Ensino e Pesquisa em Administração e Contabilidade, 2011.

SANTOS, A. P. L. **Tecendo redes**: superando desafios, estudos de casos exitosos em saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde do Estado de São Paulo. 2010. Tese (Doutorado em Ciências) - Departamento de Medicina Preventiva, Universidade de Federal de São Paulo, São Paulo, 2010.

SANTOS, S. L.; CABRAL, A. C. S. P.; AUGUSTO, L. G. S. Conhecimento, atitude e prática sobre dengue, seu vetor e ações de controle em uma comunidade urbana do Nordeste. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 1319-1330, 2011.

SCHEFFER, M. C.; CASSENOTE, A. J. F. A feminização da medicina no Brasil. **Revista Bioética**, Brasília, v. 21, n. 2, p. 268-277, 2013.

SCHEFFER, M. *et al.* **Demografia Médica no Brasil 2020**. São Paulo: FMUSP, 2020. 312 p.

SCHILLING, R. S. F. More effective prevention in occupational health practice. **Journal of the Society of Occupational Medicine**, Guilford, n. 39, p. 71-79, 1984.

SERAPIONI, M. Avaliação da qualidade em saúde. Reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, Coimbra, n. 85, p. 65-82, 2009.

SILVEIRA, C. A. *et al.* Acidentes de trabalho na construção civil identificados através de prontuários hospitalares. **Revista Escola de Minas**, Ouro Preto, v. 58, n. 1, p. 39-44, 2005.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, 2002. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>. Acesso em: 29 mar. 2020.

TRICARICO, P. *et al.* Professional attitudes toward incident reporting: can we measure and compare improvements in patient safety culture? **International Journal for Quality in Health Care**, Oxford, v. 29, n. 2, p. 243-249, 2017.

WOOD, G. L.; HABER, J. Desenhos não experimentais. *In:* WOOD, G. L.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem – métodos, avaliação crítica e utilização**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. 352 p.

## APÊNDICE A - Questionário de coleta de dados para médicos

### PESQUISA CONHECIMENTO, ATITUDE E PRÁTICA DE MÉDICOS SOBRE COMUNICAÇÃO DE ACIDENTES DE TRABALHO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

#### QUESTIONÁRIO DE COLETA DE DADOS PARA MÉDICOS

Data: ____/____/____	
<b>Observação: Caro colega, os dados da pesquisa são totalmente sigilosos e seu nome não será revelado de forma alguma. Para o bom andamento da pesquisa, por favor, preencha o questionário com o seu conhecimento atual sobre o assunto. Evite recorrer a terceiros ou fazer pesquisa pela internet. Agradeço desde já sua compreensão e colaboração.</b>	
<b>BLOCO 1</b>	
<b>Caracterização Sociodemográfica</b>	
<b>1. Idade:</b> _____ anos	1.
<b>2. Cor:</b> 1- ( ) Branca 2- ( ) Preta 3- ( ) Parda 4- ( ) Amarela 5- ( ) Indígena	2.
<b>3. Sexo:</b> 1- ( ) Masculino 2- ( ) Feminino	3.
<b>4. Estado Civil:</b> 1- ( ) Solteiro 2- ( ) Casado/União estável 3- ( ) Viúvo 4- ( ) Divorciado	4.
<b>5. Religião:</b> 1- ( ) Católico 2- ( ) Evangélico 3- ( ) Adventista 4- ( ) Espírita 5- ( ) Outra:	5.
<b>BLOCO 2</b>	
<b>Caracterização do Trabalho e da Formação Acadêmica</b>	
<b>6. Nome da Unidade de Saúde:</b> _____	6.
<b>7. Qual a sua Secretaria Executiva Regional?</b> 1- ( ) I 2- ( ) II 3- ( ) III 4- ( ) IV 5- ( ) V	7.

6- ( ) VI	
<b>8. Nome da Equipe de Saúde da Família (se tiver):</b> _____	8.
<b>9. Ano de conclusão da graduação:</b> _____	9.
<b>10. Unidade Federativa da graduação:</b> _____	10.
<b>11. Município da graduação:</b> _____	11.
<b>12. Instituição de Ensino Superior (IES) de formatura:</b> _____	12.
<b>13. Tipo de IES:</b> 1- ( ) Pública/Federal/Estadual 2- ( ) Privada/Filantrópica	13.
<b>14. Tempo de atuação na Atenção Primária à Saúde:</b> _____ anos	14.
<b>15. Possui Especialização lato sensu?</b> 1- ( ) Sim 2- ( ) Não	15.
<b>16. Se sim, qual a área?</b> _____	16.
<b>17. Possui Residência Médica?</b> 1- ( ) Sim 2- ( ) Não	17.
<b>18. Se sim, qual a área?</b> _____	18.
<b>19. Possui Mestrado?</b> 1- ( ) Sim 2- ( ) Não	19.
<b>20. Se sim, qual a área?</b> _____	20.
<b>21. Possui Doutorado?</b> 1- ( ) Sim 2- ( ) Não	21.
<b>22. Se sim, qual a área?</b> _____	22.
<b>23. Regime de contratação:</b> 1- ( ) Servidor/ Estatutário 2- ( ) Celetista 3- ( ) Recibo de Pagamento Autônomo (RPA) 4- ( ) Programa Mais Médicos pelo Brasil 5- ( ) Programa Médico da Família Fortaleza 6- ( ) Residência em Medicina de Família e Comunidade.	23.

7- ( ) Outro:	
<b>24. Carga horária semanal na UAPS?</b> 1- ( ) 40 horas 2- ( ) 32 horas + 8 horas de educação permanente 3- ( ) 20 horas 4- ( ) Outra:	24.
<b>Inquérito CAP (Conhecimento, Atitude e Prática)</b>	
<b>BLOCO 3</b>	
<b><u>Conhecimento sobre a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT)</u></b>	
<b>25. Você já ouviu falar sobre a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT)?</b> 1- ( ) Sim 2- ( ) Não	25.
<b>26. Os acidentes ou doenças relacionadas ao trabalho exigem a emissão da CAT.</b> 1- ( ) Verdadeiro 2- ( ) Falso 3- ( ) Não sei.	26.
<b>27. Existem apenas dois tipos de CAT: inicial e reabertura.</b> 1- ( ) Verdadeiro 2- ( ) Falso 3- ( ) Não sei.	27.
<b>28. A CAT pode ser emitida pelo médico da Estratégia de Saúde da Família.</b> 1- ( ) Verdadeiro 2- ( ) Falso 3- ( ) Não sei.	28.
<b>29. A CAT possui três partes: I – Dados do emitente, II – Atestado Médico e III – INSS.</b> 1- ( ) Verdadeiro 2- ( ) Falso 3- ( ) Não sei	29.
<b>30. Para o preenchimento da CAT, precisa-se de dados pessoais de três testemunhas, incluindo os respectivos endereços.</b> 1- ( ) Verdadeiro 2- ( ) Falso 3- ( ) Não sei	30.
<b>31. Para o preenchimento da CAT, precisa-se do dado referente à Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) do acidentado.</b> 1- ( ) Verdadeiro 2- ( ) Falso 3- ( ) Não sei	31.
<b>32. Para o preenchimento da CAT, precisa-se do dado referente à Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE) do empregador.</b> 1- ( ) Verdadeiro 2- ( ) Falso 3- ( ) Não sei	32.

<b>33. Avaliação do conhecimento (a cargo do pesquisador):</b> 1- ( ) Adequado 2- ( ) Inadequado	33.
<b>BLOCO 4</b>	
<b><u>Atitude em relação à Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT)</u></b>	
<b>34. Para você, o preenchimento da CAT é atribuição dos médicos da Atenção Primária à Saúde (APS)?</b> 1- ( ) Concordo completamente 2- ( ) Concordo 3- ( ) Discordo 4- ( ) Discordo completamente 5- ( ) Não sei	34.
<b>35. Avaliação da atitude (a cargo do pesquisador):</b> 1- ( ) Adequado 2- ( ) Inadequado	35.
<b>BLOCO 5</b>	
<b><u>Prática em relação à Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT)</u></b>	
<b>36. Você já preencheu a CAT alguma vez?</b> 1- ( ) Sim 2- ( ) Nunca	36.
<b>37. Se NUNCA preencheu a CAT, por quê?</b> 1- ( ) Por descuido 2- ( ) Não tem tempo 3- ( ) Não gosta de fazer 4- ( ) Acha desnecessário 5- ( ) Por desconhecimento do documento 6- ( ) Não é atribuição das Equipes de Saúde da Família 7- ( ) Nunca tive a oportunidade. 8- ( ) Não se aplica.	37.
<b>38. Você pergunta ao usuário qual é o seu trabalho/ocupação atual?</b> 1- ( ) Nunca 2- ( ) Raramente 3- ( ) Às vezes 4- ( ) Sempre	38.
<b>39. Você identifica os riscos para a saúde presentes no trabalho/ocupação do usuário?</b> <b>Observação: são exemplos de situações de risco: Físicos (calor, frio, ruídos, vibrações), Químicos (poeira, vapores, gases), Biológicos (exposição a vírus, bactérias), Ergonômicos (levantamento de peso, transporte e descarga de materiais) e Acidentes (cortes, ferimentos, quedas).</b> 1- ( ) Nunca 2- ( ) Raramente 3- ( ) Às vezes 4- ( ) Sempre	39.

<p><b>40. Você busca estabelecer a relação entre a queixa e/ou doença referida pelo usuário com a exposição a situações de risco para a saúde presentes em seu trabalho/ocupação?</b></p> <p>1- ( ) Nunca  2- ( ) Raramente  3- ( ) Às vezes  4- ( ) Sempre</p>	40.
<p><b>41. Você recebeu/recebe treinamento para preencher a CAT?</b></p> <p>1- ( ) Nunca  2- ( ) Raramente  3- ( ) Às vezes  4- ( ) Sempre</p>	41.
<p><b>42. Instâncias especializadas em Saúde do Trabalhador apoiam você no preenchimento da CAT?</b></p> <p><b>São Instâncias especializadas em Saúde do Trabalhador: referência técnica em Saúde do Trabalhador, Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) outras instâncias da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST).</b></p> <p>1- ( ) Nunca  2- ( ) Raramente  3- ( ) Às vezes  4- ( ) Sempre</p>	42.
<p><b>43. Avaliação da Prática (a cargo do pesquisador):</b></p> <p>1- ( ) Adequada  2- ( ) Inadequada</p>	43.

## **APÊNDICE B - Pedido de anuência para realização da pesquisa**

Ilma. Anamaria Cavalcante e Silva

Coordenadoria de Educação em Saúde, Ensino, Pesquisa e Programas Especiais (COEPP)

Secretaria Municipal de Saúde

Prefeitura de Fortaleza

Venho, por meio deste, solicitar à COEPP pedido de anuência para realização da pesquisa intitulada: “Conhecimento, atitude e prática de médicos sobre Comunicação de Acidente de Trabalho na Atenção Primária à Saúde”.

A presente proposta de pesquisa tem como temática e eixo central a Vigilância em Saúde e a Saúde do Trabalhador, especificamente a Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT).

Sabe-se que os acidentes de trabalho se configuram como um importante problema de saúde pública. A CAT é um documento emitido para reconhecer um acidente de trabalho (típico ou de trajeto) ou uma doença ocupacional. Deve ser emitida pela empresa no prazo de um dia útil, ou, se ocorreu óbito, imediatamente. Pode, também, ser emitida pelo médico (neste grupo, incluem-se os médicos da Atenção Primária à Saúde - APS), pelo familiar, por um dependente do segurado, pelo sindicato ou por uma autoridade pública. Além disso, o presente problema de pesquisa está no fato da inexistência de dados robustos e relevantes sobre o conhecimento, a atitude e a prática (CAP) de médicos sobre a CAT na APS da cidade de Fortaleza. Tal fato tem relevância, uma vez que, de posse desses dados, os médicos da APS/gestores terão subsídios para planejar ações e implementar estratégias que possam melhorar, substancialmente, as ações envolvendo os acidentes/doenças relacionados ao trabalho.

Dessa forma, o objetivo principal do projeto em tela é avaliar o conhecimento, a atitude e a prática de médicos sobre a Comunicação de Acidentes de Trabalho na Atenção Primária à Saúde de Fortaleza, Ceará. Trata-se de um estudo quantitativo com delineamento transversal apoiado em um inquérito CAP, a ser realizado com 194 médicos que estiverem trabalhando nas 113 Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) do município de Fortaleza. O estudo será realizado durante o período de 3 meses, de setembro a novembro de 2020. A coleta de dados acontecerá por meio de um questionário (elaborado através do *Google Forms*), estruturado, autoadministrado e com perguntas pré-codificadas sobre o conhecimento, a atitude e a prática em relação à CAT, que será conduzido pelo pesquisador responsável. Para tanto, após a

obtenção da carta de anuência e da aprovação ética, será solicitado à COEPP os contatos telefônicos dos profissionais médicos lotados nas UAPS de Fortaleza, Ceará.

Informo que o referido projeto de pesquisa será submetido à Plataforma Brasil para parecer do Comitê de Ética em Pesquisa ainda a ser definido. Comunico, ainda, o prévio conhecimento das responsabilidades frente à pesquisa, assim como garanto a ciência quanto ao que me compete como pesquisador.

Dessa forma, apresento em anexo o projeto de pesquisa e a folha de rosto emitida pela Plataforma Brasil e reitero o pedido de anuência para a realização da pesquisa na cidade de Fortaleza, Ceará.

---

Otenberg Nogueira de Souza Júnior  
Médico de Família e Comunidade  
Mestrando em Saúde da Família – FIOCRUZ Ceará  
Pesquisador Principal

## APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado(a) para participar do estudo: **“CONHECIMENTO, ATITUDE E PRÁTICA DE MÉDICOS SOBRE COMUNICAÇÃO DE ACIDENTES DE TRABALHO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE”** realizado por OTENBERG NOGUEIRA DE SOUZA JÚNIOR. Neste estudo, pretendemos avaliar o conhecimento, a atitude e a prática de médicos sobre a Comunicação de Acidentes de Trabalho na Atenção Primária à Saúde de Fortaleza, Ceará. O motivo que nos leva a estudar esse assunto é a importância do trabalho para vida das pessoas (seja como fator de promoção da saúde, seja como fator de adoecimento), o elevado número de trabalhadores em todo o país, a morbimortalidade decorrente dos acidentes e doenças relacionados ao trabalho com seus respectivos custos para o sistema de saúde e, por fim, a pequena quantidade de trabalhos com dados significativos na capital cearense envolvendo o tema em questão. Sua participação consistirá em responder um questionário (elaborado através do *Google Forms*) estruturado, autoadministrado e com perguntas pré-codificadas sobre o conhecimento, a atitude e a prática em relação à Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT). O questionário será enviado via aplicativo de mensagens WhatsApp e terá uma duração máxima de vinte minutos.

Você será esclarecido(a) em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido(a) pelo pesquisador ou pela instituição.

Este estudo apresenta risco mínimo à saúde dos participantes, relativos ao desconforto durante a aplicação do questionário e a uma possível invasão de privacidade. Para minimizá-los, será permitido que os profissionais respondam o instrumento de forma online, no local e horário conveniente aos mesmos, bem como será assegurado a confidencialidade, a privacidade e a não estigmatização, através da garantia de não utilização das informações em prejuízo das pessoas.

Sua participação trará como benefícios a formulação de diagnósticos situacionais, avaliação e planejamento de políticas públicas voltadas aos acidentes ou doenças relacionadas ao trabalho, bem como permitirá o fomento de ações educativas envolvendo o treinamento para emissão da Comunicação de Acidentes de Trabalho (CAT).

Serão garantidos o sigilo do seu nome e a privacidade dos dados coletados durante todas as fases da pesquisa.

Você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, você tem assegurado o direito a ressarcimento ou indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Os dados e

instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 anos e, após esse tempo, serão destruídos.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma via será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida a você.

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o pesquisador responsável OTENBERG NOGUEIRA DE SOUZA JÚNIOR (mestrando da Fundação Oswaldo Cruz), no expediente da manhã às terças, quintas e sextas ou no expediente da tarde às segundas e quartas, na Unidade de Atenção Primária à Saúde Guiomar Arruda, localizada no endereço: Rua General Costa Matos, nº 06, bairro Jacarecanga, Fortaleza, Ceará, e/ou no telefone (85) 3452-6377. E-mail: [otenberg21@yahoo.com.br](mailto:otenberg21@yahoo.com.br).

Além disso, se desejar obter informações sobre os seus direitos e os aspectos éticos envolvidos na pesquisa (número do parecer: 4.139.851) poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital São Carlos, localizado na rua Araken Silva, 333 – Casa do RH, fone: (85) 4009-1278, e-mail: [cep@hospitalsaocarlos.com.br](mailto:cep@hospitalsaocarlos.com.br).

Eu, \_\_\_\_\_, portador(a) do documento de Identidade \_\_\_\_\_ fui informado(a) dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar a decisão de participar, se assim o desejar. Recebi uma via deste Termo de Consentimento e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Fortaleza, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

---

Assinatura do(a) participante

---

Assinatura do(a) pesquisador(a)

Nome da testemunha  
(se o voluntário não souber ler)

Data

Assinatura

## ANEXO A – Formulário de comunicação de acidente de trabalho

PREVIDÊNCIA SOCIAL INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL		1 - Emitente <input type="checkbox"/>	
<b>COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DO TRABALHO – CAT</b> (Ler atentamente as orientações, no verso, antes do preenchimento)		1 - Empregador 2 - Sindicato 3 - Médico 4 - Segurado ou dependente 5 - Autoridade pública	
		2 - Tipo de CAT <input type="checkbox"/> 1 - Início 2 - Reabertura 3 - Comunicação de Óbito em: / /	
I – EMITENTE	Empregador	3 - Razão Social / Nome	
	Acidentado	6 - Endereço Rua/Av./Nº/Comp. Bairro CEP	
		7 - Município 8 - UF 9 - Telefone ( )	
	Acidentado	10 - Nome	
		11 - Nome da mãe	
	Acidentado	12 - Data de nasc. 13 - Sexo <input type="checkbox"/> 14 - Estado civil <input type="checkbox"/>	
		15 - CTPS Série Data de emissão 16 - UF	
	Acidentado	17 - Carteira de identidade Data de emissão Órgão Exp. 18 - UF	
		19 - PIS/PASEP 20 - Remuneração mensal	
	Acidentado	21 - Endereço Rua/Av./Nº/Comp. Bairro CEP	
		22 - Município 23 - UF 24 - Telefone ( )	
	Acidentado	25 - Nome da ocupação 26 - CBO 27 - Filiação à Previdência Social <input type="checkbox"/>	
28 - Aposentado? <input type="checkbox"/> 29 - Área <input type="checkbox"/>			
Acidentado	30 - Data do acidente 31 - Hora do acidente 32 - Após quantas horas de trabalho? 33 - Houve afastamento? <input type="checkbox"/>		
	34 - Último dia trabalhado 1 - Sim 2 - Não		
Acidentado	35 - Local do acidente 36 - CGC/CNPJ 37 - Município do local do acidente 38 - UF		
	39 - Especif. do local do acidente		
Acidentado	40 - Parte(s) do corpo atingida(s)		
	41 - Agente causador		
Acidentado	42 - Descrição da situação geradora do acidente ou doença		
	43 - Houve registro policial? <input type="checkbox"/>		
Acidentado	44 - Houve morte? <input type="checkbox"/>		
	45 - Nome		
Acidentado	46 - Endereço Rua/Av./Nº/Comp. Bairro CEP		
	47 - Município 48 - UF Telefone ( )		
Acidentado	49 - Nome		
	50 - Endereço Rua/Av./Nº/Comp. Bairro CEP		
Acidentado	51 - Município 52 - UF Telefone ( )		
	Local e data		
Assinatura e carimbo do emitente			
II – ATESTADO MÉDICO	Atendimento	53 - Unidade de atendimento médico	
	Lesão	54 - Data	
		55 - Hora	
	Diagnóstico	56 - Houve internação? <input type="checkbox"/> 57 - Duração provável do tratamento dias	
58 - Deverá o acidentado afastar-se do trabalho durante o tratamento? <input type="checkbox"/>			
Diagnóstico	59 - Descrição e natureza da lesão		
	60 - Diagnóstico provável		
Diagnóstico	61 - CID - 10		
	62 - Observações		
Local e data			
Assinatura e carimbo do médico com CRM			
III – INSS	Recebida	63 - Recebida Em: / /	
	Benefício	64 - Código da Unidade	
		65 - Número da CAT	
Benefício	66 - É reconhecido o direito do segurado à habilitação de benefício acidentário? <input type="checkbox"/>		
	67 - Tipo <input type="checkbox"/>		
Benefício	68 - Matrícula do servidor		
	69 - Matrícula do servidor		
Assinatura do servidor			
Notas:			
1 - A inexecução das declarações desta comunicação implicará nas sanções previstas nos arts. 171 e 299 do Código Penal.			
2 - A comunicação de acidente do trabalho deverá ser feita até o 1º dia útil após o acidente, sob pena de multa, na forma prevista no art. 134 do Decreto nº 2.172/97.			
3 - A comunicação, os conceitos e a caracterização são regidos pelo Decreto nº 2.172/97.			
A COMUNICAÇÃO DO ACIDENTE É OBRIGATÓRIA, MESMO NO CASO EM QUE NÃO HAJA AFASTAMENTO DO TRABALHO.			

## ANEXO B – Autorização para o estudo



Prefeitura de Fortaleza  
Secretaria Municipal da Saúde  
Coordenadoria de Educação em Saúde, Ensino, Pesquisa e Programas Especiais

### DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins que, ciente dos objetivos e dos procedimentos metodológicos do Projeto de Pesquisa “**CONHECIMENTO, ATITUDE E PRÁTICA DE MÉDICOS SOBRE COMUNICAÇÃO DE ACIDENTES DE TRABALHO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**”, sob a responsabilidade do pesquisador **OTENBERG NOGUEIRA DE SOUZA JÚNIOR** aluno do curso de **MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA - PROFSÁUDE** da **FIOCRUZ/CEARÁ**, sob a orientação do Professor **ROBERTO WAGNER JÚNIOR FREIRE DE FREITAS**, concedemos a anuência para o seu desenvolvimento nas dependências da **COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE – CORES I, II, III, IV, V E VI** da Secretaria Municipal da Saúde (SMS) de Fortaleza, durante o período de **SETEMBRO/2020 A DEZEMBRO/2021** não havendo qualquer despesa para esta instituição que seja decorrente da participação dessa pesquisa.

Esta autorização está condicionada ao cumprimento de todas as normas e requisitos das Resoluções do Conselho Nacional de Saúde, notadamente da Resolução CNS/MS nº: 466/2012, e das disposições legais estabelecidas na Constituição Federal Brasileira, artigo 5º, incisos X e XIV e no Novo Código Civil, artigo 20.

O (s) pesquisador (es) acima qualificado (s) se comprometem a obedecerem às disposições éticas de utilizar os dados pessoais dos participantes da pesquisa exclusivamente para fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades; e a salvaguardarem a privacidade das pessoas citadas nos documentos institucionais e/ou contatadas diretamente, de modo a proteger suas imagens, bem como garantem que não utilizarão as informações coletadas em prejuízo dessas pessoas e/ou da instituição.

Informamos ainda que o projeto somente poderá ser iniciado nesta Instituição mediante apresentação do Parecer Consubstanciado, devidamente aprovado e emitido por Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), para o desenvolvimento de pesquisa envolvendo seres humanos, credenciado pelo Sistema CEP/CONEP.

Após a defesa do estudo, o (s) pesquisador (es) deverá (ão) enviar a versão final da pesquisa (em PDF), para o e-mail: [ceppes.sms@gmail.com](mailto:ceppes.sms@gmail.com), ficando ciente(s) de que a COEPP/SMS poderá solicitar a apresentação oral dos resultados para técnicos, gestores e/ou sujeitos da referida pesquisa.

No caso do não cumprimento, há liberdade para retirar esta anuência a qualquer momento, sem incorrer em penalização alguma.

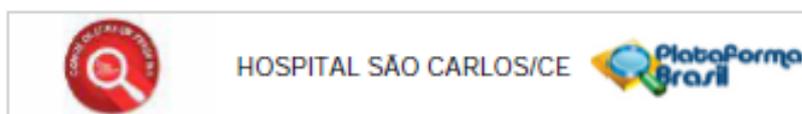
Fortaleza, 08 de maio de 2020

Anamaria Cavalcante e Silva  
Coordenadora de Educação em Saúde, Ensino, Pesquisa e Programas Especiais

Anamaria Cavalcante e Silva  
Coord. de Pesquisas e  
Programas Especiais

Rua Barão do Rio Branco 910  
Fone: (85) 3105.1473 - Fortaleza - CE

## ANEXO C – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisas com seres humanos



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** CONHECIMENTO, ATITUDE E PRÁTICA DE MÉDICOS SOBRE COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

**Pesquisador:** OTENBERG NOGUEIRA DE SOUZA JUNIOR

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 32855920.6.0000.5043

**Instituição Proponente:** FUNDACAD OSWALDO CRUZ

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 4.263.485

**Apresentação do Projeto:**

Adoquado.

**Objetivo da Pesquisa:**

Adoquado à proposta da pesquisa.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Apresentados e adoquados.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Sem mais.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Apresentados.

**Recomendações:**

Sem mais.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Sem pendências.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Aprovado.

Endereço: Avenida Pontes Vieira, 2531  
 Bairro: Domício Torres CEP: 60.135-237  
 UF: CE Município: FORTALEZA  
 Telefone: (85)4009-3362 Fax: (85)4009-3396 E-mail: cep@hospitalaocafes.com.br



HOSPITAL SÃO CARLOS/CE



Continuação do Parecer: 4.253.466

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1551498.pdf	15/07/2020 07:41:54		Acolto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Dissertativo_Otenberg_15_07_2020.pdf	15/07/2020 07:40:06	OTENBERG NOGUEIRA DE SOUZA JUNIOR	Acolto
TCE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_Consentimento_Livre_Esclarecido_Otenberg_15_07_2020.pdf	15/07/2020 07:39:18	OTENBERG NOGUEIRA DE SOUZA JUNIOR	Acolto
Declaração de concordância	Declaração_Concordancia_Pesquisadores_Otenberg_Assinada.pdf	26/05/2020 16:33:22	OTENBERG NOGUEIRA DE SOUZA JUNIOR	Acolto
Outros	Curriculo_Lattes_Otenberg_Junior_08_04_2020.pdf	21/05/2020 14:46:31	OTENBERG NOGUEIRA DE SOUZA JUNIOR	Acolto
Outros	Carta_da_Anuencia_Otenberg.pdf	21/05/2020 14:43:58	OTENBERG NOGUEIRA DE SOUZA JUNIOR	Acolto
Orçamento	Orcamento_Otenberg_Assinado.pdf	21/05/2020 14:40:38	OTENBERG NOGUEIRA DE SOUZA JUNIOR	Acolto
Cronograma	Cronograma_Otenberg_Assinado.pdf	21/05/2020 14:40:18	OTENBERG NOGUEIRA DE SOUZA JUNIOR	Acolto
Folha de Rosto	Folha_Rosto_Plataforma_Brasil_Assinada_2.pdf	07/05/2020 06:34:26	OTENBERG NOGUEIRA DE SOUZA JUNIOR	Acolto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 08 de Setembro de 2020

Assinado por:  
Rogean Rodrigues Nunes  
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida Paredes Vieira, 2531  
Bairro: Dantas Torres CEP: 60.135-237  
UF: CE Município: FORTALEZA  
Telefone: (85)4009-3362 Fax: (85)4009-3395 E-mail: cep@hospitalaoscarlos.com.br

regba02@ce