

INSTITUTO FEDERAL DE SANTA CATARINA

FLÁVIA ROCHA E SILVA

CUSTOS DOS ATENDIMENTOS DE ACIDENTES DE TRABALHO NO SUS:
uma revisão da literatura

Joinville

2025

FLÁVIA ROCHA E SILVA

CUSTOS DOS ATENDIMENTOS DE ACIDENTES DE TRABALHO NO SUS:
uma revisão da literatura

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso Superior de Tecnologia em Gestão Hospitalar do Câmpus Joinville do Instituto Federal de Santa Catarina para a obtenção do diploma de Tecnólogo em Gestão Hospitalar.

Orientadora: Dra. Andrea Heidemann

Joinville

2025

ROCHA E SILVA, Flávia.

CUSTOS DOS ATENDIMENTOS DE ACIDENTES DE TRABALHO NO SUS: uma revisão da literatura/ Flávia Rocha e Silva - Joinville, SC, 2025.
60 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia de Santa Catarina, Curso Superior de Tecnologia em Gestão Hospitalar, Joinville, 2025.

Orientadora: Andrea Heidemann.

1. Acidente de trabalho;. 2. Custos. 3. SUS. I.Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia de Santa Catarina. II. Título.

FLÁVIA ROCHA E SILVA

CUSTOS DOS ATENDIMENTOS DE ACIDENTES DE TRABALHO NO SUS:
uma revisão da literatura

Este trabalho foi julgado adequado para obtenção do título em Curso Superior de Tecnologia em Gestão Hospitalar, pelo Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Santa Catarina, e aprovado na sua forma final pela comissão avaliadora abaixo indicada.

Joinville - SC, 17 de novembro de 2025.

Professora Andrea Heidemann, Dra.
Orientadora

Aline Gabrielle de Souza Berkenbrock
Diretora Executiva de Vigilâncias na Secretaria da Saúde de Joinville
Avaliadora

Aroldo Leandro Schmidt Reeck
Técnico-Administrativo em Educação, IFSC
Avaliador

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por me conceder força, saúde e sabedoria para chegar até aqui.

Ao meu esposo, pelo amor, paciência e incentivo em todos os momentos, mesmo nos dias mais desafiadores. Sua compreensão e apoio foram essenciais para que eu não desistisse deste sonho.

Às minhas filhas, que são minha maior motivação. Cada sorriso e gesto de carinho me deram energia para seguir em frente e concluir mais essa etapa.

À minha mãe, por todo amor incondicional, pelos conselhos e por sempre acreditar em mim, mesmo quando eu duvidava das minhas próprias forças.

A cada um de vocês, minha eterna gratidão. Este trabalho também é de vocês.

“Os princípios do SUS reforçam que a saúde é um direito de todos e dever do Estado. Contudo, os acidentes de trabalho revelam o alto custo social e econômico da ausência de prevenção, recaindo sobre o próprio sistema que busca garantir a integralidade do cuidado”

- Autor desconhecido

RESUMO

O presente estudo tem como objetivo analisar, a partir da literatura científica, as evidências disponíveis sobre os custos dos atendimentos de acidentes de trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS) e suas repercussões para a gestão em saúde. Buscou-se compreender como os gastos decorrentes desses atendimentos impactam o financiamento público, especialmente em um cenário de restrição orçamentária imposto pela Emenda Constitucional nº 95/2016, e identificar possibilidades de aprimoramento na gestão e prevenção dos acidentes de trabalho. A metodologia adotada caracteriza-se como uma pesquisa básica, de abordagem qualitativa e natureza descritiva, com procedimento bibliográfico do tipo narrativa. Os principais resultados indicam que os custos gerados pelos atendimentos de acidentes de trabalho no SUS são majoritariamente custos diretos, associados à assistência médica, hospitalizações, cirurgias, exames e reabilitação. Em contrapartida, os custos indiretos, como perda de produtividade e tempo de afastamento, são subestimados e pouco mensurados nas pesquisas. O estudo evidenciou, também, que os acidentes de trabalho acarretam impactos financeiros e sociais expressivos, afetando a sustentabilidade do SUS e o orçamento da Previdência Social. Conclui-se que o aprimoramento da gestão e o investimento em políticas de prevenção representam caminhos estratégicos para minimizar custos, melhorar a eficiência do SUS e promover ambientes de trabalho mais seguros e saudáveis.

Palavras-chave: Acidente de trabalho; Custos; SUS.

ABSTRACT

This study aims to analyze, based on the scientific literature, the available evidence on the costs of treating workplace accidents in the Unified Health System (SUS) and their impact on health management. The aim was to understand how the costs of these treatments impact public funding, especially in a context of budgetary constraints imposed by Constitutional Amendment No. 95/2016, and to identify opportunities for improving the management and prevention of workplace accidents. The methodology adopted is characterized as basic research, with a qualitative approach and descriptive nature, using a narrative bibliographic procedure. The main results indicate that the costs generated by treating workplace accidents in the SUS are primarily direct costs, associated with medical care, hospitalizations, surgeries, examinations, and rehabilitation. Conversely, indirect costs, such as lost productivity and time off work, are underestimated and rarely measured in research. The study also showed that workplace accidents have significant financial and social impacts, affecting the sustainability of the Unified Health System (SUS) and the Social Security budget. It concludes that improved management and investment in prevention policies represent strategic ways to minimize costs, improve the efficiency of the SUS, and promote safer and healthier work environments.

Keywords: Work-related accidents; Costs; SUS.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AT	Acidentes de Trabalho
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CRAS	Centros de Referência de Assistência Social
CREAS	Centros de Referência Especializados de Assistência Social
CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CPMF	Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira
CGSAT	Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador
CD	Custo Dia
DATASUS	Departamento de Informação e Informática do SUS
EC	Emenda Constitucional
FGTS	Fundo de Garantia por Tempo de Serviço
FNS	Fundo Nacional de Saúde
GM	Gasto Médio
IPCA	Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
NR	Normas Regulamentadoras
OIT	Organização Internacional do Trabalho
PNST	Política Nacional de Saúde do Trabalhador
PNSST	Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho
PIB	Produto Interno Bruto
PPRA	Programa Programa de Prevenção de Risco Ambientais
RENAST	Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
SAT	Sistema de Administração Tributária
SESI	Serviço Social da Indústria

SISCAT	Sistema de Comunicação de Acidentes de Trabalho
SIA	Sistema de Informação Ambulatorial
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINASC	Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SUS	Sistema Único de Saúde
SIS	Sistemas de Informação em Saúde
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VTI	Valor Total das Internações
VIVA	Vigilância de Violências e Acidentes
VISAT	Vigilância em Saúde do Trabalhador

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
1.1	Contextualização	13
1.2	Problema de Pesquisa	15
1.3	Justificativa	15
1.4	Objetivos	16
1.4.1	Objetivo Geral	16
1.4.2	Objetivo Específico	16
2	REFERENCIAL TEÓRICO	17
2.1	SUS	17
2.1.1	Financiamento do SUS	18
2.1.2	Sistemas de Informação de Saúde do SUS	21
2.1.3	Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora	22
2.1.4	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST)	23
2.2	Seguridade Social	25
2.3	Acidente de Trabalho	30
2.4	Custos	31
2.4.1	Custos em Saúde	33
3	METODOLOGIA	36
3.1	Caracterização da Pesquisa	36
3.2	Recorte Temporal do Estudo	37
3.3	Procedimentos de Coleta de Dados	37
3.4	Análise dos Dados	38
3.5	Ética na Pesquisa	39
4	RESULTADOS E DISCUSSÕES	40
4.1	Tipos de Custos Relacionados aos Atendimentos de Acidentes de Trabalho no SUS	40
4.2	Impacto Econômico dos Atendimentos Gerados por Acidentes de Trabalho para a Gestão do SUS	44

4.3	Recomendações e Estratégias para a Redução de Custos de Decorrentes dos Atendimentos de Acidentes de Trabalho para o SUS	46
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	51
	REFERÊNCIAS	53

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização

O Sistema Único de Saúde (SUS), criado como resultado do processo de redemocratização e da luta pela Reforma Sanitária, foi oficializado pela Constituição Federal de 1988 no Brasil. Com sua criação, foi estabelecido que a saúde é um direito universal e que o Estado tem a responsabilidade de garantir a saúde da população por meio da promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1988).

Uma das atribuições do SUS é cuidar da saúde dos trabalhadores, reconhecendo que o trabalho está intrinsecamente ligado às condições socioeconômicas, culturais e ambientais de cada indivíduo (Brasil, 2002). Como determinante das condições de saúde, o trabalho também afeta os familiares dos trabalhadores. Portanto, o SUS preconiza assistência às vítimas de acidentes ou doenças relacionadas ao trabalho, utilizando a Vigilância Epidemiológica e Sanitária para proporcionar proteção, recuperação e reabilitação (Brasil, 2008).

O acidente de trabalho pode ocorrer durante a realização das atividades laborais, típico, ou durante o deslocamento entre casa e trabalho, conhecido como trajeto. Isto pode resultar em lesões ou perturbações funcionais que podem levar à morte, incapacidade temporária ou permanente (Brasil, 2018).

O acidente de trabalho típico caracteriza-se por ocorrer no próprio local e durante a jornada de trabalho, seja no momento em que o empregado está executando suas funções ou mesmo quando se encontra à disposição do empregador. Trata-se de um evento súbito, violento e ocasional, que resulta em incapacidade para o desempenho das atividades laborais (Silvio, Birolli, 2009).

Para custear a assistência das vítimas de acidente e/ou doença de trabalho, o SUS é financiado através dos recursos vindos da Seguridade Social, da União, do Estado e dos Municípios. Sabe-se historicamente que o SUS tem problemas com o financiamento, além de que o repasse tem diminuído ano após ano, interferindo na garantia de uma saúde pública de qualidade (Mendes, 2013). Além disso, a grave crise econômica, fiscal e política fez com que o Governo Federal criasse a Emenda Constitucional nº 95 de 2016 com objetivo de encontrar saída, principalmente, para depreciação de receitas (Nodes, 2017).

O levantamento do custo dos atendimentos no SUS é uma das

responsabilidade dos gestores, inclusive aqueles derivados de acidentes de trabalho, para alcançar os objetivos de uma organização. Dessa forma, partindo da regulamentação da Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975, que organiza a Vigilância Epidemiológica, incluindo ações de investigação e avaliação para controlar doenças e agravos à saúde (Brasil, 1975) e da Portaria de Consolidação nº 4 de 28 de setembro de 2017, que define os sistemas e subsistemas do SUS, incluindo o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), consegue-se o registro dos acidentes de trabalho no âmbito do SUS para que assim consiga mensurar o seu custo.

Através do sistema SINAN, que abrange doenças de notificação compulsória, envolvendo doenças que requerem isolamento, quarentena ou aquelas definidas pelo Ministério da Saúde, incluindo os acidentes de trabalho atendidos, se consegue quantificar o número de atendimentos realizados pelo SUS, bem como a causa do acidente, as partes do corpo atingida, o diagnóstico da lesão, o regime de tratamento e a evolução do caso. Ressaltando que o custo é um gasto de serviço e/ou de materiais utilizados no atendimento a estes usuários (Martins, 2010).

É notório que o SUS, desde sua criação, tem buscado garantir assistência médica e prevenção de doenças, incluindo os acidentes relacionados ao trabalho, como parte fundamental de sua missão de proporcionar uma saúde pública de qualidade (Brasil, 2018; Mendes, 2013). No entanto, as informações referentes aos custos de suas ações nem sempre são publicizadas e tratadas com atenção, inclusive através do controle social. É importante ressaltar que a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST), tem como objetivos primordiais, a promoção da saúde e a melhoria da qualidade de vida do trabalhador, além da prevenção de acidentes (Brasil, 2011).

A busca pela mensuração do custo dos atendimentos de acidentes de trabalho é um passo essencial para uma gestão mais eficiente dos recursos da saúde e para a identificação de áreas onde a prevenção e a proteção podem ser reforçadas (Brasil, 2018). A literatura, ao longo dos anos tem acumulado estudos relevantes relacionados a este tema e, assim, sua sistematização pode trazer respostas importantes sobre os custos destinados aos atendimentos gerados pelos acidentes de trabalho no Brasil.

Nesse encaminhamento, o presente estudo tem a missão de buscar nas publicações acadêmicas informações e dados relevantes sobre a destinação de

recursos para que o SUS possa atender as demandas de acidentes vivenciados pelos trabalhadores brasileiros e, assim, compreender melhor o custo de cada atendimento e os impactos no financiamento público.

1.2 Problema de Pesquisa

O que a literatura científica revela sobre os custos dos atendimentos de acidentes de trabalho no Sistema Único de Saúde e suas implicações para a gestão?

1.3 Justificativa

A pesquisadora, com uma década de experiência dedicada à saúde do trabalhador no âmbito do SUS, tem notado uma incidência de acidentes de trabalho ocorridos nos municípios brasileiros. Isso pode ser comprovado diante das informações que constam no Observatório de Segurança e Saúde do Ministério Público do Trabalho que apontam os seguintes dados: no ano de 2022 ocorreram 717.551 acidentes de trabalho notificados no Brasil (Brasil, 2023a). Já em 2023, ocorreram 778.700 acidentes de trabalho notificados no Brasil (Brasil, 2025). Outro fator que chamou atenção foi que no ano de 2019 o custo de hospitalização de acidente de trabalho no Brasil foi de R\$87.423.101 (Lopes, Emanuel, Maciel, 2021).

Considerando, ainda, que entre os anos de 2012 a 2024 foram registrados 8,8 milhões de acidentes de trabalho no Brasil de trabalhadores com carteira assinada, dos quais 32 mil foram a óbito. Outro dado relevante refere-se aos acidentes de trabalho com adolescentes de 14 a 17 anos, nesse mesmo período foram registrados 37,2 mil acidentes de trabalho (Brasil, 2025).

De acordo com Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), a cada 3,5 horas ocorre um acidente de trabalho com óbito no Brasil (Brasil, 2025). Parte desses acidentes são atendidos pelo SUS, e a análise desses dados financeiros, incluindo custo direto e custo indireto, dos atendimentos revela, através de uma fração desses acidentes, o impacto financeiro sobre os cofres públicos, sem contar as consequências para a qualidade de vida desses indivíduos.

Muitos desses acidentes são atendidos pelo SUS e notificados por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Esses números

destacam a relevância de examinar de forma detalhada os custos associados aos atendimentos de acidentes de trabalho, principalmente após a Emenda Constitucional nº 95 de 2016, que congela investimentos em Saúde, Educação e outras áreas sociais até 2036, o que acendeu um alerta para encontrar uma saída diante da depreciação de receitas (Lopes, Emanuel, Maciel, 2021). Diante do conflito de lei, onde uma prevê que o estado deve garantir a saúde e a outra congela o investimento em saúde, foi mais um elemento para justificar a realização deste estudo.

Ao explorar o custo dos acidentes de trabalho atendidos pelo SUS, este estudo não só proporciona uma compreensão do impacto financeiro desses acidentes, mas, também, a partir da organização das informações disponíveis na literatura, auxilia na formulação de novas pesquisas ou, até mesmo, para a elaboração de estratégias de prevenção mais robustas e eficazes. Isso não apenas fortalece o compromisso do SUS em proteger a saúde dos trabalhadores, mas também contribui para a construção de uma sociedade mais saudável, produtiva e resiliente, em consonância com os ideais delineados na Constituição de 1988 (Brasil, 1988).

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo Geral

Analisar, a partir da literatura científica, as evidências disponíveis sobre os custos dos atendimentos de acidentes de trabalho no Sistema Único de Saúde e suas repercussões para a gestão em saúde.

1.4.2 Objetivo Específico

- 1) Identificar na literatura científica os principais tipos de custos relacionados aos atendimentos de acidentes de trabalho no SUS.
- 2) Revisar estudos que estimam ou discutem o impacto econômico desses atendimentos para a gestão do Sistema Público de Saúde.
- 3) Sintetizar recomendações e estratégias apontadas na literatura para redução de custos para o SUS em decorrência de acidentes de trabalho.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

O presente capítulo tem como objetivo apresentar os fundamentos teóricos que embasam este estudo. Sendo assim, está organizado a partir dos seguintes tópicos: SUS, Financiamento, Sistemas de informação de Saúde do SUS, CEREST, Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, Previdência Social, Emenda Constitucional n° 95 de 2016, Acidente de trabalho e Custos Hospitalares.

2.1 SUS

A Reforma Sanitária Brasileira, liderada por Jairnilson Silva Paim e outros profissionais de saúde na década de 1980, desempenhou um papel fundamental na transformação do sistema de saúde do Brasil. Seu principal objetivo era a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que finalmente se concretizou com a promulgação da Constituição de 1988 (Paim, 2008).

Esse movimento reformista representou uma mudança profunda na maneira como o país abordava a saúde. Ele reconheceu a saúde como um direito fundamental de todos os cidadãos, estabelecendo as bases para um sistema de saúde público e universal, o SUS, que se tornou uma referência global em políticas de saúde. Essa transformação teve impactos significativos na prestação de serviços de saúde no Brasil, marcando um avanço rumo à igualdade no acesso aos cuidados de saúde (Paim, 2008).

Na sequência, a Lei 8080, também conhecida como Lei Orgânica da Saúde, é uma legislação brasileira que foi promulgada em 19 de setembro de 1990. Ela estabelece as bases do Sistema Único de Saúde no Brasil, o SUS, e define diretrizes para a organização, o funcionamento e o financiamento do sistema de saúde pública no país (Aguiar, 2015).

Essa lei complementa os princípios e as disposições da Constituição Federal de 1988, que reconheceu a saúde como um direito fundamental de todos os cidadãos e determinou a criação do SUS como uma forma de garantir o acesso universal, igualitário e integral à assistência à saúde. Portanto, a Lei 8080/90 desempenha um papel crucial na operacionalização dos princípios constitucionais relacionados à saúde pública no Brasil (Aguiar, 2015).

A Lei Orgânica da Saúde estabelece os princípios fundamentais que norteiam

o SUS, como a universalidade, a integralidade, a equidade, a descentralização e a gestão compartilhada entre as três esferas de governo, ou seja, a União, os estados e os municípios. Cada uma dessas esferas tem responsabilidades específicas na organização e no financiamento do sistema de saúde (Brasil, 1990). Tendo como objetivo a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde, a formulação de política de saúde e a assistência às pessoas através de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (Brasil, 1990). Dessa forma:

No artigo 6º desta lei está definido como campo de atuação do SUS um conjunto de serviço e ações de saúde que abrangem a execução de ações de vigilância em saúde, incluindo a vigilância sanitária, epidemiológica e de saúde do trabalhador consta que dentre as ações de vigilância em saúde (Aguiar, 2015, p. 59).

A organização dos serviços de saúde no SUS é estruturada em uma rede hierarquizada, composta por três níveis de atenção: atenção primária, atenção secundária e atenção terciária (Brasil, 2022a). A atenção primária atua como porta de entrada preferencial para os usuários, sendo responsável pela maioria das demandas de saúde, incluindo prevenção, promoção e cuidados básicos. Quando necessário, os casos são encaminhados para os níveis secundário e terciário, que oferecem serviços especializados e de maior complexidade. Essa estrutura visa garantir a integralidade do cuidado, a continuidade do atendimento e a eficiência na utilização dos recursos disponíveis. A rede deve ser financiada pelas três esferas de governo para que possam ofertar serviços de qualidade a toda a população, como se vê na sequência.

2.1.1 Financiamento do SUS

Para o desenvolvimento dos serviços e ações é necessário o financiamento proveniente de todos os entes federados. Sendo assim, o financiamento do SUS envolve diversas fontes de recursos, incluindo recursos da União, dos estados e dos municípios, e de fontes suplementares. Para garantir a adequada alocação de recursos, o “orçamento é elaborado com a participação dos órgãos responsáveis pela saúde, previdência e assistência social e leva em consideração as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentária” (Aguiar, 2015, p.75).

Uma parte dos recursos do SUS é transferida entre os entes federativos (União, estados e municípios), por meio do Fundo Nacional de Saúde (FNS). Isso é feito com base em critérios de distribuição que consideram a população e a complexidade das ações de saúde (Brasil, 1990).

Esses recursos são essenciais para o funcionamento do sistema de saúde em todos os níveis. Para assegurar que esses recursos sejam utilizados de maneira adequada e de acordo com as diretrizes do SUS, cada ente federativo mantém um Fundo de Saúde que é utilizado para gerenciar os recursos destinados à saúde e garantir sua aplicação de acordo com as normas do SUS (Brasil, 1990).

A Emenda Constitucional (EC 29), estabeleceu que estados e municípios devem destinar uma porcentagem mínima de suas receitas para a saúde, “os estados devem disponibilizar 12% e os municípios, 15% de suas receitas” já para União será baseada no Produto Interno Bruto (PIB) (Aguiar, 2015).

No entanto, um ponto de mudança ocorreu com a promulgação da Emenda Constitucional 95 (EC 95), também conhecida como "Teto dos Gastos" ou "Novo Regime Fiscal", em 15 de dezembro de 2016. Esta emenda estabelece um limite para o crescimento dos gastos públicos federais pelos próximos 20 anos. O teto é corrigido anualmente pela inflação do ano anterior, medida pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA). A emenda prevê revisões a cada quatro anos para avaliar a necessidade de ajustes no teto de gastos, considerando a evolução da economia e das despesas públicas (Brasil, 2016).

O teto de gastos abrange despesas primárias, que incluem gastos com saúde, educação, previdência social, assistência social, entre outros. No entanto, certas despesas, como salários de servidores e transferências constitucionais para estados e municípios, ficaram de fora do limite (Brasil, 2016).

É importante destacar que as despesas primárias relacionadas com saúde e educação, além de não estarem sujeitas a um teto, receberam um piso constante em termos reais no Novo Regime Fiscal. Foi determinado que as aplicações mínimas destas áreas fossem mantidas constantes em termos reais, com valores dados pelas aplicações mínimas do ano imediatamente anterior ajustadas pelo IPCA (Saraiva *et al*, 2023, p.4).

A EC 95 gerou preocupações devido ao possível impacto nos investimentos em áreas, como saúde e educação, uma vez que essas áreas têm demandas crescentes e precisam de recursos adicionais para atender às necessidades da

população (Brasil, 2016).

o aumento populacional e alteração no perfil demográfico e epidemiológico, com expressivo aumento da população idosa, haverá significativo aumento dos gastos necessários a área da saúde no Brasil. É estimado que nesta nova realidade, será exigido um aumento em cerca de 37% (trinta e sete por cento) dos gastos com atenção à saúde, o que se contrasta com a medida tomada pelo governo com a EC nº 95/2016, onde há o congelamento dos gastos com saúde por 20 anos, sofrendo apenas uma atualização defasada baseada no IPCA (Nunes, Abilio, 2019, p.247).

Outra medida importante foi a proibição do governo de contrair dívidas para financiar despesas correntes. A EC 95 permite a suspensão temporária dessa regra mediante autorização legislativa em casos específicos (Brasil, 2016).

A Emenda Constitucional 95 foi implementada como uma resposta à crise fiscal do Brasil e à necessidade de controlar o aumento das despesas públicas. No entanto, ela gerou debates e controvérsias sobre seus impactos nas áreas sociais e nos investimentos em serviços públicos essenciais. Seu impacto e eficácia continuam sendo objeto de discussão e análise no país (Brasil, 2016).

O SUS tem passado por várias restrições e desafios enfrentados ao longo de seus 25 anos de existência, onde no ano de 1993 a previdência parou de repassar recursos para o SUS (Mendes, 2013). Com a criação do Fundo de Estabilização Fiscal 20% da arrecadação das contribuições sociais foram desviados de sua finalidade original. Apesar da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF) em 1997 ser uma fonte exclusiva para saúde, não aumentou os recursos (Mendes, 2013).

Mendes (2013, p 988) deixa claro os desafios que o SUS enfrenta, referente ao seu financiamento, pois no ano de:

1995, o governo federal gastou com ações e serviços de saúde o equivalente a 1,75% do PIB; passados 17 anos (2012), essa proporção praticamente se manteve. Os gastos federais com ações e serviços públicos de saúde diminuíram em relação à Receita Corrente Bruta da União. Em 1995, representavam 11,7% dessa receita, em 2011, registravam apenas 7,5% da mesma base. O montante de recursos perdidos durante os anos 2000 registrou aproximadamente R\$ 180 bilhões, quando comparado com a indexação à receita corrente bruta e à variação do PIB nominal.

O governo federal continua alegando um aumento nos investimentos em saúde que entre 2003 a 2011, houve um aumento de 66% no gasto per capita. No entanto, omite o fato de que o gasto per capita em saúde foi o mais baixo em 2003,

comparado aos anos de 1995 a 2011 (Mendes, 2013). Esses impactos financeiros impactam, inclusive na implementação de sistemas de informação no SUS, como se vê na sequência.

2.1.2 Sistemas de Informação de Saúde do SUS

Os sistemas de informação podem ser compreendidos, de forma ampla, como um conjunto estruturado de elementos, dados, processos, pessoas e tecnologias, que interagem de maneira organizada para coletar, processar, armazenar e disseminar informações relevantes, a fim de apoiar processos de decisão, planejamento e gestão em diferentes contextos organizacionais (Jacobsen, 2009). Nesse sentido, o sistema de informação não se limita ao aspecto tecnológico, mas integra componentes humanos, administrativos e sociais que dão significado às informações geradas. Constituem ferramentas essenciais para o planejamento, monitoramento e avaliação das ações de saúde pública, pois permitem integrar dados epidemiológicos, assistenciais e administrativos, favorecendo a tomada de decisões baseadas em evidências e a gestão eficiente dos recursos disponíveis (Brasil, 2021).

No campo da saúde, os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) representam instrumentos fundamentais para a consolidação da vigilância em saúde, do planejamento e da avaliação de políticas públicas. Tais sistemas reúnem dados relacionados ao perfil epidemiológico, morbimortalidade, recursos de saúde e desempenho das unidades, permitindo não apenas a gestão administrativa, mas, também, a formulação de intervenções baseadas em evidências (Brasil, 2021). Entre suas principais funções estão: monitorar a situação de saúde da população; registrar nascimentos, óbitos e agravos; acompanhar atendimentos hospitalares e ambulatoriais; além de oferecer suporte à pesquisa e ao controle de doenças (Brasil, 2023a).

A importância dos SIS para a saúde pública está diretamente relacionada à possibilidade de reduzir desigualdades, melhorar a eficiência no uso de recursos e oferecer maior transparência e responsabilidade na gestão do SUS. Sem informações confiáveis e integradas, o processo de tomada de decisão tende a ser comprometido, resultando em políticas menos eficazes e de menor capacidade de resposta diante de emergências sanitárias (Galdino, Santana, Ferrite, 2019).

No Brasil, o SUS possui diferentes sistemas de informação que se complementam, entre eles: o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), o Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), o Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS), o Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS), o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), o e-SUS Atenção Básica e o DATASUS, que centraliza e disponibiliza dados em saúde (Brasil, 2023b).

Especificamente no contexto dos acidentes de trabalho, destacam-se alguns sistemas essenciais: o SINAN, que contempla a notificação de acidentes de trabalho graves e de exposição a material biológico; o SIM, que registra os óbitos relacionados a esses eventos; o SIH/SUS, que armazena informações sobre internações hospitalares decorrentes de acidentes; e o Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), que monitora casos atendidos nos serviços de urgência e emergência (Galdino, Santana, Ferrite, 2019; Santos Júnior, Fischer, 2023). Além desses, também há registros complementares oriundos de sistemas vinculados à Previdência Social, como o Sistema de Comunicação de Acidentes de Trabalho (SISCAT), evidenciando a necessidade de integração entre saúde, previdência e trabalho (Brasil, 2022b).

Apesar dos avanços, ainda existem desafios significativos, como o sub-registro, a baixa qualidade de dados e a fragmentação entre sistemas, fatores que comprometem a visibilidade real da magnitude dos acidentes de trabalho no país (Galdino, Santana, Ferrite, 2019). Dessa forma, investir na melhoria, padronização e integração dos sistemas de informação é estratégico para fortalecer as políticas de saúde do trabalhador e reduzir os impactos sociais e econômicos dos acidentes.

2.1.3 Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora

Com a necessidade de definir os princípios, as diretrizes e as estratégias referentes à saúde do trabalhador, foi instituída a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT). A PNSTT é um conjunto de diretrizes, princípios e ações destinadas a promover a saúde e a segurança dos trabalhadores no Brasil (Brasil, 2012).

Sendo que o objetivo principal da referida política é promover a saúde e

qualidade de vida dos trabalhadores, prevenindo acidentes de trabalho, doenças ocupacionais e melhorando as condições de trabalho em todo o país. Preconiza uma abordagem integral da saúde do trabalhador, considerando aspectos físicos, mentais e sociais, e não apenas as doenças relacionadas ao trabalho (Brasil, 2012).

A PNSTT foi estabelecida, também, com o objetivo de definir os princípios, diretrizes e estratégias a serem seguidas pelas três esferas de gestão do SUS. Seus propósitos incluem o fortalecimento da Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT), a promoção de ambientes e processos de trabalho saudáveis, a garantia da abordagem integral na assistência à saúde dos trabalhadores, a concepção da saúde do trabalhador como uma dimensão interdisciplinar, o reconhecimento do trabalho como um fator determinante no processo de saúde-doença tanto individual quanto coletivo, e a garantia da qualidade na prestação de serviços de saúde aos trabalhadores que são usuários do SUS (Pichek- Barros *et al*, 2019).

Dessa maneira, a PNSTT promove a vigilância em saúde do trabalhador, incluindo a coleta de dados sobre acidentes e doenças ocupacionais, a investigação de surtos e a identificação de fatores de risco no ambiente de trabalho. Ela considera a importância da reabilitação e da reinserção de trabalhadores que sofreram acidentes ou desenvolveram doenças ocupacionais, permitindo que voltem ao trabalho com segurança. Está alinhada com as Normas Regulamentadoras (NRs) do Ministério do Trabalho, que estabelecem requisitos de segurança e saúde no trabalho. Promove a integração das ações de saúde do trabalhador em todos os níveis de atenção à saúde, desde a atenção primária até a atenção especializada (Brasil, 2012).

Também prevê a estruturação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e as atribuições do CEREST sendo de suporte técnico, dar apoio matricial e atuar como centro articulador e organizador das ações intra e intersetoriais de saúde do trabalhador (Brasil, 2012).

2.1.4 Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST)

As transformações no cenário social e político brasileiro nas décadas de 1980 e 1990, em conexão com a Reforma Sanitária, desempenharam um papel de relevância nas sugestões para reformular as políticas de saúde no contexto das interações com o mundo do trabalho. Consequentemente, houve a incorporação da

Saúde do Trabalhador como um componente integral da saúde pública, atribuindo ao Sistema Único de Saúde (SUS) a responsabilidade legal nesse setor (Jacques, 2009).

Com a Constituição Federal de 1988 e a Lei Orgânica da Saúde, a Saúde do Trabalhador foi oficialmente estabelecida como uma política de saúde e se consolidou por meio da criação de uma área específica no Ministério da Saúde. A Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador (CGSAT) passou a coordenar as iniciativas relacionadas à Saúde do Trabalhador em colaboração com os três níveis de administração do SUS (federal, estadual e municipal), assumindo a responsabilidade pela elaboração e formulação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador (PNST), tendo como meta (Jacques, 2009).

a construção da atenção integral, equânime e universal à saúde dos trabalhadores, definindo um modelo estruturado em redes e que dê visibilidade à problemática das relações entre saúde e trabalho. Nessa linha, com o objetivo de articular ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde dos trabalhadores urbanos e rurais, independente do vínculo empregatício e do tipo de inserção no mercado de trabalho, cria-se a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) através da Portaria do Ministério da Saúde de nº 1.679, em setembro de 2002 (Jacques, 2009, p.1).

A Portaria GM Nº 1679 de 19 de setembro de 2002 institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e a estruturação da rede nacional de atenção integral à saúde do trabalhador no SUS, através da implantação dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) (Brasil, 2002).

O CEREST tem um papel estratégico na garantia do direito fundamental à saúde dos trabalhadores artigo 6º da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 : a saúde é um direito social e é pela eficiente formulação e execução do seu conjunto de ações que o mesmo desempenha sua tarefa desafiadora na operacionalização das políticas públicas de saúde do trabalhador (Neiverth, 2017). Sendo que o objetivo principal do CEREST é o de contribuir para a efetivação das ações de Saúde do Trabalhador no SUS (Jacques, 2009).

Na qualidade de centro responsável pela execução das ações da RENAST, o CEREST tem a responsabilidade de promover a disseminação da cultura especializada em saúde do trabalhador em sua ampla área de atuação. O sucesso de sua atuação é um fator determinante para a plena implementação das políticas

públicas de saúde voltadas para os trabalhadores (Neiverth, 2017, p.18).

Tendo como objetivo fornecer assistência técnica e científica no campo da saúde do trabalhador, enfatizando a disseminação desse conhecimento, que está relacionado à interseção entre o processo de trabalho, saúde e doença. Além disso, ele desempenha um papel de coordenação junto a outros serviços do SUS, oferecendo orientação e suporte para garantir atendimento abrangente e hierarquizado aos problemas de saúde ligados ao trabalho em todos os níveis de cuidado do SUS. Esse suporte envolve atividades como supervisão da rede de serviços do SUS e contribuições para intervenções especializadas, incluindo vigilância e desenvolvimento de recursos humanos (Neiverth, 2017).

2.2 Seguridade Social

A seguridade social no Brasil é definida pela Constituição Federal de 1988 como um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social. Esse sistema visa garantir a cobertura e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como a proteção social no âmbito da previdência e assistência social. A seguridade social é estruturada com base nos princípios da universalidade da cobertura e do atendimento, da uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais, da seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços, da irredutibilidade do valor dos benefícios, da equidade na forma de participação no custeio, da diversidade da base de financiamento e da participação da comunidade na gestão do sistema. Esses princípios visam assegurar que a seguridade social seja efetiva e justa para todos os cidadãos, independentemente de sua condição social ou econômica (Marques, Pierdoná, 2024).

Sendo assim, a Seguridade Social no Brasil constitui-se em um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social. Está prevista no artigo 194 da Constituição Federal de 1988, que estabelece que: “A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à

saúde, à previdência e à assistência social” (Brasil, 1988).

De acordo com Marques e Pierdoná (2024), a seguridade social no Brasil é composta por três áreas principais: saúde, previdência e assistência social. Cada uma dessas áreas possui características e objetivos específicos, mas todas compartilham o propósito de promover o bem-estar e a dignidade humana. A saúde é voltada para a promoção, proteção e recuperação da saúde, sendo organizada de forma descentralizada, com a participação da comunidade. A previdência social tem como objetivo assegurar aos trabalhadores e seus dependentes meios de subsistência em casos de incapacidade, idade avançada, morte ou outros eventos que resultem em perda da capacidade de trabalho. Já a assistência social destina-se a proteger os indivíduos e famílias em situação de vulnerabilidade social, sem a exigência de contribuição prévia. Essas áreas são interdependentes e devem atuar de forma coordenada para garantir a efetividade da seguridade social, conforme estabelecido na Constituição Federal.

Conforme Horvath Júnior e Santos (2020), o sistema de seguridade social no Brasil, conforme delineado pela Constituição Federal de 1988, configura-se como um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social. Esse sistema visa garantir a cobertura e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como a proteção social no âmbito da previdência e assistência social. A seguridade social é estruturada com base nos princípios da universalidade da cobertura e do atendimento, da uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais, da seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços, da irredutibilidade do valor dos benefícios, da equidade na forma de participação no custeio, da diversidade da base de financiamento e da participação da comunidade na gestão do sistema. Esses princípios visam assegurar que a seguridade social seja efetiva e justa para todos os cidadãos, independentemente de sua condição social ou econômica.

Segundo o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Brasil, 2025), a seguridade social é sustentada por princípios como a universalidade da cobertura, a uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais, a seletividade e distributividade na prestação dos benefícios, e a equidade no custeio. Além disso, sua gestão deve ser democrática e descentralizada,

assegurando a participação dos trabalhadores, empregadores e do governo.

Para Giambiagi e Além (2011), o modelo brasileiro de seguridade social é uma das bases do Estado de bem-estar social no país, mas enfrenta desafios financeiros significativos devido ao envelhecimento populacional e ao aumento das demandas por benefícios. Já Boschetti (2018) destaca que a seguridade social é mais do que um mecanismo de proteção econômica: trata-se de uma política pública de cidadania, orientada para a redução das desigualdades sociais e a promoção da dignidade humana.

No campo da saúde, o SUS é o principal instrumento de efetivação do direito universal à atenção integral e equitativa. A previdência social, por sua vez, possui caráter contributivo e visa garantir renda ao trabalhador em situações de incapacidade, desemprego, velhice ou morte. Já a assistência social atua de forma não contributiva, oferecendo proteção às pessoas em situação de vulnerabilidade. Conforme Pochmann (2021), a integração entre essas três áreas é essencial para garantir o bem-estar coletivo e reduzir os efeitos das crises econômicas sobre a população mais pobre.

A seguridade social no Brasil constitui-se em um conjunto de ações integradas, organizadas pelo Estado e pela sociedade, com o objetivo de assegurar direitos fundamentais relacionados à saúde, à previdência social e à assistência social. Instituída na Constituição Federal de 1988, no artigo 194, ela é definida como “um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinados a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (Brasil, 2025, s.p).

Para Machado (2019), a seguridade social no Brasil é estruturada como um sistema integrado que visa garantir direitos fundamentais relacionados à saúde, à previdência e à assistência social. Diferentemente de modelos baseados em seguros, onde o acesso aos benefícios depende de contribuições prévias, o sistema brasileiro adota uma abordagem universalista, assegurando proteção a todos os cidadãos, independentemente de sua capacidade contributiva. Esse modelo busca promover uma sociedade mais justa e solidária, alinhando-se aos princípios constitucionais que visam erradicar a pobreza, reduzir desigualdades e promover o bem-estar coletivo.

A seguridade social tem como princípios a universalidade da cobertura, a uniformidade entre populações urbana e rural, a seletividade e distributividade na

prestação de benefícios, a equidade no custeio e a diversidade da base de financiamento. Além disso, sua gestão deve ser democrática e descentralizada, contando com a participação de trabalhadores, empregadores, aposentados e governo (Brasil, 2025).

No campo da saúde, a seguridade garante o direito universal ao acesso a serviços de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação. O SUS concretiza esse direito por meio de ações que incluem a atenção básica, a média e a alta complexidade, bem como vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental. O acesso é garantido de forma gratuita e independe de contribuição prévia, sendo um benefício não monetário que assegura serviços e insumos essenciais, como consultas, internações, vacinas e medicamentos (Brasil, 2025).

Horvath Júnior e Santos (2020), abordam a saúde como um dos pilares fundamentais da seguridade social no Brasil. Ele destaca que a saúde, dentro desse sistema, é entendida como um direito social essencial e deve ser garantida por meio de ações integradas que promovam a proteção, a promoção e a recuperação da saúde da população. O sistema de saúde brasileiro é estruturado para assegurar acesso universal, igualitário e integral aos serviços, contando com a participação tanto do Estado quanto da sociedade, conforme os princípios constitucionais da universalidade, integralidade e participação social.

A previdência social, por sua vez, é organizada de forma contributiva, de modo que trabalhadores e empregadores financiam o sistema para garantir proteção diante de contingências como doença, invalidez, maternidade, desemprego involuntário, idade avançada ou morte. Entre os principais benefícios previdenciários estão as aposentadorias, pensões, auxílio-doença, auxílio-acidente e salário-maternidade. Diferentemente da saúde, que é universal, a previdência depende da contribuição ao sistema, sendo caracterizada como um benefício monetário (Brasil, 2025).

Já a assistência social destina-se àqueles que se encontram em situação de vulnerabilidade, independentemente de contribuição. Ela busca assegurar mínimos sociais e promover inclusão, por meio de benefícios e serviços como o Benefício de Prestação Continuada (BPC), os programas socioassistenciais, a proteção à infância, ao idoso e às pessoas com deficiência. Sua atuação é realizada principalmente através da rede de proteção social básica e especial, como os Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) e Centros de Referência

Especializados de Assistência Social (CREAS) (Brasil, 2025).

Nesse contexto, a assistência social é apresentada como um dos três pilares da seguridade social no Brasil, com foco na proteção das pessoas em situação de vulnerabilidade e risco social. Diferentemente da saúde e da previdência, a assistência social não exige contribuição prévia dos beneficiários, sendo um direito de todos que dela necessitam, conforme previsto na Constituição Federal. O texto enfatiza que a assistência social atua para garantir a proteção mínima indispensável, promovendo a inclusão social, a cidadania e a dignidade humana, especialmente para aqueles que estão em situação de pobreza, exclusão ou risco (Horvath Júnior, Santos, 2020).

Embora cada componente tenha objetivos e mecanismos próprios, a efetividade da seguridade social depende da articulação entre saúde, previdência e assistência. A exemplo disso, um trabalhador que sofre acidente de trabalho pode acessar o sistema de saúde para tratamento, a previdência para benefícios temporários ou permanentes, e, em casos de maior vulnerabilidade, a assistência social. Essa integração é essencial para garantir proteção ampla e efetiva (Brasil, 1988).

Contudo, a operacionalização da seguridade enfrenta desafios como subfinanciamento, desigualdade regional, envelhecimento populacional e aumento da demanda por benefícios. Ainda assim, ela permanece como um dos pilares da cidadania no Brasil, sendo instrumento central de justiça social e inclusão (Brasil, 2025). Nesse encaminhamento, Horvath Júnior e Santos (2020) apontam diversos desafios para a seguridade social no Brasil, destacando a complexidade de garantir a universalidade e a integralidade dos serviços em um contexto de limitações orçamentárias e desigualdades regionais. Um dos principais desafios é conciliar a ampla cobertura prevista na Constituição com a efetiva capacidade financeira do Estado, especialmente diante de crises econômicas e restrições fiscais que podem comprometer a sustentabilidade dos sistemas de saúde, previdência e assistência social.

Além disso, os referidos autores ressaltam a dificuldade de articular a participação da sociedade civil e do setor privado de forma equilibrada, conforme o princípio da subsidiariedade, garantindo que o Estado não abdique de sua responsabilidade, mas também promova a colaboração eficaz entre os diferentes atores sociais. Outro desafio importante é o fortalecimento da gestão

descentralizada, que deve ser capaz de responder às demandas locais sem perder a coerência e a eficiência do sistema como um todo. Esses fatores colocam em evidência a necessidade de políticas públicas integradas e inovadoras para preservar e expandir os direitos sociais assegurados pela seguridade social.

Já para Machado (2019), a seguridade social enfrenta desafios significativos, especialmente diante de propostas de reformas que visam reconfigurar ou até mesmo reduzir a abrangência do sistema. Tais propostas podem comprometer a universalidade e a equidade do acesso aos direitos sociais, colocando em risco os avanços conquistados nas últimas décadas. A manutenção e o fortalecimento da seguridade social exigem um compromisso contínuo com a solidariedade social e a garantia de direitos, fundamentais para a construção de uma sociedade mais inclusiva e igualitária.

2.3 Acidente de Trabalho

A Lei 8.213/1991 define que o acidente de trabalho é aquele que ocorre durante o exercício do trabalho a serviço da empresa ou dos segurados mencionados na legislação, resultando em lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte ou a perda, temporária ou permanente, da capacidade para o trabalho (Brasil, 1991).

É importante observar que os acidentes são eventos imprevistos, e suas causas podem envolver fatores sincrônicos e diacrônicos. A origem etimológica do termo "acidente" refere-se a eventos não planejados, fortuitos e imprevistos, muitas vezes associados a algo prejudicial e aleatório que causa danos. Historicamente, até meados do século XVIII, os acidentes eram interpretados como manifestações divinas, com catástrofes sendo vistas como vontade dos deuses. No entanto, após o terremoto de Lisboa em 1755, a ideia de acidentes passou a ser associada também a condições naturais, marcando uma mudança significativa na percepção social desses eventos (Areosa, Dwyer, 2019).

O acidente de trabalho é, entre as enfermidades que podem ser adquiridas no ambiente de trabalho, a principal fonte de vulnerabilidade à saúde dos trabalhadores, conforme respaldado pela Lei n.º 8.213/91, que regula os Planos de Benefícios da Previdência Social. Através da definição de acidente de trabalho estabelecida no artigo 193, juntamente com seus incisos subsequentes, também são

delineadas responsabilidades e procedimentos a serem seguidos a partir do momento de sua ocorrência. Isso estabelece padrões para o reconhecimento de outras causas que podem dar origem a direitos a esses benefícios (Portaluppi, Schilling, Ribeiro, 2023).

Quando se considera que os acidentes de trabalho são uma consequência do avanço tecnológico e dos processos de industrialização, então, a responsabilidade pelos acidentes não deve ser atribuída aos empregadores, mas sim à ciência, à técnica e ao progresso. Embora essa afirmação possa ser controversa, é possível argumentar que essa perspectiva possui alguma validade (Areosa; Dwyer, 2019).

Devido à sua capacidade potencial de causar fatalidades ou incapacitações e afetar principalmente indivíduos em idade produtiva, os acidentes de trabalho têm consequências sociais e econômicas particularmente impactantes na vida dos trabalhadores (Genezini, 2023).

Os acidentes de trabalho no Brasil são classificados em: acidentes típicos, acidentes de trajeto (Duarte, 2017). Essa classificação permite identificar os setores mais vulneráveis, como construção civil, transporte e saúde, e adotar medidas específicas para cada tipo de acidente (Santos, Pereira, 2019).

Os impactos desses acidentes são profundos, afetando diretamente a qualidade de vida dos trabalhadores, que podem sofrer desde lesões temporárias até incapacidades permanentes (Oliveira *et al*, 2020). Além disso, há repercussões econômicas significativas, com perdas de produtividade e aumento de custos para o SUS e previdência social (Lopes, Emanuel, Maciel, 2021). Tais consequências evidenciam a necessidade de políticas públicas eficazes que promovam a prevenção, a educação em segurança no trabalho e a fiscalização rigorosa, visando reduzir a incidência de acidentes e melhorar as condições laborais no país (Marinho, 2016).

2.4 Custos

O conceito de custo pode ser compreendido como o valor dos recursos consumidos na produção de bens ou na prestação de serviços, mensurado de forma monetária. Martins (2010) destaca que o custo representa o gasto relacionado a um bem ou serviço utilizado na produção de outros bens ou serviços, evidenciando a necessidade de registrar e controlar tais gastos para uma gestão eficiente. De forma

complementar, Padoveze (2013) entende o custo como o consumo de recursos necessários à produção, reforçando a importância da mensuração contábil para orientar decisões gerenciais e promover o uso racional dos insumos disponíveis.

Além disso, a literatura evidencia que o custo não se restringe apenas à produção física, mas também inclui gastos aplicados na execução de serviços e na operação organizacional. Machado (2018) enfatiza que os custos são elementos fundamentais para a controladoria e gestão financeira, pois permitem avaliar a eficiência do uso de recursos e subsidiar decisões estratégicas. De maneira semelhante, Wernke (2008) conceitua o custo como o conjunto de gastos associados à transformação de insumos em produtos ou serviços, destacando a função gerencial do conceito como instrumento de planejamento e controle. Assim, diferentes autores convergem ao reconhecer o custo como componente essencial para a análise econômica e a tomada de decisão dentro das organizações.

Nessa perspectiva, os custos podem ser classificados quanto à apropriação e quanto ao comportamento. Em relação à apropriação, os custos diretos são aqueles que podem ser identificados de forma clara e imediata com o objeto de custo analisado, enquanto os custos indiretos são aqueles que não podem ser facilmente atribuídos ou identificados diretamente ao objeto de custo em questão. Já quanto ao comportamento, os custos variáveis são aqueles cujo valor total se altera proporcionalmente às variações no nível de atividade, ao passo que os custos fixos correspondem àqueles cujo valor total permanece constante, independentemente das mudanças no nível de atividade (Silva *et al*, 2007).

Nesta mesma linha de classificação Safanelli (2018) afirma que, os custos podem ser categorizados em diferentes tipos, incluindo custos diretos, custos indiretos, custos fixos e custos variáveis. Além disso, existem subclassificações adicionais que os dividem em custos evitáveis, inevitáveis, semifixos e semivariáveis. O custo direto é caracterizado quando é possível atribuir um custo específico diretamente a uma unidade, procedimento, atividade ou centro de custo, ou seja, é um custo que pode ser mensurado de forma objetiva e facilmente atribuído ao produto ou serviço prestado. Um exemplo disso na área da saúde seria o consumo de medicamentos.

Para Falk (2001, p.26), a distinção entre custos diretos e indiretos é um aspecto importante a ser considerado. "Os custos diretos são aqueles que têm uma associação clara e direta com o objeto de custo em questão". Geralmente, eles

estão sob o controle direto dos responsáveis pelos serviços ou departamentos relacionados. Em contrapartida, os custos indiretos são aqueles que não possuem uma ligação direta evidente com o objeto de custo, sendo mais difíceis de atribuir a um item ou serviço específico (Falk, 2001, p. 26).

No entanto, para Silva (2022), trata-se de custos necessários à execução de serviços, à produção de produtos ou destinados a centros de custos, porém que não podem ser atribuídos diretamente a unidades físicas específicas, sendo considerados genéricos. Dessa forma, o custo é classificado como indireto, pois pode ser utilizado em diferentes centros de custos, produtos ou serviços, sendo apropriado ou consumido de forma proporcional.

Em síntese, o custo representa o valor dos recursos consumidos na produção de bens ou serviços, desempenhando papel central na gestão, no planejamento e na tomada de decisão das organizações. Segundo os autores citados anteriormente, seja em sua forma direta ou indireta, variável ou fixa, o custo fornece informações essenciais para controlar gastos, avaliar a eficiência dos processos e subsidiar estratégias financeiras e operacionais. Assim, compreender os diferentes conceitos e classificações de custos é fundamental para que gestores e profissionais da contabilidade possam tomar decisões mais precisas e alinhadas aos objetivos organizacionais. Os conceitos e classificações referentes aos custos também são empregados na área da saúde, como se pode ver na sequência.

2.4.1. Custos em Saúde

No contexto da saúde, o custo pode ser entendido como o valor dos recursos consumidos na prestação de serviços de atenção à saúde, incluindo insumos, medicamentos, equipamentos, pessoal e infraestrutura. Esses custos são essenciais para mensurar e controlar os gastos das instituições de saúde, permitindo uma gestão mais eficiente dos recursos públicos ou privados. Dessa forma, os custos em saúde podem ser associados a diversos elementos, como procedimentos médicos específicos, categorias de pacientes, serviços prestados dentro do hospital, departamentos hospitalares ou mesmo a organização hospitalar como um todo. Essa diversidade de objetos de custo torna essencial a definição clara do que está sendo avaliado antes de iniciar qualquer contabilidade de custos (Falk, 2001).

Assim como na contabilidade tradicional, os custos em saúde podem ser

classificados em diretos e indiretos, variáveis e fixos, servindo como ferramenta para a tomada de decisões estratégicas, planejamento orçamentário e avaliação de eficiência dos serviços prestados. Os custos diretos hospitalares, por exemplo, compreendem em custo relacionados a pessoal, materiais de consumo, despesas gerais e serviços terceirizados. Por outro lado, os custos indiretos hospitalares englobam despesas como energia elétrica, água, esgoto, telefonia, entre outros (Safanelli, 2018).

Além disso, é necessário observar que os custos totais abrangem tanto os custos diretos quanto os custos indiretos. Eles podem ser subdivididos em dois grupos principais: custos fixos e custos variáveis. Os custos fixos não variam em relação ao número de pacientes atendidos ou ao volume de serviços prestados. Por outro lado, os custos variáveis estão diretamente relacionados ao volume de pacientes atendidos, ou seja, aumentam à medida que a demanda de serviços hospitalares cresce (Safanelli, 2018).

Portanto, compreender e gerenciar os custos hospitalares de forma eficaz é crucial para a tomada de decisões informadas e a otimização dos recursos dentro de uma instituição de saúde, garantindo um atendimento de qualidade aos pacientes (Safanelli, 2018). Isto porque, sabe-se que em um ambiente hospitalar os custos nunca serão perfeitos devido ao tipo de clientes, pois os mesmos são diferentes, seja por conta do gênero, da idade ou da resistência física e emocional de cada um (Falk, 2001).

No contexto da gestão de custos em ambientes hospitalares, a determinação do custo total é uma etapa fundamental. Isso é alcançado por meio da soma dos custos diretos e dos custos indiretos, independentemente da metodologia de apuração de custos que a instituição de saúde adote (Safanelli, 2018).

Uma abordagem comumente utilizada na saúde é o método de custeio por absorção, que também é conhecido como custeio integral. Esse método envolve a alocação de todos os custos indiretos à produção de bens ou serviços no contexto hospitalar. Inicialmente, os custos são identificados e categorizados como diretos ou indiretos. Posteriormente, esses custos são integrados aos produtos ou serviços durante o processo de produção, o que ajuda a determinar o custo real de atendimento médico (Safanelli, 2018).

Os métodos de custeio por absorção desdobram-se em duas abordagens específicas: o custeio por procedimento e o custeio por patologia ou paciente. O

custeio por procedimento abrange todos os recursos utilizados pelo paciente ao longo do atendimento médico. Enquanto isso, o custeio por patologia ou paciente engloba todos os custos associados ao tratamento das doenças, sendo necessário um sistema eficiente de custeio por absorção e procedimento, bem como a integração desse sistema por meio de códigos unificados para doenças e procedimentos (Safanelli, 2018).

Além disso, compreender os custos em saúde é fundamental para otimizar a alocação de recursos e garantir a sustentabilidade dos serviços, especialmente em contextos de escassez financeira ou demanda crescente. A análise adequada dos custos permite identificar áreas de maior consumo de recursos, subsidiar políticas de precificação de procedimentos e medicamentos, e orientar investimentos em tecnologia e capacitação de pessoal. Dessa forma, o estudo dos custos na saúde não apenas contribui para o controle financeiro, mas também para a melhoria da qualidade, equidade e acessibilidade dos serviços prestados à população (Silva *et al*, 2016).

3 METODOLOGIA

3.1 Caracterização da Pesquisa

Quanto a natureza, o presente estudo se enquadra como pesquisa básica, pois segundo Ávila-Pires (1987), pesquisas básicas são “aquelas que não anunciam uma perspectiva de aplicação imediata, giram freqüentemente em torno das restrições impostas pela limitação de recursos disponíveis e invocam a responsabilidade social do cientista”. Portanto, essa pesquisa busca acumular conhecimentos e informações que podem eventualmente levar a descobertas valiosas (Schwartzman, 1979).

O estudo possui uma abordagem qualitativa, pois segundo Minayo (2014), busca compreender os fenômenos através do contexto social, cultural e individual, valorizando a riqueza e complexidade das dimensões. Tendo em vista que, os custos gerados por acidentes de trabalho não são só números, mas, também, vidas e famílias que são impactadas e recorre a necessidade de intervenções sociais, políticas e econômicas.

Já quanto aos objetivos se classifica como descritiva, pois terá como “objetivo descrever um fenômeno ou situação em detalhe, permitindo abranger com clareza as características de um indivíduo, um grupo ou uma situação, bem como desvendar a relação entre os eventos” (Pedroso; Silva; Santos, 2018, s.p). Dessa forma, a pesquisa descritiva possibilita uma descrição efetiva dos impactos dos acidentes de trabalhos e seus custos para o SUS. Nesse tipo de pesquisa é realizado o estudo, a análise, o registro e a interpretação dos fatos sem a interferência do pesquisador, mas com o apoio do arcabouço teórico (Nunes, Nascimento, Alencar, 2016).

Quanto aos procedimentos, se caracteriza como bibliográfica do tipo narrativa. Para Minayo (2014) a pesquisa bibliográfica é aquela que realiza um levantamento de publicações científicas e, após coleta dos dados, produz uma análise crítica de um tema e, assim, posteriormente, podem ser utilizadas para embasar novas pesquisas ou tomadas de decisões institucionais. O tipo de pesquisa narrativa é aquela considerada mais simples, pois não utiliza critérios explícitos e sistemáticos para selecionar as publicações que são utilizadas. Segundo Goulart *et al* (2024, p. 18), “nessa revisão, a questão de pesquisa pode ser mais ampla ou pouco específica e abordar um tema de forma livre, sem rigor metodológico,

podendo estar sujeita a vieses”.

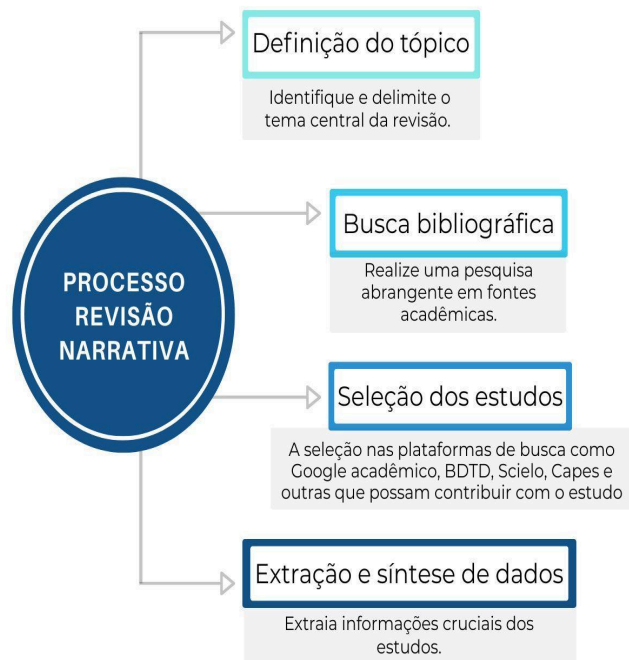
3.2 Recorte Temporal do Estudo

O recorte temporal deste estudo será de 2012 a 2025, isto se dá pela necessidade de contemplar a evolução dos dados e das publicações a partir da aprovação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, que ocorreu em 23 de agosto de 2012, até os mais atualizados de 2025. Dessa forma, considera-se um recorte suficiente para abranger estudos recentes, considerar mudanças nas tabelas de procedimentos do SUS, políticas de saúde do trabalhador e o impacto de marcos como as novas normas para o registro de ocorrências que envolvem os acidentes de trabalho no Brasil.

3.3 Procedimentos de Coleta de Dados

Para a coleta dos serão seguidas as etapas expostas na figura 1.

Figura 1: Etapas de coleta de dados.



Fonte: adaptado de Goulart *et al* (2024).

Segundo Goulart *et al* (2024, p. 34), o processo para realizar uma revisão narrativa, como descrito na Figura 1 é uma prática muito comum no meio acadêmico

e não atribuída a um único autor”. Porém, se mostra eficaz para responder problemas de pesquisa em que não apresenta elevado número de publicações.

Desta forma, na **primeira etapa**, que define a pergunta norteadora, estabeleceu-se a seguinte: **O que a literatura científica revela sobre os custos dos atendimentos de acidentes de trabalho no Sistema Único de Saúde e suas implicações para a gestão?**

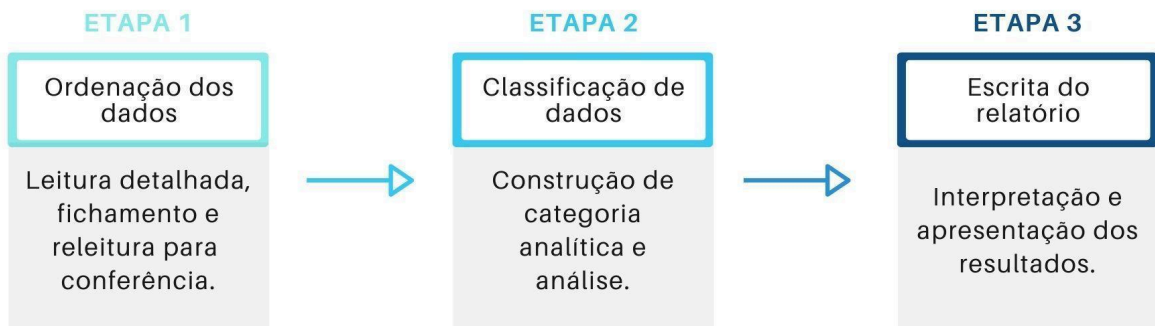
Na **segunda etapa**, por ser uma pesquisa bibliográfica do tipo narrativa, não se estabeleceu critérios fechados de plataformas ou descritores, no entanto foi observado o recorte temporal de 2012 a 2025.

Para a **terceira etapa**, utilizou-se para extração e síntese dos dados, após a leitura completa, o devido fichamento, conforme apêndice 1.

3.4 Análise dos Dados

Para a análise de dados foram seguidas as etapas conforme são mostradas na figura 2.

Figura 2 Análise dos dados.



Fonte: adaptado de Minayo (2014).

Para Minayo (2014), a análise temática é conhecida como uma metodologia que tem como objetivo identificar, analisar e interpretar padrões e significados e é muito utilizada em pesquisas qualitativas e pesquisas bibliográficas que analisam textos científicos.

Nesse encaminhamento, na **etapa 1** os dados foram organizados a partir da leitura detalhada, sendo que a classificação foi realizada mediante preenchimento do fichamento das publicações. Após, os materiais foram novamente lidos para

conferência de que realmente aquilo que interessava para responder o objetivo do estudo foram registrados.

Na **etapa 2**, os dados obtidos a partir do fichamento das publicações foram organizados e geraram categorias analíticas que foram exploradas nos resultados e discussões deste estudo. As categorias centrais analisadas foram as seguinte: tipos de custos (diretos e indiretos) relacionados aos atendimentos de acidentes de trabalho no SUS; impacto econômico dos atendimentos gerados por acidentes de trabalho para o sistema público de saúde, no caso, o SUS; recomendações e estratégias para a redução de custos para o SUS em decorrência de acidentes de trabalho.

Já na **etapa 3**, as categorias foram analisadas à luz do referencial teórico deste estudo e apresentadas, conforme capítulo 4, na sequência.

3.5 Ética na Pesquisa

O presente estudo dispensou a análise do comitê de ética por se tratar de uma pesquisa bibliográfica, conforme descrito no art. 1º Inciso 6 da resolução 510/2016 (Brasil, 2016). No entanto, foram tomados todos os cuidados necessários para assegurar a referência das citações utilizadas, para evitar plágio, respeito aos direitos autorais e a transparência dos dados coletados.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Neste capítulo estão apresentados os resultados obtidos a partir da coleta e análise dos dados deste estudo. Para viabilizar que todos os objetivos sejam alcançados, dividiu-se em três sessões: Tipos de Custos Relacionados aos Atendimentos de Acidentes de Trabalho no SUS; Impacto Econômico dos Atendimentos Gerados por Acidentes de Trabalho para a gestão do SUS; Recomendações e Estratégias para a Redução de Custos Decorrentes de Acidentes de Trabalho para o SUS. Para encerrar, estão dispostas as considerações finais.

4.1 Tipos de Custos Relacionados aos Atendimentos de Acidentes de Trabalho no SUS

Assim como visto no primeiro capítulo deste estudo, existem dois tipos de custos, ou seja, diretos e indiretos. Os custos diretos na saúde estão relacionados de forma imediata ao atendimento de um paciente específico e são facilmente quantificáveis, como por exemplo, os que incluem medicamentos administrados, materiais de consumo como agulhas e gases, além dos salários da equipe de enfermagem diretamente envolvida no cuidado. Por outro lado, os custos indiretos referem-se aos recursos que sustentam o funcionamento geral do hospital, mas que não podem ser atribuídos diretamente a um único paciente. Entre eles estão as despesas com administração, serviços de limpeza, alimentação, e a manutenção de equipamentos utilizados em diversos procedimentos e atendimentos (Massa, 2017).

Na questão conceitual é importante destacar que, na literatura levantada para esse estudo com o foco nos custos hospitalares para o SUS em decorrência dos acidentes de trabalho, observa-se que, em muitas situações, os termos gastos, despesas e custos são tratados como sinônimos. No entanto, são definições distintas, ou seja, a diferença entre despesa, custo e gasto é sutil, mas muito importante na contabilidade e na gestão financeira. Nesse sentido, o gasto representa o desembolso financeiro realizado pela empresa para aquisição de bens ou serviços, independentemente de sua classificação posterior. Já o custo refere-se aos gastos diretamente relacionados à produção de bens ou à prestação de serviços, estando diretamente vinculados à atividade-fim da organização. Por sua vez, a despesa compreende os gastos necessários para a manutenção das

atividades administrativas e operacionais, que não se vinculam diretamente à produção, mas são essenciais para o funcionamento da empresa (Martins, 2010).

No caso dos Acidentes de Trabalho (AT), os custos diretos, segundo Lopes, Emanuel e Maciel (2021), de maneira geral, são aqueles relacionados aos benefícios previdenciários, internações no SUS e o desembolso do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS). Segundo Marinho (2016), o custo direto corresponde aos gastos relacionados com assistência à saúde prestada, incluindo os custos com infraestrutura, manutenção, equipamentos, materiais, medicamentos, exames e recursos humanos, entre outros.

No que diz respeito aos custos indiretos dos AT, geralmente, referem-se àqueles que não são imediatamente mensuráveis ou diretamente atribuíveis a um único evento, mas que geram impacto significativo nas organizações e na sociedade. Eles vão além dos custos médicos e legais diretos e, muitas vezes, são subestimados, como, por exemplo: perda da produtividade, tempo de parada das suas atividades laborais, custos com processos trabalhistas, entre outros (Marinho, 2016).

Em outra perspectiva, Eyerkauffer *et al* (2019) conceitua como custos diretos de acidentes de trabalho aqueles relacionados anteriormente a ocorrência como: Manutenção de equipes de Segurança do Trabalho; Manutenção da infraestrutura; Programa Programa de Prevenção de Risco Ambientais (PPRA); Custo relacionado ao seguro de acidente de trabalho SAT entre outros. Por outro lado, o referido autor entende os custos indiretos sendo aqueles que ocorrem após o acidente, como por exemplo: Despesas Jurídicas; Custo do atendimento médico; medicamentos e reabilitação ao trabalho; possível aumento de custo para o empregador com relação à previdência social e outras instituições que asseguram benefícios aos trabalhadores.

Nesse encaminhamento, os custos hospitalares decorrentes de acidentes de trabalho correspondem às despesas assumidas pelo sistema de saúde, seja público ou privado, para prestar atendimento, realizar o tratamento e promover a reabilitação de trabalhadores acidentados durante o exercício de suas funções (Lopes, Emanuel, Maciel, 2021).

Os custos hospitalares diretos relacionados a acidentes de trabalho podem ser exemplificados da seguinte forma: Atendimento de emergência (ambulâncias, triagem, pronto-socorro); Internações hospitalares (leitos clínicos ou cirúrgicos); Uso

de UTI (em casos graves, com custos significativamente maiores); Procedimentos médicos e cirurgias (fraturas, traumas, queimaduras); Exames laboratoriais e de imagem (raio-X, tomografias, exames de sangue); Medicamentos e insumos hospitalares (antibióticos, analgésicos, anestesia); Honorários médicos e equipe multiprofissional (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas; Reabilitação e fisioterapia hospitalar (recuperação da capacidade funcional); Traslados inter-hospitalares (quando há necessidade de transferência para unidades de maior complexidade) (Lopes, Emanuel, Maciel, 2021).

Por outro lado, os custos indiretos podem ser percebidos nos seguintes casos: Ocupação prolongada de leitos hospitalares (dificultando o atendimento de outros pacientes); Sobrecarga dos profissionais de saúde (que precisam lidar com maior demanda, especialmente em emergências e UTIs); Aumento no consumo de recursos hospitalares gerais (como energia, materiais de limpeza, lavanderia, entre outros); Tempo adicional de utilização de equipamentos hospitalares (como ventiladores, monitores e tomógrafos, reduzindo sua disponibilidade para outros casos); Necessidade de mobilização de equipes multiprofissionais (assistente social, psicólogo, fisioterapeuta, muitas vezes sem repasse financeiro proporcional); Redução da eficiência operacional do hospital (com impacto na rotina de internações e altas); Custo administrativo e de gestão hospitalar (com processos burocráticos adicionais, como notificações obrigatórias, auditorias e relatórios); Prejuízo à imagem institucional, em casos de acidentes de trabalho com grande repercussão ou de responsabilidade da própria instituição (Silva, Pereira, 2014).

Quando se trata especificamente dos custos relacionados à internação hospitalar no SUS, os valores para atender empregados acidentados e/ou acometidos por doenças típicas de suas ocupações são analisados e geram indicadores importantes para se repensar as políticas públicas existentes ou a implementação de novas. Para medi-los, utiliza-se os registros do Sistema de Informação Hospitalar (SIH), com dados referentes às hospitalizações causadas por acidentes de trabalho e doenças ocupacionais. Cada internação apresenta informações sobre os custos envolvidos, utilização da unidade de terapia intensiva, tempo de internação, entre outros. Em 2019, por exemplo, o SIH registrou 59.012 hospitalizações relacionadas a acidentes de trabalho no Brasil, fatais e não fatais, com um custo total de R\$87.423.101,00 (Lopes, Emanuel, Maciel, 2021).

Silvia e Pereira (2014) em seu estudo realizado na região do sudoeste da

Bahia no período de 2005 e 2007, porém publicado somente em 2014, enfatiza que os custos gerados pelas internações, ou seja, o valor total das internações (VTI) foram de R\$ 243.125,06, o Gasto Médio por paciente (GM) foi de R\$ 252,73 e o Custo Dia (CD) de R\$ 97,44. Esses valores, embora não atualizados, exemplificam o impacto nos custos hospitalares em decorrência de acidentes de trabalho para o SUS. O referido estudo aponta ainda que, a análise dos custos segundo o tipo de acidente de trabalho “revelou que os acidentes de trajeto apresentaram VTI superior (R\$ 211.949,07) ao observado nos típicos (R\$ 31.175,99). Entretanto, o GM e o CD dos acidentes típicos (R\$ 375,61 e R\$ 143,67) foram maiores que os de trajeto (R\$ 241,13 e R\$ 93,04)” (Silvia, Pereira, 2014, p 390). No entanto, os autores não especificaram os custos diretos e indiretos.

Marinho (2016, p. 22), em seu estudo, sinaliza que, no contexto do SUS, “um fato que merece destaque é ser o maior prestador de atendimento às vítimas de AT. Mais de 70% dos atendimentos concentraram-se na rede”. Esses dados justificam a importância do “reconhecimento desses gastos que contribuem na visibilidade dos eventos preveníveis e, potencialmente, realocáveis para gerar ações políticas e educativas na promoção da saúde ambiental e segurança no processo de trabalho”. O autor analisa que:

os AT geram custos, diretos ou indiretos. Os diretos ou sociais são os que incidem diretamente sobre o contribuinte, nos quais são necessários investimentos em educação, promoção e assistência médica ambulatorial e hospitalar, programas de reabilitação, assistência social e psicológica, perdas salariais, treinamento de substitutos aos acidentados, tributos trabalhistas, além da reparação de danos morais e psíquicos, tanto ao trabalhador como à família, dentre outros. O custo direto, aqui é o que se refere ao gasto com assistência à saúde, que se configura, como objeto de investigação deste estudo (Marinho, 2016, p. 22).

Neste sentido, quando analisada a literatura selecionada para esta revisão bibliográfica, observa-se que, no caso dos acidentes de trabalho atendidos pelo SUS, evidenciam-se mais os custos hospitalares diretos. No entanto, há de se considerar a escassez de publicações acerca desta temática o que prejudica uma conclusão mais precisa. Porém, nos estudos de Marinho (2016), Silvia e Pereira (2014) e, ainda, na pesquisa de Dias *et al* (2024) que analisou a realidade de um hospital universitário de Pernambuco, evidenciam em maior número e profundidade os dados relacionados aos custos diretos.

Neste contexto, é importante ainda destacar que, quando observado os

custos para a seguridade social como um todo, a previdência social e a assistência social ficam com um custo indireto maior que a saúde, isto se dá porque os trabalhadores passam a acessar serviços e benefícios administrados pelo INSS e os trabalhadores informais impactam nos serviços da política de assistência social, em especial, os benefícios como: Bolsa Família, Benefícios de Prestação continuada (BPC). Por fim, a de se considerar, também, o fato de que muitas situações de AT não são notificadas conforme as orientações do Ministério da Saúde, ou seja, há uma subnotificação. E, ainda, o fato de que a tabela SUS está defasada se comparada ao mercado, o que dificulta a precisão dos custos para o SUS nesse cenário (Lopes, Emanuel, Maciel, 2021).

4.2 Impacto Econômico dos Atendimentos Gerados por Acidentes de Trabalho para a Gestão do SUS

Os acidentes de trabalho provocam impactos sociais significativos e acarretam perdas expressivas na produtividade e na economia. Além disso, constituem uma parcela relevante dos atendimentos por causas externas nos serviços de saúde, sobretudo nas unidades de urgência e emergência (Silva e Pereira, 2014). Além de serem, em grande parte, evitáveis, os acidentes de trabalho, conforme dados do Observatório de Segurança e Saúde no Trabalho de 2024, tiveram como principais agentes causadores quedas do mesmo nível e acidentes envolvendo máquinas e equipamentos, totalizando 32,6%.

Os acidentes de trabalho e as doenças ocupacionais representaram, em 2019, um custo financeiro estimado em aproximadamente 15,1 bilhões de reais. Essa situação configura-se tanto como um problema de saúde pública quanto como um desafio econômico, apresentando repercussões de longo prazo para a sociedade e implicações orçamentárias significativas, especialmente no âmbito da previdência social (Lopes, Emanuel, Maciel, 2021). O autor relata, ainda, que a renda perdida em decorrência de acidentes de trabalho foi de aproximadamente 44 milhões de reais.

Os estudos realizados por Marinho (2016, p. 21), por exemplo, apontam que, no Brasil, os custos com acidentes de trabalho são pouco contabilizados e estima-se que “o impacto sobre o Produto Interno Bruto (PIB) possa chegar a 10%. Enquanto que o investimento em saúde no Brasil, em 2011, chegou a um total de 8,9%, sendo

4,07% público e privado, 4,83%”. Sendo assim, é importante “assinalar a concentração da maioria dos atendimentos a casos de AT no SUS” (Marinho, 2016).

No contexto do SUS, destaca-se, ainda, o fato de que se trata do maior prestador de atendimento às vítimas de AT, concentrando mais de 70% dos atendimentos na sua rede. Tal cenário evidencia a relevância do reconhecimento desses gastos, os quais contribuem para a visibilidade de eventos preveníveis e podem ser potencialmente realocados, subsidiando ações políticas e educativas voltadas à promoção da saúde e à segurança no trabalho (Marinho, 2016).

Nesse encaminhamento, os acidentes de trabalho impõem desafios significativos ao planejamento e à alocação de recursos no SUS. A necessidade de organizar fluxos de atendimento, manter estoques adequados e garantir equipes capacitadas para lidar com a demanda inesperada de atendimentos acidentários requer um planejamento orçamentário e gerencial rigoroso. Estudos indicam que os custos elevados com acidentes de trabalho colocam o Brasil em situação de "déficit acidentário previdenciário", uma vez que o valor arrecadado é inferior às despesas com os benefícios, evidenciando a pressão financeira sobre o SUS (Sá, Gomide, Sá, 2017).

A gestão do SUS precisa investir em programas educativos, fiscalização e promoção de segurança no trabalho para reduzir a incidência de acidentes. Essas ações envolvem custos iniciais, mas têm o potencial de reduzir despesas futuras. PNSTT estabelece princípios e diretrizes para o desenvolvimento de ações de atenção integral à saúde do trabalhador, com ênfase na vigilância e promoção de ambientes de trabalho seguros e saudáveis (Silva e Pereira, 2014). No entanto, enquanto houver a necessidade de grande investimento em atendimentos emergenciais, certamente haverá dificuldade na implementação de propostas com cunho de prevenção e promoção.

Segundo Almeida e Silva (2024) os serviços do SUS mais impactados pelas demandas dos acidentes de trabalho são: Serviços de urgência e emergência, Serviços hospitalares, Serviços de atenção ambulatorial e especializada. Silva *et al* (2007) apontam, ainda, grande demanda para a Vigilância em saúde do trabalhador e para os serviços de atenção psicossocial. No geral, os serviços mais impactados são os de média e alta complexidade que exigem um valor maior de financiamento das três esferas de governo.

A necessidade do SUS de investir mais em média e alta complexidade gera

impactos financeiros, operacionais e estratégicos significativos. O aumento dos gastos nessas áreas pode comprometer os investimentos em atenção primária, que desempenha papel fundamental na prevenção de doenças e no acompanhamento de condições crônicas, reduzindo, assim, a efetividade das ações de promoção da saúde. Além disso, o crescimento contínuo dos custos relacionados a procedimentos complexos, como os de consequência com acidentes de trabalho, pode afetar a sustentabilidade financeira do SUS, exigindo aportes adicionais de recursos federais e estaduais para manter o equilíbrio orçamentário e garantir a continuidade dos serviços (Araújo, Lobo e Medici, 2022).

Os acidentes de trabalho representam uma carga financeira significativa para o SUS, que concentra mais de 70% dos atendimentos a vítimas desses eventos. Nesse contexto, torna-se evidente que investimentos estratégicos em programas educativos, fiscalização, promoção da saúde e segurança no trabalho podem reduzir a incidência de acidentes e, conseqüentemente, os custos futuros para o SUS. A PNSTT orienta a implementação de ações de atenção integral, vigilância e promoção de ambientes laborais seguros, destacando que, embora demandem recursos iniciais, essas medidas potencialmente aliviam os gastos com atendimentos emergenciais e hospitalares (Silva, Pereira, 2014; Araújo, Lobo, Medici, 2022). Assim, o reconhecimento e a realocação adequada dos custos decorrentes de acidentes de trabalho podem subsidiar políticas públicas, melhorar a sustentabilidade financeira do SUS e fortalecer a prevenção como estratégia central na saúde do trabalhador. Considerando que os acidentes de trabalho podem ser evitados, é possível refletir sobre quanto dos 10% do PIB poderia ser destinado a outras políticas do SUS.

4.3 Recomendações e Estratégias para a Redução de Custos de Decorrentes dos Atendimentos de Acidentes de Trabalho para o SUS

Após a revisão da leitura proposta neste estudo, foi possível elencar algumas recomendações ou estratégias que poderiam contribuir para um menor impacto nos custos para o SUS em decorrência dos acidentes de trabalho, como pode ser observado no quadro 1.

Quadro 1: Recomendações e estratégias.

AUTORES	RECOMENDAÇÕES E ESTRATÉGIAS
Silva e Pereira (2014)	Identificação dos verdadeiros custos dos AT via SIH.
Eyerkauffer et al (2017)	Investimento em programas de segurança; Criação de modelo de gestão de riscos de trabalho preocupado em se aprofundar nas questões que envolvem os AT.
Marinho (2016)	A prevenção dos AT implica adotar uma abordagem intersetorial.
Lacerda (2012)	Investigar como os trabalhadores vêm morrendo pode subsidiar ações no campo da Saúde do Trabalhador, considerando a relação entre o trabalhador, seu ambiente de trabalho e as formas de agravo à saúde.

Fonte: a autora (2025).

Silva e Pereira (2014), em seu estudo, destacam que a falta de identificação dos verdadeiros custos dos AT compromete a análise dos impactos financeiros desses eventos. Os autores ressaltam que o SIH possui potencial para subsidiar ações de vigilância em saúde do trabalhador relacionadas aos acidentes de trabalho, entretanto, para que isso ocorra, é imprescindível tanto a adequada identificação dos acidentes quanto a qualidade do preenchimento das AIH.

Nesse sentido, conhecer os custos dos acidentes de trabalho atendidos no SUS possibilita avaliar quais estratégias de prevenção são mais eficazes. Ressalta-se, ainda, que os estudos sobre acidentes de trabalho no Brasil, segundo Silva e Pereira (2014), analisaram, predominantemente, apenas os custos indiretos. Ressaltam, também, que a literatura apresenta divergências quanto à classificação dos custos. Além disso, identificou-se que, dentre as causas externas, 31,6% correspondem a acidentes de trabalho, dos quais 77,9% são classificados como acidentes típicos. Sendo assim, o alinhamento desses dados e a formulação de indicadores mais concretos poderiam ser utilizados estrategicamente para a formulação de políticas públicas voltadas a esta questão.

Eyerkauffer *et al* (2017), por sua vez, identificam que, após a empresa avaliar os custos decorrentes de acidentes de trabalho, o investimento em programas de segurança deixa de ser considerado apenas como gasto ou despesa, passando a ser reconhecido como uma medida favorável, que exerce influência positiva sobre a produtividade. Os autores também desenvolveram um modelo de gestão de riscos

de trabalho, visando possibilitar que as empresas, ao investigarem um acidente de trabalho, identifiquem que sua ocorrência, em grande parte das vezes, está relacionada ao descumprimento das legislações de saúde e segurança do trabalhador. Dessa forma, a adoção desse modelo contribui para a redução dos riscos e, conseqüentemente, para a diminuição dos custos decorrentes de possíveis AT, uma vez que, na ausência de tais ocorrências, não há demanda assistencial ao SUS.

Nesse sentido, observa-se que os investimentos em saúde e segurança no trabalho não devem ser considerados apenas como despesas, mas como estratégias fundamentais para a sustentabilidade organizacional e social. Além dos benefícios diretos para as empresas, a redução da frequência e da gravidade dos acidentes de trabalho repercute de forma significativa no SUS, ao diminuir a necessidade de atendimentos hospitalares e tratamentos custosos custeados pelo SUS. Assim, ao investir em medidas preventivas, as organizações não apenas preservam a integridade física e psicológica dos trabalhadores, mas também colaboram para a redução do ônus financeiro sobre o SUS, evidenciando o caráter coletivo e estratégico da prevenção.

Marinho (2016) destaca que refletir sobre a prevenção dos AT implica adotar uma abordagem intersetorial, uma vez que, após a ocorrência, estão envolvidas diversas políticas sociais, como Seguridade Social, Saúde, Previdência e Assistência Social. Em seu estudo, ficou evidente que o SUS é, de fato, o principal responsável pelo atendimento aos trabalhadores vítimas de acidentes de trabalho, mesmo entre aqueles com vínculo formal de emprego, que representam a maioria dos casos (91,1%). Essa realidade revela uma contradição, pois se espera que as empresas ofereçam serviços próprios de assistência ou mecanismos de ressarcimento pelos custos gerados ao sistema público, o que, na prática, não ocorre. Assim, respaldado pelo princípio da universalidade, o SUS garante o acesso e o cuidado a todos os cidadãos, assegurando o direito constitucional à saúde e o amparo previsto pela seguridade social aos trabalhadores acidentados.

Lacerda (2012) identificou que a ocorrência de acidentes de trabalho está relacionada à precariedade nos processos laborais. O autor ressalta que investigar como os trabalhadores vêm morrendo pode subsidiar ações no campo da Saúde do Trabalhador, considerando a relação entre o trabalhador, seu ambiente de trabalho e as formas de agravo à saúde. Ademais, Lacerda destaca que as perdas humanas

decorrentes de acidentes de trabalho podem ser evitadas por meio da implementação de políticas de proteção à saúde do trabalhador.

Conforme o Documento Orientador da 1ª Conferência Livre Nacional de Comissões de Controle Social em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, o desenvolvimento de políticas públicas integradas entre saúde, segurança e educação no trabalho representa uma das principais estratégias para a redução de acidentes laborais e, conseqüentemente, dos custos assistenciais no âmbito do SUS. A integração dessas áreas fortalece a prevenção, promove ambientes de trabalho mais seguros e contribui para a preservação da saúde física e mental dos trabalhadores (Brasil, 2023b).

O referido documento destaca ainda que medidas preventivas, como ações educativas, capacitação contínua, monitoramento de riscos e investimentos em condições adequadas de trabalho, são fundamentais para reduzir a ocorrência de acidentes típicos e de trajeto. A implementação dessas ações pode impactar diretamente na diminuição da demanda por atendimentos de urgência, internações e tratamentos prolongados, aliviando a sobrecarga do sistema público de saúde (Brasil, 2023c).

Nesse sentido, as recomendações apontam para a necessidade de articulação entre gestores públicos, empregadores e trabalhadores, de modo a garantir que as políticas propostas sejam efetivas. Ao integrar esforços, cria-se um cenário mais favorável à redução de custos para o SUS, à valorização do trabalho decente e ao fortalecimento da seguridade social, consolidando a saúde do trabalhador como prioridade nas agendas públicas (Brasil, 2023c).

Conforme destaca Marcos Tadeu de Siqueira, Diretor de Operações do Serviço Social da Indústria (SESI), investir em saúde e segurança no trabalho é estratégico para os negócios, pois ações de prevenção custam menos para as empresas e preservam a saúde dos funcionários. A gestão eficaz da saúde e segurança no ambiente laboral contribui para a redução de acidentes e doenças ocupacionais, promovendo um ambiente de trabalho mais seguro e saudável (Siqueira, 2017).

É relevante ressaltar que, a implementação de programas eficazes de segurança e saúde no trabalho pode reduzir significativamente os custos associados aos acidentes. Dados do Ministério do Trabalho e Previdência Social apontam que o número de acidentes de trabalho por grupo de 100 mil profissionais caiu mais de

17% entre 2007 e 2013, evidenciando os benefícios dos investimentos em prevenção e promoção da saúde no ambiente de trabalho, Siqueira (Siqueira, 2017).

Nesse encaminhamento, apesar dos avanços, ainda existem desafios relacionados ao crescimento de afastamentos por doenças não relacionadas ao trabalho, como doenças osteomusculares, transtornos mentais e doenças crônicas não transmissíveis. Nesse contexto, as empresas são desafiadas a aprimorar seus esforços em saúde e segurança no trabalho, adotando uma abordagem mais integral para reduzir custos relacionados a ausências no trabalho, perda de produtividade e custos com planos de saúde (Siqueira, 2017).

Diante das evidências apresentadas, torna-se claro que a prevenção de acidentes de trabalho não é apenas uma questão de proteção ao trabalhador, mas também uma estratégia essencial para reduzir os custos assistenciais no SUS e fortalecer a seguridade social. As recomendações levantadas, desde a identificação precisa dos custos dos AT (Silva, Pereira, 2014), passando pelo investimento em programas de segurança e gestão de riscos (Eyerkauffer *et al*, 2017), até a adoção de uma abordagem intersetorial (Marinho, 2016) e a análise das condições laborais (Lacerda, 2012), indicam que ações integradas entre empresas, gestores públicos e trabalhadores são fundamentais. A implementação dessas estratégias, aliada a políticas públicas consistentes e à educação em saúde e segurança no trabalho, contribui não apenas para a redução da ocorrência de acidentes e doenças ocupacionais, mas também para a sustentabilidade do sistema público de saúde, promovendo ambientes laborais mais seguros, a preservação da saúde e a valorização do trabalho decente.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como objetivo compreender os custos hospitalares decorrentes dos acidentes de trabalho no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), diferenciando entre custos diretos e indiretos, bem como identificar os impactos econômicos e as estratégias possíveis para redução desses encargos. A partir dos resultados observou-se que os objetivos elencados para esse estudo foram alcançados.

Quanto à metodologia utilizada, por se tratar de um estudo que contou com poucas publicações a serem analisadas, entende-se que foi adequada a escolha da pesquisa bibliográfica do tipo narrativa, pois possibilitou maior autonomia para a pesquisadora buscar os elementos necessários para responder a pergunta norteadora. No entanto, há de se considerar que o estudo possui limite não só pela escassez de materiais mas, também, pelo fato da falta de estudos realizados em campo.

Uma das possibilidades que pode justificar a falta de materiais investigativos sobre os custos relacionados aos atendimento dos acidentes de trabalho no SUS pode ser pela dificuldade de encontrar dados concretos ou indicadores em sistemas de informação governamentais, o que dificulta não só a formulação de indicadores e pesquisas, mas também o controle social.

Mesmo diante das limitações, o presente estudo permitiu constatar que os custos diretos, como atendimentos de emergência, internações hospitalares, uso de UTI, exames, medicamentos e reabilitação, são os mais visíveis e quantificáveis. Já os custos indiretos, embora menos evidentes, possuem grande relevância, afetando o funcionamento sistêmico dos hospitais, a produtividade do trabalhador, e gerando implicações para a seguridade social e a imagem institucional das organizações envolvidas.

Além disso, os dados demonstram que os acidentes de trabalho representam um importante fator de pressão financeira para o SUS, que arca com mais de 70% dos atendimentos relacionados a essas ocorrências. Os custos, tanto diretos quanto indiretos, afetam não apenas a saúde pública, mas também a economia nacional, podendo representar até 10% do Produto Interno Bruto, segundo algumas estimativas. A situação se agrava com a subnotificação dos casos de acidentes, a defasagem da tabela SUS e a escassez de estudos específicos sobre os custos

indiretos, o que dificulta uma gestão mais precisa e eficiente dos recursos.

Diante desse cenário, fica evidente que os investimentos em ações preventivas, promoção de saúde no ambiente de trabalho e fortalecimento da vigilância em saúde do trabalhador são estratégias eficazes não apenas do ponto de vista da saúde pública, mas também da sustentabilidade financeira do SUS. Como evidenciado por diversos autores citados no decorrer deste estudo, a prevenção deve ser compreendida como um investimento estratégico e intersetorial, capaz de reduzir a incidência de acidentes e, por consequência, os custos assistenciais.

As recomendações apresentadas nesta revisão indicam a necessidade de maior articulação entre políticas públicas, empresas e trabalhadores, promovendo um modelo de gestão mais eficaz e colaborativo. Medidas como a melhoria na identificação dos acidentes via SIH, o desenvolvimento de programas de segurança do trabalho e a ampliação das ações educativas podem contribuir significativamente para a redução da demanda por atendimentos hospitalares e, portanto, para a diminuição dos gastos públicos.

Por fim, reforça-se que os acidentes de trabalho, embora recorrentes, são eventos, em grande parte, evitáveis. A compreensão de seus impactos e custos é essencial para o desenvolvimento de políticas públicas eficazes, que promovam ambientes laborais seguros, sustentáveis e saudáveis. Neste sentido, a prevenção deve ser tratada como prioridade estratégica no planejamento das ações do SUS e na agenda da saúde do trabalhador.

A partir desse estudo é possível, ainda, sugerir temas para futuras pesquisas como, por exemplo, custos hospitalares, custos nos serviços de atenção primária e média complexidade, não só envolvendo os acidentes de trabalho, mas, pela escassez, em todas as áreas da saúde pública, dando evidência para a possibilidade de pesquisa de campo para garantir uma aproximação maior com a realidade desta temática.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Zenaide Neto. **SUS**: Sistema Único de Saúde - antecedentes, percurso, perspectiva e desafios. São Paulo, Martinari, 2015. Acesso em: 27/09/2023.

ARAÚJO, Edson. LOBO, Maria Stella. MEDICI, André. Eficiência e sustentabilidade do gasto público em saúde no Brasil. **Jornal Brasileiro de Economia da Saúde**, [S.l.], v. 14, Supl. 1, p. 86-95, 2022. Disponível em: <https://www.jbes.com.br/index.php/jbes/article/view/100>. Acesso em: 03/11/2025.

AREOSA, W.; DWYER, C. História e evolução do conceito de acidente: da providência divina à análise de riscos. **Revista de História da Ciência**, Lisboa, v. 11, n. 2, p. 45–62, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.pt/j/rhc>. Acesso em: 02/11/2025.

ÁVILA-PIRES, Fernando Dias de. Por que é básica a pesquisa básica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 3, p. 505-506, 1987. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/6GhjNYP8rS6Rj69CtQsrWRK/?lang=pt>. Acesso em: 01/11/2025.

BOSCHETTI, Ivanete. **Seguridade social e política social no Brasil**: fundamentos e contradições. São Paulo: Cortez, 2018.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. **Diário Oficial da União** de 05/10/1988, pág. nº 1. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em: 07/08/2023.

BRASIL. Emenda constitucional nº 95 de 15 de dezembro de 2016. Altera o ato das disposições constitucionais transitórias, para instituir o novo regime fiscal, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 16 dez. 2016. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm. Acesso em: 07/08/2023.

BRASIL. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **O que é a seguridade social**. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2025. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/portal/categorias/164-beneficiometro-projeto/14038-o-que-e-a-seguridade->. Acesso em: 27/09/2025.

BRASIL. Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975. Dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 30 out. 1975. Disponível em: https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sul/husm-ufsm/governanca/superintendencia/setor-de-gestao-da-qualidade/nveh/legislacao/lei_6259.pdf/view. Acesso em: 07/08/2023.

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**, 20 set. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 29/10/2025.

BRASIL. Ministério da Previdência Social. Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991. Ministério da Previdência Social. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: pág. nº 14809, 25/07/1991. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8213cons.htm. Acesso em 15/11/2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. **Plano Diretor de Tecnologia da Informação e Comunicação do Ministério da Saúde 2022/2024**. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS, 2022a. *E-book*. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/pdtic/>. Acesso em: 20/09/2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento orientador da 1ª Conferência Livre Nacional de comissões de controle social em saúde do trabalhador e da trabalhadora**. Ministério da Saúde, 2023c. *E-book*. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sgtes/eventos/1a-clfnccstt/documento-orientador.pdf>. Acesso em: 27/09/2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Entenda as principais características dos sistemas de informação do Ministério da Saúde**. Ministério da Saúde, 2023b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude>. Acesso em: 27/09/2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Sistemas de informação em saúde**. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz, 2021. Disponível em: <https://materiais.ead.fiocruz.br>. Acesso em: 27/09/2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.823/GM, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. **Diário Oficial da União**, 24 ago. 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html. Acesso em: 15/10/2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. **Manual técnico do sistema de informação hospitalar**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007. *E-book*. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0066_M.pdf. Acesso em: 29/10/2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Saúde do Trabalhador. **Saúde do trabalhador**. Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica de Saúde do Trabalhador. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. *E-book*. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_trabalhador_cab5_2ed.pdf. Acesso em: 29/10/2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde (SUS):** princípios e conquistas. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br>. Acesso em: 02/11/2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigilância em saúde do trabalhador.** Ministério da Saúde, 2022b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/saude-do-trabalhador/vigilancia-em-saude-do-trabalhador-vigisat>. Acesso em: 27/09/2025.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Ministério da Saúde. Ministério da Previdência Social. Decreto nº 7.602 de 07 de novembro de 2011. Ministério do Trabalho e Emprego. Ministério da Saúde. Ministério da Previdência Social. Dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho PNSST. **Diário Oficial da União:** p. 9, 08/11/2011. Disponível em: <https://www.gov.br/trabalho-e-emprego/pt-br/assuntos/inspecao-do-trabalho/escola-e-biblioteca/politica-nacional-de-seguranca-e-saude-no-trabalho-pnsst.pdf>. Acesso em: 01/11/2025.

BRASIL. Observatório de Segurança e Saúde no Trabalho. **Frequência de notificações previdenciárias.** Observatório de Segurança e Saúde no Trabalho, 2023a. Disponível em: <https://smartlabbr.org/sst/localidade/0?dimensao=frequenciaAcidentes>. Acesso em: 07/08/2023.

DIAS, Ana Cleide da Silva. GONÇALVES, René Elias. SANTOS, Iraneide Nascimento dos. TORRES, Fernanda Gabriel. MORGADO, Caroline Moraes Pereira. RIBEIRO, Izabel Cristina. Perfil e custos dos acidentes de trabalho notificados e atendidos em um hospital universitário de Pernambuco. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, [S.l.], v. 22, n. 4, p. 01-10, 2024. Disponível em: <https://rbmt.org.br/details/3072/pt-BR>. Acesso em: 03/11/2025.

DUARTE, Silvana. **O impacto financeiro e social dos acidentes de trabalho e o processo de adoecimento na indústria frigorífica.** 2017. 256 f. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2017. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/176636>. Acesso em: 06/09/2025.

EYERKAUFER, Marino Luiz. BONFANTE, Ernani Augusto. DALLABONA, Lara Fabiana. FABRE, Valquíria Vieira. Simulação de custos na gestão de riscos de acidentes de trabalho. **Revista Catarinense da Ciência Contábil**, [S. l.], v. 18, p. 01–16, 2019. Disponível em: <https://revista.crcsc.org.br/index.php/CRCSC/article/view/2753>. Acesso em: 03/11/2025.

FALK, James Anthony. **Gestão de custos para hospitais:** conceitos, metodologias e aplicações. São Paulo: Atlas, 2001.

GALDINO, Adriana. SANTANA, Vilma Sousa. FERRITE, Silvia. Registro de dados sobre acidentes de trabalho fatais em sistemas de informação no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 24, n. 3, p. 693-704, 2019. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/6jdY4wFCQBZdx7dtbshVfCd/?lang=pt>. Acesso em: 27/09/2025.

GENEZINI, Bianca de Sá. **Estudo do gerenciamento de riscos de acidentes de trabalho em instituições de ensino**. 2023. 155 f. Dissertação. (Mestrado em Ciências) - Escola Politécnica, USP, São Paulo, 2023. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/3/3136/tde-22052023-090341/pt-br.php>. Acesso em: 02/11/2025.

GIAMBIAGI, Fábio. ALÉM, Ana Cláudia. **Finanças públicas: teoria e prática no Brasil**. 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

GOULART, Aline da Silva. KIST, Fernanda Fettermann. FELCHER, Carla Denize Ott. FOLMER, Vanderlei. Busca rápida e teoria fundamentada: estratégias complementares para uma revisão bibliográfica. **Contribuciones a las Ciencias Sociales**, [S. l.], v. 17, n. 9, p. e10811, 2024. Disponível em: <https://ojs.revistacontribuciones.com/ojs/index.php/clcs/article/view/10811>. Acesso em: 26/11/2025.

GUANAES, Paulo. DONEDA, Danilo. NASCIMENTO, Francisco José Tavares. **Marcos legais nacionais em face da abertura de dados para pesquisa em saúde: dados pessoais, sensíveis ou sigilosos e propriedade intelectual**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018. *E-book*. Disponível em: <https://api.arca.fiocruz.br/api/core/bitstreams/a9081205-2fe8-41f3-9a3e-325c2068ad48/content>. Acesso em: 03/11/2023.

HORVATH JÚNIOR, Miguel. SANTOS, Aline Fagundes. O princípio da subsidiariedade e a organização da seguridade social no Brasil. **Revista Internacional Consinter de Direito**, São Paulo, v. 5, n. 21, p. 1-18, 2020. Disponível em: <https://revistaconsinter.com/index.php/ojs/0211>. Acesso em: 21/10/2025.

JACOBSEN, Alessandra de Linhares. **Sistemas de informação**. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/UFSC, 2009. Disponível em: http://arquivos.eadadm.ufsc.br/EaDADM/UAB_2008_1/Modulo_4/Sistemas_de_informacao/Material_didatico/sistema_informacao-Livro_texto.pdf. Acesso em: 21/10/2025.

JACQUES, M. G. C. A saúde do trabalhador e a reforma sanitária: trajetória, avanços e desafios. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 34, n. 120, p. 179–191, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbso>. Acesso em: 02/11/2025.

LOPES, Daniel. EMANUEL, Lucas. MACIEL, Vitória. **Custos financeiros de acidentes de trabalho no Brasil**. Brasília: Escola Nacional de Administração Pública (Enap), 2021. Disponível em: <https://bibliotecadigital.enap.gov.br/handle/1/7389>. Acesso em: 03/11/2025.

MACHADO, Kátia. **O que será da seguridade social?**. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2019. Disponível em:

<https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/o-que-sera-da-seguridade-social>. Acesso em: 21/10/2025.

MACHADO, Marcos William Kaspchak. **Controladoria, gestão de custos e finanças**. Ponta Grossa (PR): Atena Editora, 2018. *E-book*. Disponível em: <https://educapes.capes.gov.br/bitstream/capes/432431/1/E-book-Controladoria-Gestao-de-Custos-e-Financas-1.pdf>. Acesso em: 20/10/2025.

MARINHO, Cléria da Silva. **Consequências econômicas com acidentes de trabalho**: realidade do município de Piracicaba. 2016. 100f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-31082016-154645/pt-br.php>. Acesso em: 03/11/2025.

MARQUES, Carlos Gustavo Moimaz. PIERDONÁ, Zélia Luiza. O sistema constitucional de seguridade social e o princípio da subsidiariedade. **Revista da AGU**, [S. l.], v. 23, n. 01, p. 01-20, 2024. Disponível em: <https://revistaagu.agu.gov.br/index.php/AGU/article/view/3300>. Acesso em: 21/10/2025.

MARTINS, Eliseu. **Contabilidade de custos**. 11 ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MENDES, Áquilas. A longa batalha pelo financiamento do SUS. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.22, n.4, p.987-993, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/SQy6jTcM9j4q6c4RRmwmbmh/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 29/10/2025.

MENDES, Elisabeth V. O subfinanciamento da saúde no Brasil e o SUS. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 8, p. 2115–2128, 2013.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 1994. Disponível em: <https://wp.ufpel.edu.br/franciscovargas/files/2012/11/pesquisa-social.pdf>. Acesso em: 03/11/2023.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

NEIVERTH, Elisabeth Mônica Hasse Becker. **O papel estratégico do centro de referência em saúde do trabalhador (cerest) macrorregional Campos Gerais do Paraná (2008-2016)**: dificuldades e superações na implementação de políticas públicas relativas à saúde do trabalhador. 2017. 176 f. Dissertação (Programa De Pós-Graduação em Ciências Sociais Aplicadas Doutorado) - Universidade Estadual De Ponta Grossa, Ponta Grossa, 2017. Disponível em: <https://tede2.uepg.br/jspui/handle/prefix/2332>. Acesso em: 03/11/2023.

NODES, D. A Emenda Constitucional nº 95 e o congelamento dos gastos públicos: impactos sobre o SUS. **Revista Brasileira de Políticas Públicas**, Brasília, v. 7, n. 2, p. 45–60, 2017.

NUNES, Danilo Henrique. ABÍLIO, Adriana Galvão. O impacto da Emenda Complementar 95/2016 nas Políticas Públicas De Educação E De Saúde. Anais do I Congresso Internacional da Rede Ibero-Americana de Pesquisa em Seguridade Social, **Revista UNAERP**, São Paulo, n. 1, p. 240 -253, 2019. Disponível em: <https://revistas.unaerp.br/rede/article/view/1564>. Acesso em: 03/11/2023.

NUNES, Ginete Cavalcante. NASCIMENTO, Maria Cristina Delmondes. ALENCAR, Maria Aparecida Carvalho de. Pesquisa científica: conceitos básicos. **Revista de Psicologia**, [S.l.], v. 10, n. 29, p. 144-151, 2016. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/390>. Acesso em: 02/11/2025.

OIT. Organização Internacional do Trabalho. **Conheça a OIT**, 2023. Disponível em: <https://www.ilo.org/pt-pt/regions-and-countries/latin-america-and-caribbean/brasil/conheca-oit>. Acesso 07/08/2023.

PADOVEZE, Clóvis Luís. **Contabilidade gerencial**: um enfoque em sistema de informação contábil. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2013. *E-book*. Disponível em: <https://pdfcoffee.com/contabilidade-gerencial-clovis-luis-padoveze-pdf-free.html>. Acesso em: 20/10/2025.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. *E-book*. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/4ndgv/pdf/paim-9788575413593.pdf>. Acesso 07/08/2023.

PEDROSO, Júlia de Souza. SILVA, Kauana Soares da. SANTOS, Laiza Padilha dos. Pesquisa Descritiva e Pesquisa Prescritiva. **Jicex**, [S.l.], v. 9 n. 9, 2018. Disponível em: <https://unisantacruz.edu.br/revistas-old/index.php/JICEX/article/view/2604>. Acesso em: 01/11/2025.

PICHEK-BARROS, C. E.; SANTOS, A. P.; COSTA, D.; RIBEIRO, F. S. A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora: desafios e perspectivas para a efetivação no SUS. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 44, e15, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbso>. Acesso em: 02/11/2025.
POCHMANN, M. **Seguridade social e políticas públicas no Brasil**: desafios e perspectivas. São Paulo: Cortez, 2021.

SÁ, CB. GOMIDE, AC. SÁ, MC. Aspectos Institucionais, Sistemas de Informação e Indicadores. In: **Livro Saúde no Trabalho: mortalidade por acidentes de trabalho no Estado de São Paulo**. São Paulo: Fundação Seade, 2017.

SAFANELLI, Juliana Antunes. **Estudo prospectivo do custo hospitalar do acidente vascular cerebral em um hospital público de Joinville-Brasil**. 2018. 77 f. Dissertação (Mestrado em Saúde e Meio Ambiente) – Universidade da Região de Joinville, UNNIVILE, 2018. Disponível em: https://sucupira-legado.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=7271465. Acesso em: 02/11/2025.

SANTOS JÚNIOR, Cláudio José. FISCHER, Frida Marina. Fontes e sistemas de informação sobre acidentes do trabalho no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 28, n. 5, p. 1627-1638, 2023. Disponível em: <https://cienciaesaudecoletiva.com.br/en/issues/ate-quando-a-pessoa-idosa-sera-menosprezada-no-brasil/257>. Acesso em: 27/09/2025.

SANTOS, João. PEREIRA, Ana. **Análise dos acidentes de trabalho na construção civil: causas e consequências**. 2019. Dissertação (Mestrado em Engenharia Civil) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/3/3134/tde-27082019-154859/pt-br.php>. Acesso em: 06/09/2025.

SARAIVA, Francisco Assuero Monteiro. BEZERRA, Arley Rodrigues. PEREIRA, Ricardo Antônio de Castro. MACEDO, David Newton dos Santos. GOMES, José Weligton Félix. Impactos da Emenda Constitucional no 95/2016 sobre a saúde, crescimento econômico e bem-estar. **Textos de Economia**, Florianópolis, v. 26, n. 1, p. 01-26, 2023. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/economia/article/view/92997>. Acesso 01/11/2025.

SCHWARTZMAN, Simon. **Pesquisa acadêmica, pesquisa básica e pesquisa aplicada em duas comunidades científicas**. (Termos de referência), Rio de Janeiro, 1979. https://www.schwartzman.org.br/simon/acad_ap.htm. Acesso em: 02/11/2025.

SILVA, Felipe Dantas Cassimiro da. SILVA, Alexandre César Batista da. VASCONCELOS, Marco Túlio de Castro. CAMPELO, Sebastião Marcos. Comportamento dos custos: uma investigação empírica acerca dos conceitos econométricos sobre a teoria tradicional da contabilidade de custos. **Revista Contabilidade & Finanças**, São Paulo, v. 18, n. 43, p. 61-72, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rcf/a/cFQQNQjwmX7MfFYvrxnwMDj/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 20/10/2025.

SILVA, Ana Cláudia Conceição da. PEREIRA, Thalles da Costa Lobê. Perfil e custos das internações hospitalares por acidentes de trabalho na região sudoeste da Bahia no período de 2005 a 2007. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [S.l.], v. 17, n. 2, p. 381-394, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/QCPfpjSYJXKvmBHGdVKLXGg/?lang=pt>. Acesso em: 01/11/2025.

SILVIO, E. BIROLI, M. **Acidente do trabalho: aspectos jurídicos e previdenciários**. São Paulo: Atlas, 2009.

SIQUEIRA, Marcos Tadeu. **Investir em saúde e segurança no trabalho é estratégico para os negócios**. Agência de Notícias da Indústria, 2017. Disponível em: <https://noticias.portaldaindustria.com.br/artigos/marcos-tadeu-de-siqueira/investir-em-saude-e-seguranca-no-trabalho-e-estrategico-para-os-negocios/>. Acesso em: 27/09/2025.

WERNKE, Rodney. **Gestão de custos**: uma abordagem prática. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2008. *E-book*. Disponível em: https://books.google.com/books/about/Gest%C3%A3o_de_custos.html?id=P8OAAAACAAJ. Acesso em: 20/10/2025.