

1. Introdução

Entre os principais agravos à saúde, os acidentes têm expressiva relevância na morbimortalidade da população, constituindo-se em importante problema de saúde pública. No Brasil, acidentes de trabalho (AT), representam aproximadamente 25% das lesões por causas externas atendidas em serviços de emergência e mais de 70% dos benefícios da Previdência Social (Conceição, 2003; Santana et al, 2008).

A construção de sistemas de informação em saúde é considerada avançada no Brasil, mas dados sobre agravos da saúde do trabalhador são reconhecidamente sub-registrados, produzindo subestimativas das medidas epidemiológicas (Mota & Carvalho, 2003; Santana et al., 2005). Os dados epidemiológicos existentes sobre problemas de saúde relacionados ao trabalho são produzidos e divulgados pelo Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), Ministério da Previdência Social, mas são restritos a trabalhadores formais segurados que representam apenas um terço da população trabalhadora (AEPS, 2009). Mesmo no DATASUS (Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde - SUS) e na RIPSAs (Rede Interagencial de Informações para a Saúde), que deveriam cobrir o universo da população trabalhadora, os dados disponíveis para doenças e acidentes relacionados ao trabalho são apenas dos registros de benefícios acidentários do INSS.

Com vistas a melhorar a qualidade e ampliar a cobertura do registro desses agravos para toda a população, o SUS incorporou um campo específico para acidentes de trabalho na Declaração de Óbito, e em seguida, no formulário da Autorização de Internações Hospitalares (Santana & Silva, 2009). Mais tarde, o Ministério da Saúde incorporou ao SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) as 11 doenças e agravos relacionados ao trabalho que compõem a lista oficial de notificação compulsória para todo o País. Especificamente em relação aos acidentes, são notificáveis os acidentes considerados graves, e os com exposição a material biológico, para os quais correspondem fichas separadas. Na Ficha de Acidente de Trabalho Grave são registrados os fatais, os que resultaram em “mutilações” e aqueles cujas vítimas são menores de 18 anos. Os acidentes com exposição à material biológico são os que envolveram sangue e outros fluidos orgânicos, que ocorreram com os profissionais da área da saúde, sendo notificados em fichas específicas (Brasil, 2007).

Em 2007 foram iniciadas ações visando a implantação das notificações dos agravos relacionados ao trabalho no SINAN. Especificamente, foram incluídos nos treinamentos conteúdos relativos à saúde do trabalhador, procedimentos para preenchimento das fichas e encaminhamentos no fluxo de dados previamente definido, e implantação das unidades sentinelas, i.e., unidades de saúde com a responsabilidade de notificar estes agravos. A esses esforços somam-se a elaboração e adoção de normas de procedimentos veiculados em protocolos específicos e instruções normativa que apóiam a consolidação da RENAST (Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador) e a sua rede de informações em saúde do trabalhador (Santana & Silva, 2009).

A RENAST, instituída pelo SUS desde 2002 é uma rede de informações e práticas de saúde, organizada com o propósito de realizar ações assistenciais, de vigilância e de promoção da saúde na perspectiva da Saúde do Trabalhador. Compreende os CEREST (Centros de Referência em Saúde do Trabalhador) estaduais, regionais e municipais; as Unidades Sentinela; os Núcleos de Saúde do Trabalhador; e demais serviços do SUS voltados ao desenvolvimento das ações nessa área (Brasil, 2009). Os CEREST atuam especificamente no campo da Saúde do Trabalhador. São pólos irradiadores, no âmbito de um determinado território, da cultura especializada subentendida na relação processo de trabalho/processo saúde-doença, assumindo a função de suporte técnico e científico deste campo do conhecimento (Brasil, 2009). Entre as atividades dos CEREST está a notificação e investigação de agravos relacionados ao trabalho, bem como a estruturação de uma rede de informações em Saúde do Trabalhador (Brasil, 2005).

De acordo com dados da Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador, do Ministério da Saúde, CG-SAT, em 2008, mais da metade dos estados notificavam AT graves e com exposição a material biológico, embora pouco se soubesse da qualidade dessa notificação (Santana & Silva, 2009). Os dados de AT notificados no SINAN vêm sendo analisados pelo Centro Colaborador da Universidade Federal da Bahia, que verificou um aumento expressivo do número de casos de AT na maioria dos estados e regiões (Santana et al., 2009). Em 2007 foram notificados 18.477 AT graves, e em 2008, 28.266, aumento de 53% para todo o Brasil. Em relação aos acidentes com exposição a material biológico, foram 13.749 em 2007 e 19.232 em 2008, crescimento de 39,9% (Santana et al., 2009). É importante conhecer, além da tendência do número de notificações, quais

são os fatores que vêm influenciando positivamente esse crescimento, de modo a se estabelecer programas adequadamente direcionados para os pontos de maior fragilidade na RENAST. Neste estudo, com base nos dados obtidos com o FormSus cujos questionários foram elaborados especialmente para o Acompanhamento das Ações da RENAST, e dos dados de notificação dos AT do SINAN, analisam-se fatores associados a notificação. Fatores relativos a três dimensões, gestão e organização dos serviços, ações previstas ou desenvolvidas, e produção de informações pelos CEREST e suas sub-dimensões foram analisados em relação ao grau de implantação e em comparação com o aumento proporcional das notificações de AT, entre os anos 2007 e 2009.

2. Revisão de literatura

2.1. Avaliação em Saúde

O estudo de impacto em saúde perpassa essencialmente pelos conceitos e características da avaliação em saúde no intuito de compreender os propósitos e efeitos esperados de certa intervenção, programa ou serviço de saúde.

A avaliação não é exatamente uma ciência ou disciplina, trata-se de um campo de atuação teórico e prático (Furtado, 2006). Conta com uma diversidade conceitual desdobrando-se em tantas quantas forem às concepções sobre saúde e práticas de saúde (Silva & Formigli, 1994). Entretanto, há certo consenso no conceito de avaliação como emissão de um juízo de valor sobre determinada intervenção com critérios e referenciais explícitos, utilizando-se de dados e informações construídos ou já existentes, visando a tomada de decisão (Scriven, 2003 apud Furtado, 2006).

Os programa ou serviços de saúde contemplando o objeto da avaliação em saúde podem ser entendidos como articulação de recursos humanos, financeiros e tecnológicos, com base em decisões eminentemente políticas, para operar modificações em uma dada situação problemática (Furtado, 2006).

No Brasil, a avaliação de programas desperta crescente interesse desde princípios dos anos 1990 (Furtado, 2006). Uma das motivações para tal incremento pode ser o

aumentou da extensão e importância política e econômica de serviços e programas na área de saúde após a implantação do SUS. Como sistema que resguarda um grande projeto social, promove numerosas ações, que conseqüentemente levam a questionamentos sobre a qualidade dos serviços prestados, a pertinência da tecnologia utilizada, dentre outros aspectos, e, convocam a avaliação como um instrumento na busca de respostas (Furtado, 2006).

A avaliação promove discussão sobre as características e os efeitos das práticas de saúde. Na caracterização das práticas de saúde e de sua organização social uma diversidade de atributos podem ser agrupados com relação aos recursos, aos custos, à adequação das ações ao conhecimento técnico-científico vigente, à percepção dos usuários, e ainda, ao efeito das ações e práticas de saúde implementadas. Em relação aos efeitos, estes podem ser explicitados pela eficácia, pela efetividade ou pelo impacto (Silva & Formigli, 1994).

Como aspecto central na avaliação em saúde, a qualidade é sempre considerada. A qualidade tem sido definida como efeito (Donabedian, 1980 apud Silva & Formigli, 1994). A eficácia tem sido referida como efeito potencial ou em determinadas condições experimentais. Já a efetividade e o impacto traduzem o efeito real num sistema operacional. A efetividade corresponde ao efeito de determinado serviço sobre um grupo populacional enquanto que o impacto reflete o efeito de um sistema sobre toda a população (Donabedian, 1990 apud Silva & Formigli, 1994).

A organização da atenção à saúde de modo a incluir as ações e serviços que incidem sobre os efeitos dos programas e sobre as causas dos problemas implica no modelo de atenção da Saúde do Trabalhador, orientado pela promoção da saúde e que privilegia as ações sobre as condições de vida das pessoas e do coletivo, no território onde vivem e trabalham a partir de informações adequadas e oportunas.

2.2. Campo da saúde do trabalhador

A Constituição Federal de 1988 já incorpora as questões de Saúde do Trabalhador ao enunciar o conceito ampliado de Saúde, incluindo entre seus determinantes – as condições de alimentação, habitação, renda, meio ambiente, trabalho, emprego – e ao

atribuir ao SUS a responsabilidade de coordenar todas as ações de saúde no país. A Lei Federal Nº. 8080/90, no seu Art. 6º, insere a Saúde do Trabalhador como campo de atuação do SUS (Brasil, 1990).

A Saúde do Trabalhador compreende um corpo de práticas teóricas interdisciplinares – técnicas, sociais, humanas – e interinstitucionais, desenvolvidas por diversos atores situados em lugares sociais distintos (Gomez & Thedim-Costa, 1997). O campo de atuação da Saúde do Trabalhador é abordado em muitos artigos (Gomez & Lacaz, 2005; Lacaz, 2007, Santana & Silva, 2009). No SUS, esta área estratégica é definida como um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho (Brasil, 1990).

Trazendo a particularidade de ser um campo que institui práticas potencialmente transformadoras para o sistema de saúde e para a sociedade, a saúde do trabalhador persegue a integralidade da atenção à saúde buscando a superação da dicotomia existente entre assistência individual e coletiva, entre a vigilância epidemiológica e a vigilância sanitária, entre ações preventivas e curativas (Ayres & Nobre, 2005).

As ações de saúde do trabalhador passam por um processo de amadurecimento e difusão, derivado da complexa configuração do SUS e de suas relações, ainda frágeis, com outras instituições envolvidas com o trabalho e a saúde. São notáveis os impasses existentes no cumprimento da lei e execução das ações de Saúde do Trabalhador (Dias & Hoefel, 2005). Gomez e Lacaz (2005) apontam alguns fatores condicionantes para tal situação: ausência de uma efetiva Política Nacional de Saúde do Trabalhador, fragmentação e dispersão da produção científica da área, enfraquecimento e pouca capacidade de pressão dos movimentos sociais e dos trabalhadores. O exercício da cidadania e o controle social é tímido assim como nas outras áreas do SUS.

A responsabilidade institucional da Saúde do Trabalhador no Brasil, bem como a garantia dos direitos dos trabalhadores (Brasil, 2007), é exercida de modo compartilhado entre os Ministérios da Saúde, do Trabalho e Emprego e da Previdência Social, e as ações se desenvolvem focalmente, em âmbito universal, ou ainda intersetorialmente (Santana &

Silva, 2009). Os Ministérios do Trabalho e da Previdência Social têm atuação restrita aos trabalhadores inseridos no setor formal de trabalho, o que difere do SUS, que têm como um dos princípios a universalidade e, portanto, abarca todos trabalhadores.

2.3. Vigilância em saúde do trabalhador

O conceito de Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) toma como referência mais geral o conceito de vigilância à saúde. Esta pode ser entendida como um dos modelos de atenção à saúde alternativos (contra-hegemônico), compatível com o projeto universal do SUS (Ayres & Nobre, 2002; Teixeira & Solla, 2006). Este modelo, enquanto prática sanitária não se restringe às ações de vigilância epidemiológica e sanitária, tradicionalmente conhecidas e consolidadas, mas incorpora a vigilância à saúde do trabalhador e vigilância ambiental, com vistas a atender as especificidades percebidas nas áreas (Ayres & Nobre, 2002).

O desenvolvimento das ações de Vigilância em Saúde é dificultado pelo distanciamento formal e normativo das vigilâncias demonstrado na própria estrutura organizacional de muitas instituições. Esta setorialização da vigilância refere alguns problemas centrais para o desenvolvimento das ações de promoção e prevenção (Machado & Porto, 2003). A vigilância epidemiológica, muitas vezes centrada no controle de doenças transmissíveis paralela à vigilância sanitária focada geralmente nas atribuições fiscalizadoras e punitivas, e à vigilância ambiental, pouco disseminada na maioria dos municípios. Urge a necessidade de integrar os campos das vigilâncias, incluindo a VISAT, resguardando suas especificidades e agregando os conhecimentos dessas áreas para o estabelecimento de ações conjuntas de Vigilância em Saúde que possam impactar positivamente a saúde da população e da população trabalhadora (Brasil, 2007).

A vigilância à saúde do trabalhador pode ser definida como o

“conjunto de ações que visa conhecer a magnitude dos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, identificar os fatores de risco ocupacionais, estabelecer medidas de controle e prevenção e avaliar os serviços de saúde

de forma permanente, visando a transformação das condições de trabalho e a garantia da qualidade da assistência à saúde do trabalhador” (Bahia, 1996)

A prática da Vigilância em Saúde do Trabalhador não tem, ainda, uma capilaridade ideal, especialmente no nível de gestão e operacionalização municipal. É clara a necessidade de práticas de saúde mais vigorosas na ótica da vigilância em saúde e da qualidade da atenção à saúde em seu sentido amplo, e não apenas assistencial (Ayres & Nobre, 2002; Brasil, 2006). A VISAT como uma área de promoção da saúde requer pela natureza de suas práticas uma compreensão transdisciplinar e uma ação inter e intra-setorial (Machado, 2005).

As intervenções em VISAT se pautam na concepção de que a saúde para o trabalhador não significa apenas a ausência de doenças ocupacionais e AT, mas também, e principalmente, a transformação dos processos de trabalho em seus diversos aspectos (Alves, 2003). A implantação e fortalecimento das ações de VISAT, em todos os estados e municípios favorecem a identificação dos riscos e dos fatores de riscos que podem ser controlados e monitorados, impactando significativamente na redução dos acidentes e das doenças do trabalho (Brasil, 2007).

No Brasil, as ações de vigilância em saúde do trabalhador, a partir da RENAST, são executadas, especialmente pelos CEREST. Para tanto, foram estabelecidos pelo Ministério da Saúde protocolos de complexidade diferenciada. No caso dos AT o protocolo “Notificação de Acidentes do Trabalho fatais, graves e com crianças e adolescentes” orienta os profissionais no que diz respeito a estas ações (Brasil, 2006). A relação entre processo de trabalho e processo saúde-doença é objeto da vigilância. Nesta perspectiva, são esperadas a atuação de investigação e intervenção nos ambientes e processos de trabalho (Machado, 1997).

A investigação obrigatória dos AT fatais, graves e com crianças e adolescentes é um componente essencial das ações de vigilância à saúde do trabalhador (Brasil, 2006). Recomenda-se o caráter antecipatório da vigilância dos AT, a partir do mapeamento das atividades produtivas em seu território e do conhecimento da série histórica e distribuição das taxas de acidentes nos ramos produtivos. Assim, a equipe poderá estabelecer as prioridades para intervenção (Jacobina et al, 2002).

O passo anterior à investigação é a notificação no SINAN. O objetivo da investigação de um acidente é identificar os fatores, elementos e pontos críticos que fazem parte da cadeia de eventos que contribuíram para a ocorrência do acidente, de forma a selecionar as medidas factíveis e efetivas para a interrupção desta cadeia e prevenir novos acidentes (Brasil, 2006; Jacobina et al, 2002).

2.4. O CEREST sob a ótica da RENAST

A RENAST, criada em 2002, posteriormente foi ampliada e fortalecida pelas portarias nº 2437 (Brasil, 2005) e nº 2728 (Brasil, 2009). O principal objetivo desta rede é o de articular ações de saúde do trabalhador na perspectiva da intrasetorialidade, bem como, articular ações intersetoriais, estabelecendo relações com outras instituições e órgãos públicos e privados, como universidades e instituições de pesquisa. A RENAST está estruturada com base na atuação dos CEREST.

Como parte das ações da RENAST a organização de uma rede sentinela prevê a designação de serviços sentinela responsáveis pela notificação e geração de informações em saúde do trabalhador (Brasil, 2005). A implantação da notificação está restrita aos serviços sentinela, e existe a recomendação de que apenas estes registrem notificações, excluindo-se, de certa forma, as demais unidades do SUS, uma inconsistência assinalada por Santana & Silva (2009) em se tratando da universalidade implícita na compulsoriedade do registro.

A estratégia normatizada é a implantação de Unidades Sentinela. Compreendem qualquer unidade ou serviço de saúde cadastrados no CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde) cujo atendimento seja relevante para a área de saúde do trabalhador, como por exemplo, um hospital de emergência ou uma unidade de saúde da família que atenda trabalhadores rurais.

Os CEREST participam da seleção das unidades sentinela no município sede e nos municípios de sua área de abrangência. Para tanto, estas unidades precisam ter resolutividade e capacidade operacional para identificar e acompanhar os casos sujeitos à notificação, conforme os agravos relacionados na Portaria GM/MS Nº. 777 de

28/04/2004. Somente após a confirmação do caso é que a ficha de notificação/investigação é digitada no SINAN. Os agravos têm complexidades distintas e provavelmente nem todos serão notificados em unidades com as mesmas características. Por exemplo, a unidade sentinela para LER/DORT (Lesão por Esforços Repetitivos/Doenças Osteoarticulares relacionadas ao Trabalho) provavelmente não será a mesma para o câncer relacionado ao trabalho.

Estas unidades, através da assinatura do Termo de Adesão, assumem o compromisso de atuar na identificação e notificação dos casos de doenças e/ou acidentes relacionados ao trabalho. Os CEREST também são unidades sentinela, geralmente para todos os tipos de agravos que constam na portaria. Como já contam com um fluxo de usuários estabelecido, oriundos tanto de serviços do SUS quanto de outras instâncias que também atendem trabalhadores, o CEREST se configura como uma das principais unidades sentinelas.

Uma das dificuldades para o desenvolvimento da estratégia da RENAST é a descentralização das ações em saúde do trabalhador e a consequente concentração destas ações nos municípios sede de CEREST (Dias & Hoefel, 2005). Os CEREST regionais responsabilizam-se pelo atendimento à população trabalhadora dos municípios vizinhos ao município sede que geralmente é pólo de uma microrregião de saúde. Apesar de receberem recursos financeiros para atuar nestes municípios a gestão fica por conta da secretaria de saúde do município sede o que provoca uma série de problemas na ampliação destas ações até os outros municípios. Assim, por questões operacionais, o estudo investigará as informações de AT referentes aos municípios sede de cada CEREST considerando também as notificações das unidades sentinelas respectivas à área de abrangência de cada CEREST.

2.5. A atenção à Saúde do Trabalhador no SUS

A atenção à saúde dos trabalhadores, no âmbito do SUS, em sua prática, ainda é pouco difundida. As ações começam a ter visibilidade no Brasil depois da RENAST e da atuação das unidades que a compõem. Quanto a essas unidades, os CEREST desenvolvem ações especificamente ligadas à saúde do trabalhador e buscam garantir a

alimentação do SINAN, função compartilhada com as unidades sentinela, componentes da rede SUS com outras finalidades além da atenção à saúde do trabalhador (Brasil, 2006). Cabe aos CEREST o desenvolvimento de ações de implantação das unidades sentinela, como a capacitação dos profissionais e o monitoramento das notificações. A instalação do aplicativo geralmente é feita por técnicos dos municípios sede de CEREST ou pelas diretorias regionais de saúde das secretarias estaduais de saúde.

Entre as ações desenvolvidas pelos CEREST está a assistência aos trabalhadores, a vigilância dos ambientes e condições de trabalho, a coleta, análise e divulgação das informações. Nas ações assistenciais são identificados os “casos” ou situações de adoecimento relacionados ao trabalho, que são notificados no SINAN, desencadeando procedimentos de VISAT. As ações de vigilância dos ambientes e condições de trabalho, vigilância epidemiológica de agravos e da vigilância ambiental também geram informação e a identificação de “casos de doentes ou de suspeitos” que são encaminhados à rede de serviços sentinela, para diagnóstico e, se necessário, para tratamento e reabilitação (Brasil, 2006).

Nesta perspectiva, a informação em saúde do trabalhador é considerada instrumento essencial para assegurar o conhecimento da real situação das vítimas de acidentes e doenças do trabalho. Dentre as ações previstas nas atribuições do CEREST encontra-se a garantia pela produção de medidas epidemiológicas, a qualidade e cobertura das informações estabelecendo parcerias e consolidando a rede de serviços que incorporam a perspectiva da saúde do trabalhador. Como abordado previamente, o ciclo da atenção integral à saúde dos trabalhadores reconhece a inclusão de outros sistemas fora do setor saúde como o setor Trabalho, Previdência Social, Meio Ambiente e outros setores de governo responsáveis pelas políticas de desenvolvimento econômico e social (Brasil, 2006).

A gestão em saúde do trabalhador e seus instrumentos, como políticas, programas e ações, se baseiam no uso de informações (Kato & Santana, 2006). Estudos reforçam a necessidade da implantação de um Sistema de Informação em Saúde do Trabalhador (SIST) para subsidiar o planejamento e avaliação das ações nesta área. Este compreenderia a articulação e padronização de bases de dados com a inclusão de

variáveis como “ramo de atividade econômica” e “ocupação” em sistemas de informação já utilizados rotineiramente (Facchini et al, 2005).

Entre os trabalhos acadêmicos na área de informação em Saúde do Trabalhador Facchini et al (2005) apontam para um incremento da produção científica com prioridade para a análise da qualidade das informações em relação aos indicadores de saúde do trabalhador com comparação entre diferentes bases de dados, estratégias de reconstrução de causa básica de óbito ou estimativas de sub-registro em abordagens populacionais. Os dados de AT que podem ser coletados através do SINAN foram encontrados em algumas publicações, porém não foram encontrados estudos de implantação do SINAN voltados para os agravos relacionados ao trabalho.

2.6. O SINAN para doenças e agravos relacionados ao trabalho

O SINAN tem como objetivo coletar, transmitir e disseminar dados gerados rotineiramente pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das três esferas de governo, através de uma rede informatizada, para apoiar o processo de investigação e dar subsídios à análise das informações de vigilância epidemiológica das doenças de notificação compulsória (BRASIL, 2007).

Entre as doenças e agravos de notificação compulsória, os agravos relacionados ao trabalho são: acidente de trabalho fatal, AT com Mutilações, Acidente com Exposição a Material Biológico, Acidentes do Trabalho em Crianças e Adolescentes, Dermatoses Ocupacionais, Intoxicações Exógenas (por substâncias químicas, incluindo agrotóxicos, gases tóxicos e metais pesados), Lesões por Esforços Repetitivos (LER), Distúrbios Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT), Pneumoconioses, Perda Auditiva Induzida por Ruído (PAIR), Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho, e Câncer Relacionado ao Trabalho (BRASIL, 2004).

Com a implantação do SINAN, é esperado um aumento do número de registros de casos de agravos relacionados ao trabalho, pois neste sistema são notificados casos de trabalhadores segurados e também outros como os servidores públicos, autônomos, desempregados, etc (Scherer et al, 2007). No que diz respeito à implantação do SINAN

para agravos relacionados ao trabalho as unidades que compõe a RENAST têm atribuições específicas.

Etapa 1: Instalação do SINAN

A instalação do aplicativo geralmente é realizada por técnicos dos municípios sede de CEREST ou pelas diretorias regionais de saúde, e requer configurações específicas de equipamentos. O sistema está estruturado em diversas rotinas sendo composto por pequenos módulos, todos acessados a partir de um módulo principal, que se subdivide em: entrada de dados (notificação); consulta da base de dados (notificações individuais, notificações negativas, notificações de surtos e agregados); rotinas para verificação de duplicidades (relatório, vinculação de registros); tabelas e ferramentas.

Etapa 2: Alimentação do SINAN

O sistema foi desenvolvido para ser operacionalizado desde as Unidades de Saúdes municipais até o DATASUS (Departamento de Informática do SUS). Os dados são coletados e digitados no nível municipal, transportados para as regionais de saúde e encaminhados à Secretaria Estadual de Saúde, o que ocorre semanalmente. As secretarias estaduais, por sua vez, enviam quinzenalmente os dados para o nível federal. Para cada nível, há usuários com senhas e permissões definidas com base nas necessidades de gestão do sistema.

Etapa 3: Monitoramento e acompanhamento dos dados

No caso das doenças e agravos relacionados ao trabalho, as rotinas e fluxos das notificações são definidos a partir dos recursos e capacidade operacional dos CEREST e suas respectivas unidades sentinela. Os agravos só são digitados no sistema após a confirmação da relação como o trabalho. Muitas vezes os CEREST precisam oferecer suporte para esta confirmação além de alguns AT requerem uma investigação mais apurada. Estes acordos são firmados no momento da implantação das unidades sentinela. Algumas unidades sentinela têm o SINAN instalado na própria unidade, o que permite a digitação e o acompanhamento oportuno dos casos. Em outras unidades, é

realizado preenchimento da ficha e encaminhado para o CEREST, quando dispõem do SINAN, ou diretamente para as secretarias municipais de saúde.

A notificação se dá a partir da identificação dos casos, processamento e consolidação dos dados. O sistema permite a emissão de relatórios de incidência, de conferência, de notificação negativa, de exclusão de notificações e do calendário epidemiológico. A produção das informações se dá com a análise dos dados encontrados no sistema. As unidades notificantes, CEREST e as demais unidades sentinela, têm acesso aos relatórios, dispondo de informações acerca da situação destes agravos. As regionais de saúde, por sua vez, podem acessar os dados de todos os municípios que compõem a regional. Considera-se implantação como a instalação do SINAN e realização das notificações com preenchimento das fichas e digitação no sistema.

3. Quadro teórico

Na literatura sobre avaliação, um dos esforços mais bem sucedidos e aceitos para classificação das possíveis abordagens foi desenvolvido por Donabedian (1980), citado por Silva & Formigli (1994). Este autor concebeu a tríade “estrutura-processo-resultados a partir do referencial teórico sistêmico. A estrutura corresponderia às características relativamente estáveis dos provedores, aos instrumentos e recursos; o processo corresponderia ao conjunto de atividades desenvolvidas na relação entre profissionais e pacientes; e os resultados seriam as mudanças verificadas no estado de saúde dos pacientes que pudessem ser atribuídas a um cuidado prévio (Donabedian, 1980 apud Silva & Formigli, 1994).

No contexto deste estudo a estrutura está representada pelo CEREST no que tange aos instrumentos e recursos de que dispõe para realizar as ações voltadas à saúde do trabalhador, no caso, a rede de informações sobre AT. O processo corresponde às ações e atividades propriamente ditas que serão abordadas no modelo lógico. Os resultados se traduzem na implantação do SINAN para os AT.

Os modelos teóricos encerram o objeto-modelo que é uma representação conceitual esquemática de uma situação real ou suposta como tal. No campo da avaliação, a idéia que operacionaliza este objeto-modelo tem a expressão “modelo lógico” (Medina et al, 2005). O modelo lógico constitui a descrição das diferentes operações realizadas pelo

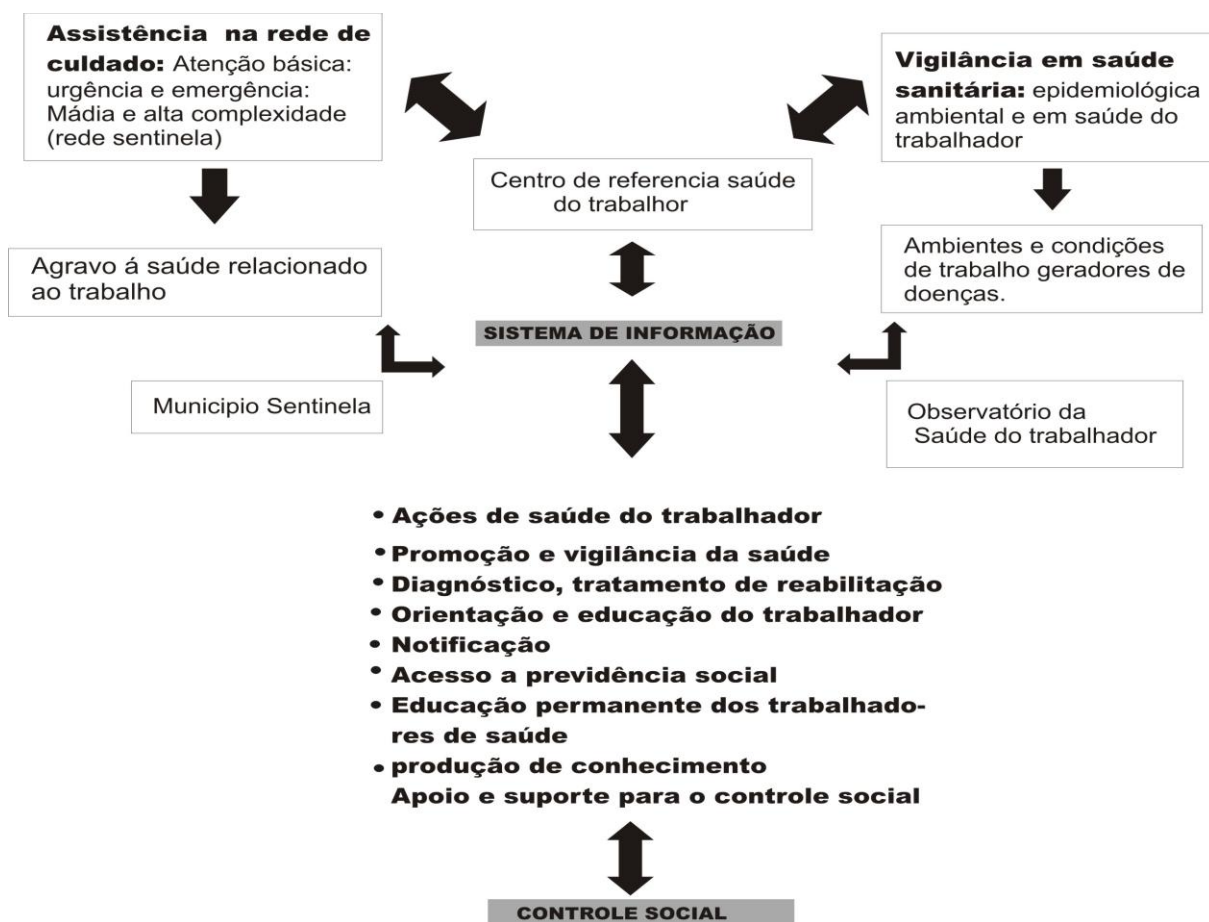
serviço ou programa e os recursos utilizados, importando fazer ligações entre os objetivos essenciais e os meios postos em prática para obtê-los. Essa concatenação é a descrição formal, contendo os problemas, premissas, ações e resultados esperados (Furtado, 2006).

Assim, o modelo lógico deve explicitar como o programa idealmente funciona. Sua apresentação e discussão permitem a definição exata do que deve ser medido e qual a parcela de contribuição do programa nos resultados apresentados (Medina et al, 2005).

3.1. Modelo de atenção da RENAST

O Manual de Gestão e Gerenciamento da RENAST (Brasil, 2006) elaborado a partir do referencial legal previsto para o SUS com o propósito de apresentar caminhos que facilitem a gestão e o gerenciamento dos equipamentos que integram a rede, resume o modelo de atenção da RENAST, no esquema abaixo.

Figura 1: Modelo de Atenção da RENAST



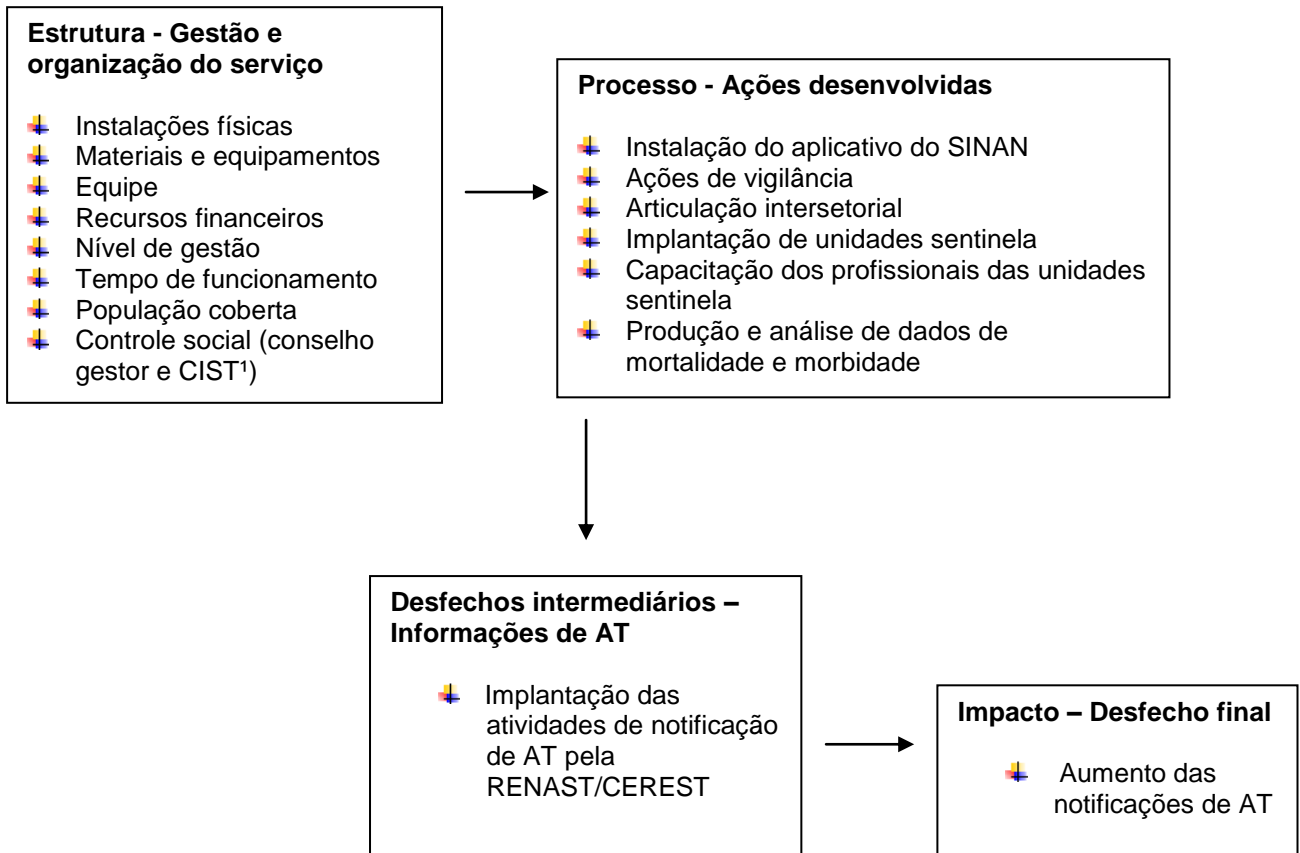
Fonte: Brasil, 2006

Nesse modelo, o sistema de informação é colocado em posição central e estratégica estando em consonância com as ações desenvolvidas nos CEREST, tanto as ações de assistência na rede de cuidados quanto às ações de vigilância em saúde. Os municípios sentinela são aqueles que dispõem de unidades sentinela e, conseqüentemente, notificam agravos relacionados ao trabalho. O Observatório de Saúde do Trabalhador é uma iniciativa do Ministério da Saúde, em conjunto com a representação da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial de Saúde (OPAS/OMS) no Brasil e visa propiciar o mais amplo acesso às informações e análises sobre saúde do trabalhador. O controle social é representado pelos Conselhos de Saúde, Comissões Intersetoriais em Saúde do Trabalhador (CIST) e Conselhos Gestores (Brasil, 2006).

3.2. Modelo lógico para a implantação do SINAN para Acidentes de Trabalho

O modelo de atenção da RENAST, apesar de amplo, não reflete a especificidade do objeto de estudo em questão. Nesta perspectiva, com o intuito de contribuir para a construção de um modelo lógico que explicita a implantação do SINAN para AT, no que diz respeito às ações do programa que estão voltadas para melhoria das notificações, propomos o esquema abaixo, elaborado a partir das disposições legais acerca do CEREST, já abordadas anteriormente.

Figura 2: Modelo lógico operacional para informações de Acidentes de Trabalho



¹ Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador

Fonte: Adaptado de Santana et al, 2009

As características dos elementos que compõem a dimensão Estrutura – Gestão e Organização do serviço são imprescindíveis, pois constituem-se em pré-requisitos para operacionalização das ações propostas. A partir da estrutura, os componentes do Processo – Ações desenvolvidas desencadeiam diversas ações que levam a Desfechos intermediários – Informações de AT. Aqui, interessam as ações que refletem no aumento nas notificações que consideramos ser a implantação efetiva do SINAN. Os Desfechos intermediários traduzem-se no Impacto. Além de analisarmos o Impacto, estudaremos o quanto os critérios relacionados no modelo lógico influenciam os Desfechos.

Quanto à Estrutura, em seus aspectos gerenciais e de gestão, são consideradas as instalações, os recursos, a equipe técnica, o nível de gestão, a população coberta, o controle social e o tempo de funcionamento. Ao Processo, relacionam-se determinadas

ações e atividades dos CEREST. A instalação do aplicativo do SINAN instalado no próprio CEREST, as ações de vigilância, ações intersetoriais, a produção e análise de dados de morbidade, a implantação de unidades sentinela, bem como a capacitação de seus profissionais fazem parte desta dimensão.

O controle social, exercido pelo conselho gestor e pela CIST, são espaços de participação popular com vistas ao acompanhamento das ações realizadas, e da execução física e orçamentária dos recursos destinados à saúde do trabalhador. O conselho gestor é um órgão paritário ligado ao Conselho Municipal de Saúde com a responsabilidade de monitorar as ações do CEREST. Na CIST discute-se a política de saúde do trabalhador e, em especial, o envolvimento de diversas instituições públicas e privadas cujo foco é o trabalhador.

As atividades dos CEREST precisam estar articuladas com as atividades dos demais serviços da rede do SUS e com outros setores de governo que possuem interfaces com a saúde do trabalhador. Os CEREST orientam e fornecem retaguarda, a fim de que os agravos à saúde relacionados ao trabalho possam ser atendidos em todos os níveis de atenção do SUS, de forma integral e hierarquizada (Brasil, 2006).

A produção de dados referentes aos agravos relacionados ao trabalho pode ser facilitada pela articulação intersetorial prevendo o envolvimento da Previdência Social, Ministério do Trabalho, Sindicatos e Associações de Trabalhadores, Ministério Público, órgãos ambientais, conselhos, comitês, e outras instâncias de interesse para a área. O objetivo é que estas instâncias conheçam as ações desenvolvidas no campo da Saúde do Trabalhador, e encaminhem os casos de AT para o CEREST, que procede a confirmação da relação com o trabalho e a digitação no SINAN.

O processo de implantação das Unidades Sentinela é acompanhado e monitorado pelos CEREST. São unidades identificadas no município sede de CEREST e/ou em outros municípios de suas respectivas áreas de abrangência. Os profissionais que atuam nestas unidades são capacitados pela equipe do CEREST tanto para a suspeita diagnóstica como para atendimento, encaminhamento e confirmação de casos.

Está sob a responsabilidade das equipes dos CEREST a implantação das unidades sentinela oferecendo o suporte necessário, bem como capacitações dos profissionais no intuito de atuarem na produção de informações relacionadas ao trabalho e de favorecerem a assistência devida aos trabalhadores.

4. Métodos

Trata-se de um estudo de avaliação com desenho transversal e abordagem exploratória. São unidades de observação do estudo os CEREST, estaduais e municipais/regionais analisados separadamente.

A avaliação das ações dos CEREST para a implantação da notificação de AT graves e com exposição a material biológicos foi realizada comparando-se as características e nível de implantação das ações dos CEREST e o aumento proporcional das notificações de AT entre os anos 2007 e 2009.

4.1 População e área

A população de referência do estudo são os trabalhadores ativos residentes nas áreas de abrangência dos CEREST do Brasil. Como os CEREST não estão implantados em número suficiente para cobertura universal, esta população é restrita e será considerada a PEAO (População Economicamente Ativa Ocupada).

4.2 Fontes de dados

Os dados referentes à PEAO, originaram-se do site do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). A partir das bases de dados do SINAN cedidas pela CG-SAT/MS (Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador/ Ministério da Saúde), disponibilizadas pelo MS foram estimados os números de AT notificados, por unidade notificante e município de notificação para cada ano de interesse.

Os dados para construção das variáveis preditoras foram obtidos da base de dados do FormSUS/MS (Formulário SUS). Trata-se de um sistema do DATASUS (Departamento de Informática do SUS) que foi alimentado por dados provenientes das respostas dadas pelos CEREST ao questionário “Acompanhamento das ações em Saúde do Trabalhador desenvolvidas pelos CEREST”. Este questionário foi distribuído pelo MS para todos os CEREST com o intuito de demonstrar o estágio de implantação e consolidação da RENAST. Foram respondidos pelos coordenadores e outros membros da equipe dos CEREST.

4.3 Definição de variáveis

As variáveis preditoras foram agrupadas em três dimensões: 1) Gestão e Organização do Serviço; 2) Ações Desenvolvidas; 3) Informações de AT. Na dimensão Gestão e Organização do Serviço, as subdimensões selecionadas foram: 1) Tempo de Funcionamento; 2) Instalações Físicas; 3) Possuir Equipe Mínima; 4) Equipe Compatível com a Demanda; 5) Possuir Conselho Gestor; 6) Possuir CIST (Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador) Estadual; 7) Possuir CIST Municipal (Tabela 1).

A dimensão Ações Desenvolvidas compreende as sub-dimensões: 8) Ações de vigilância; 9) Atendimento às Demandas Externas para Ações de Vigilância (9.1 – Sindicatos; 9.2 – Mídia); 10) Participação de Trabalhadores Externos nas Ações de Vigilância; 11) Estruturação da Rede Sentinela; 12) Capacitação de Profissionais da Rede Sentinela; 13) Produção e Análise de Dados de Mortalidade; 14) Produção e Análise de Dados de Morbidade. Na dimensão Informações de AT, as sub-dimensões são: 15) Implantação das Atividades Referentes à Notificação de AT graves (fatais); 16) Implantação das Atividades Referentes à Notificação de AT graves (com mutilações); 17) Implantação das Atividades Referentes à Notificação de AT graves (com crianças e adolescentes); e 18) Implantação das Atividades Referentes à Notificação de AT com Exposição a Material Biológico (Tabela 1).

A variável de desfecho é a estimativa da Variação Proporcional (VP) do número de casos de AT, calculada pela diferença entre o número de AT notificados no SINAN entre os anos 2009 e 2007 e dividindo-se o resultado pelo número de AT do ano de referência

inicial (2007). A VP foi calculada para cada CEREST sendo consideradas as notificações de AT grave e de AT com exposição a material biológico dos próprios CEREST e das demais unidades sentinela pertencentes às suas respectivas áreas de abrangência. O ano de 2007 foi o ano de referência, pois foi o ano em que se deu a implantação das fichas de notificação dos agravos relacionados ao trabalho no SINAN.

4.4 Análise

A avaliação dos fatores associados à implantação do SINAN para AT baseou-se no modelo lógico já discutido, sendo composto pelas três dimensões acima referidas. As dimensões correspondem a soma dos pontos de cada resposta das sub-dimensões correspondentes. Para cada dimensão e sub-dimensões também foram consideradas ponderações a depender da importância conferida a cada variável no aumento no número de notificações (Tabela 2).

A aferição do grau de implantação teve como base o escore global obtido em cada dimensão, calculado a partir da divisão da pontuação obtida pela pontuação máxima e multiplicando-se o resultado por 100. A implantação foi classificada nas seguintes categorias de acordo com o somatório dos escores ponderados propostos: implantação avançada, > 75 a 100%; implantação intermediária, > 50 a 75%; implantação incipiente, >25 a 50%; e não implantado, 0 a 25%.

O desempenho dos CEREST avaliado pelo aumento no número de notificação de AT e com exposição a material biológico medido através da VP de AT foi dividido em quatro classificações: VP negativa, VP baixa (entre 0 e 10%), VP média (de 10 até 50%) e VP alta (> 50%).

A medida de associação entre as variáveis preditoras e a VP do número de notificações de AT foi o coeficiente de regressão linear múltipla, verificando-se o nível de significância com o teste F, para um alfa de 0,10. Os coeficientes de regressão foram estimados para dimensões globais inicialmente, considerando-se os escores ponderados e não ponderados e para cada sub-dimensão sendo analisadas separadamente e em seguida conjuntamente com as demais sub-dimensões que compõem as dimensões globais.

Como não se trata de um estudo de hipótese causal, a modelagem foi realizada no intuito de verificar o efeito residual atribuído a cada componente do modelo.

O processamento das informações foi feito no aplicativo SAS versão 9.1. Devido a não-normalidade da distribuição dos dados referentes aos desfechos, foram realizados tratamentos de *outliers* e padronização pelas médias.

5. Resultados

Dos 178 CEREST existentes no Brasil em março de 2009, 128 CEREST haviam respondido ao questionário do FormSUS até novembro de 2009. Destes, três CEREST foram descartados devido à falta de dados completos de identificação. Participaram do estudo 125 CEREST, sendo 22 estaduais, 101 regionais e 2 municipais. São Paulo é o estado que concentra maior número de CEREST (27). Das regiões, a Sudeste tem o maior número de unidades (51) enquanto que a região Norte tem apenas 15 CEREST (Figura 3). A distribuição dos estados por CEREST regionais e municípios que compõem suas respectivas áreas de abrangência está apresentada no Quadro 1.

São 65.630 (em 1000) trabalhadores ocupados no Brasil, com um percentual de cobertura por ações de CEREST regionais de 71,5%, conforme dados disponíveis. Este percentual variou de 19,9% no Mato Grosso até 128,2%, na Paraíba (Tabela 1).

5.1 CEREST estaduais

Em geral, a implantação dos CEREST estaduais foi alcançada para a maioria dos estados (Figura 4). Em relação à Dimensão Gestão e Organização dos Serviços, observa-se que 63,64% foram considerados com implantação intermediária, e 4,5% não implantados. Para a dimensão Ações Desenvolvidas, 59,1% tiveram implantação intermediária. A Produção de Disseminação de Informação sobre Acidentes de Trabalho foi considerada com implantação avançada por 45,45% das unidades (Figura 5).

Na dimensão Gestão e Organização do Serviço os melhores desempenhos foram observados nos estados da Bahia e do Pará pois tiveram as maiores pontuações em todas as sub-dimensões, exceto para a existência de CIST municipal, no caso da Bahia e para a existência de conselho gestor, no caso do Pará. Em seguida, estão os CEREST do Piauí, Paraíba e Mato Grosso do Sul, que obtiveram as maiores pontuações em cinco das sete sub-dimensões apresentadas. Os CEREST do Espírito Santo, Paraná e Santa Catarina tiveram apenas duas sub-dimensões com pontuações positivas (Tabela 3).

A sub-dimensão melhor avaliada nesta dimensão refere-se ao fato de possuírem CIST Estadual. Apenas os CEREST de Rondônia, Espírito Santo e Santa Catarina não obtiveram pontuações positivas para esta sub-dimensão. Na sub-dimensão relacionada à Equipe Mínima apenas os estados do Pará, Santa Catarina, Rio Grande do Sul e Mato Grosso não obtiveram as melhores pontuações. A existência de conselho gestor só foi referida em três estados (Tabela 3).

Para a dimensão Ações Desenvolvidas, a maioria dos CEREST estaduais não obteve boas pontuações. Os CEREST do Amapá e de Minas Gerais apresentaram os melhores resultados, tendo cinco das sete sub-dimensões que compõem esta dimensão, entre as categorias com melhores pontuações. Quatro estados não obtiveram nenhuma pontuação positiva para as sub-dimensões e um estado (Mato Grosso do Sul) teve apenas uma pontuação positiva, a que se refere à Capacitação dos Profissionais da Rede Sentinela (Tabela 4).

As variáveis com melhores pontuações nesta dimensão foram o desenvolvimento de ações de vigilância e a participação de trabalhadores externos para ações de vigilância. Em seguida, estão as variáveis referentes à estruturação da rede sentinela e capacitação dos profissionais das unidades sentinela. As estimativas de morbidade foram pontuadas positivamente apenas para três estados: Bahia, Rio Grande do Norte e Espírito Santo (Tabela 4).

Os indicadores de avaliação dos CEREST estaduais para a dimensão Informação de AT estão descritos na Tabela 5. Todos os CEREST estaduais da região Centro-Oeste

referiram as melhores pontuações para todas as sub-dimensões. Na região Nordeste, apenas os CEREST da Bahia e da Paraíba tiveram boas pontuações. Dez CEREST não apresentaram bom desempenho em nenhuma das sub-dimensões analisadas nesta dimensão. As sub-dimensões referentes à Implantação das Atividades Previstas para as Notificações de AT graves (fatais) e de AT com Exposição a Material Biológico foram as melhores pontuadas.

No Brasil, entre 2007 e 2009, o aumento relativo da notificação de AT graves foi 55,7% e para AT com exposição a material biológico foi de 53,6,9%. Em relação à notificação do AT grave, surpreendentemente, o Rio de Janeiro foi o único que apresentou variação negativa, -62,3% (Tabela 6). Apesar da RENAST implantada, em 2007, não houve notificação de AT em Alagoas, Paraná e Goiás (Figura 6). Variação baixa foi observada em 62,5% dos CEREST, 25% variaram entre 10 e 50% e apenas 8,33% apresentaram variação alta, maior de 50% (Tabela 6).

Para a VP do número de notificações de AT com exposição a material biológico, apenas o estado do Amazonas apresentou variação negativa (-62,0%). A maioria dos CEREST (80,8%) tiveram variação baixa enquanto que 15,38% tiveram variação média. A classificação alta não foi encontrada para este tipo de AT (Tabela 6; Figura 6).

O aumento no número de notificações de AT graves, analisados a partir da regressão linear múltipla estão associados a cinco sub-dimensões. Na dimensão Gestão e Organização do Serviço, e a existência do Conselho Gestor ($\beta=36,2$; $p<0,10$), quando analisada separadamente apresentou associação positiva. O Tempo de Funcionamento contribuiu para o aumento das notificações nos dois modelos de regressão, o univariado ($\beta=11,94$; $p<0,10$) e o modelo com todas as sub-dimensões de cada dimensão ($\beta=11,93$; $p<0,10$). Entre as Ações Desenvolvidas, apenas as estimativas de morbidade ($\beta=4,72$; $p<0,10$) mostraram associação positiva, analisada separadamente. Na dimensão Informações de AT a Implantação das Atividades Previstas para as Notificações de AT graves (fatal) ($\beta=5,18$; $p<0,10$) e de AT grave, com mutilação ($\beta=5,08$; $p<0,10$) tiveram associação positiva com o aumento proporcional da notificação (Tabela 8).

Na Tabela 8 observa-se que apenas duas sub-dimensões apresentaram associação positiva com o aumento das notificações de AT com exposição a material biológico: existência de equipe mínima ($\beta=19,9$; $p<0,10$) e estruturação da rede sentinela ($\beta=3,5$; $p<0,10$). As ações de vigilância, o atendimento de demandas de setores externos em geral e dos sindicatos, em particular, tiveram coeficientes de regressão estatisticamente significantes para associação negativa com o aumento das notificações, o que não é explicado pelo modelo lógico proposto para operacionalização do SINAN para AT.

5.2. CEREST regionais e municipais

Os CEREST municipais do estudo são apenas dois e têm populações semelhantes às dos CEREST regionais. Por isso, nos referiremos a este grupo apenas como CEREST regionais.

Para os 103 CEREST regionais as três dimensões foram classificadas como implantadas para a maioria das unidades. Na dimensão Gestão e Organização do Serviço, 54,7% dos CEREST foram classificados no nível de implantação intermediário. A dimensão Ações Desenvolvidas apresentou percentual semelhante para os CEREST com implantação intermediária (50,49%). A dimensão Informações de AT foi a que apresentou melhores resultados, com 83,5% implantados sendo 28,2% com nível intermediário e 55,3% com nível avançado (Figura 7).

A distribuição das categorias com as melhores pontuações de cada sub-dimensão referidas pelos CEREST regionais estão descritas na Tabela 7. Nesta classificação, a dimensão que concentrou os melhores resultados foi a dimensão Gestão e Organização do Serviço, com os maiores percentuais para o início de funcionamento antes de 2003 ($n=77$; 77,8%), existência de equipe mínima ($n=68$; 68,0%) e instalações físicas excelentes ou boas ($n=67$; 66,3%). Em seguida, a dimensão Informações de AT também apresentou bons percentuais, destacando-se a implantação das atividades de notificações de AT com exposição a material biológico ($n=74$; 71,84) e AT fatais ($n=68$; 66,7%). Entre todas as sub-dimensões, as estimativas de morbidade ($n=13$; 12,7%) e a participação dos trabalhadores externos nas ações de vigilância ($n=20$; 20,8%) foram as que tiveram menor percentual.

Todas as sete sub-dimensões que compõem a dimensão Gestão e organização dos serviços tiveram as suas melhores categorias pontuadas para os CEREST regionais cujos municípios sede são: Mauá-SP, Osasco-SP, Quixeramobim-CE, Santa Maria-RS. Os CEREST regionais sediados nos municípios de Irati-PN e Itaberaba-BA, foram os que, nesta dimensão obtiveram apenas duas variáveis com as melhores pontuações.

Para a dimensão Ações Desenvolvidas, a maioria dos CEREST regionais não tiveram as melhores pontuações. Das 10 sub-dimensões que compõem esta dimensão, os CEREST que tiveram 8 sub-dimensões com as melhores pontuações são os sediados nos municípios de Feira de Santana-BA, Teixeira de Freitas-BA e Andradas-MG. 13 CEREST não tiveram nenhuma das sub-dimensões com pontuações satisfatórias.

A dimensão Informações de AT teve a grande maioria dos CEREST regionais entre as melhores pontuações. Dos CEREST que informaram, 43 tiveram boas pontuações para todas as quatro sub-dimensões que compõem a dimensão e 16 não obtiveram boas pontuações para nenhuma sub-dimensão.

A VP do número de AT graves e com exposição a material biológico foi estimada para os CEREST regionais considerando-se as notificações de suas respectivas unidades sentinela. Quanto aos AT graves notificados, o percentual de CEREST em cada classificação de VP foi semelhante: 27,2% tiveram variação baixa, 23,3% variação média e 25,2% variação alta. Os resultados relacionados ao aumento das notificações de AT com exposição a materiais biológicos demonstraram que 30% tiveram queda no número de notificações. Em contrapartida, 28,2% apresentaram variação alta, acima de 50% e a classificação “variação média” foi atribuída a 27,2% dos CEREST.

Os coeficientes de regressão linear para a VP de AT graves revelou associação positiva da equipe mínima ($\beta=59,03$; $p<0,10$) com o aumento das notificações destes acidentes. Para a VP de AT com exposição a material biológico os coeficientes de regressão demonstraram associação positiva do aumento das notificações com: instalações físicas ($\beta=21,36$; $p<0,10$); existência da CIST municipal ($\beta=42,34$; $p<0,10$); ações de vigilância

($\beta=25,13$; $p<0,10$); capacitação dos profissionais da rede sentinela ($\beta=13,11$; $p<0,10$); e estimativas de morbidade ($\beta=18,33$; $p<0,10$).

6. Discussão

Para o Brasil, consideramos que o percentual de cobertura por ações dos CEREST é razoável. No entanto, há concentração de CEREST regionais em determinados estados e regiões, enquanto que em outras, os percentuais de cobertura são muito baixos. A que se considerar também que o perfil produtivo e participação ativa de trabalhadores organizados de alguns estados justificam esta concentração de CEREST, como por exemplo, no estado de São Paulo.

Aliada a esta realidade, uma das grandes dificuldades para capilarizar as ações de Saúde do Trabalhador a nível municipal é a priorização do desenvolvimento das ações para os municípios sede de CEREST em detrimento dos outros municípios que compreendem a área de abrangência. Hoefel & Silva (2005) afirmam que a lógica da RENAST não corresponde à organização do SUS centrada na municipalização. Uma das conseqüências é alta subnotificação dos agravos relacionados ao trabalho, inclusive dos AT.

Os resultados deste estudo revelaram que para os CEREST estaduais, apesar de não terem todas as dimensões implantadas, o desempenho em relação ao aumento no número de notificações de AT foi melhor do que para os CEREST regionais. No entanto, este resultado deve ser interpretado com cautela, pois as características e ações dos CEREST estaduais provavelmente não sejam suficientes para promover o aumento das notificações de AT em todo o estado. É possível que este desempenho esteja relacionado às ações dos CEREST regionais em cada Unidade Federada.

Avaliando separadamente cada unidade de análise, os CEREST, tanto os estaduais, quanto os regionais apresentaram situações bastante distintas de implantação das dimensões e, conseqüentemente da VP. Ou seja, não existe homogeneidade no nível de implantação da RENAST para as ações relacionadas às notificações do AT. Diferenças

no grau de implantação das ações de Vigilância à Saúde do Trabalhador também foram observadas por Machado (2005) o que reflete de forma imperiosa nas notificações de AT.

Na escolha das sub-dimensões da dimensão Gestão e Organização do Serviço, as variáveis relacionadas a recursos materiais e recursos financeiros também poderiam ter sido incluídas na análise, porém os dados que dispúnhamos, para este estudo não eram suficientes. Na dimensão Ações Desenvolvidas, a instalação do aplicativo do SINAN no próprio CEREST, apesar de ser uma variável importante do modelo proposto, também não foi apresentada por falta de dados.

As respostas dadas pelos CEREST nas diversas sub-dimensões aqui se traduzem em indicadores de avaliação. Os CEREST estaduais obtiveram distribuição bastante diversificada. Os estados da Bahia, Pará, Amapá, Minas Gerais e todos os estados da Região Centro-oeste foram os que apresentaram melhores indicadores. Como esperado, os melhores resultados para as variáveis preditoras direcionam os CEREST para um melhor desempenho para as variáveis de desfecho. Isso foi constatado, pois os todos os estados acima descritos tiveram aumento no número de AT notificados.

Os CEREST estaduais tiveram os melhores indicadores de avaliação para as seguintes sub-dimensões: a existência da CIST estadual, o desenvolvimento de ações de vigilância, a participação de trabalhadores externos para ações de vigilância e a implantação de atividades previstas para a notificação dos AT grave e com exposição a material biológico. Em seguida, estão as variáveis referentes à estruturação da rede sentinela e capacitação dos profissionais das unidades sentinela. A importância dessas variáveis coincide com o modelo lógico proposto, o que denota a situação favorável dos CEREST estaduais para o aumento das notificações.

Muitas sub-dimensões destacadas entre as que tiveram melhores indicadores de avaliação para os CEREST estaduais, também tiveram associação positiva com o aumento das notificações de AT. Para os AT graves, destacam-se: CIST estadual, estruturação da rede sentinela e as atividades previstas para as notificações de AT graves (com crianças e adolescentes). Além destas, o tempo de funcionamento e o

atendimento às demandas da mídia para as ações de vigilância, também tiveram associação positiva.

O tempo de funcionamento foi incluído na análise no intuito de comprovar a sua importância para o aumento das notificações de AT. Sabemos que quanto maior o tempo de funcionamento maior será a possibilidade de implantação eficaz. No entanto, para fins de análise, neste estudo esta sub-dimensão não foi considerada como uma variável com grandes contribuições para o desempenho. O envolvimento dos recursos da mídia nas ações de saúde do trabalhador é imprescindível. A divulgação das questões do campo da saúde do trabalhador realizada pela mídia facilita o acesso dos trabalhadores aos serviços e conseqüentemente, a identificação e notificação dos casos.

A presença da equipe mínima teve associação positiva com o aumento no número de notificações de AT com exposição a materiais biológicos, para os CEREST estaduais. Apesar da medida de associação utilizada só ter revelado a importância da equipe mínima apenas para as notificações de AT com exposição a material biológico entendemos que a equipe técnica impulsiona o processo de produção de informações sendo essencial para o desenvolvimento de todas as ações previstas para as notificações.

Os CEREST regionais tiveram resultados semelhantes aos dos CEREST estaduais para os indicadores de avaliação das sub-dimensões relacionadas ao tempo de funcionamento, a existência de equipe mínima e a implantação das atividades previstas para as notificações de AT fatal e com exposição a material biológico. Para a maioria dos CEREST regionais as instalações físicas também foram pontuadas como excelentes ou boas. Esta sub-dimensão será analisada juntamente com as outras sub-dimensões que compõem a dimensão Gestão e Organização do Serviço. É importante como facilitadora para o desenvolvimento das ações, em especial para atividades de grupos que necessitam de uma maior capacidade física instalada. No entanto, a ausência de instalações físicas adequadas não configura-se em obstáculos reais para a execução das ações previstas para as notificações.

Os estados que concentraram maior número de CEREST regionais com melhores indicadores de avaliação foram os estados de São Paulo e da Bahia. Esses estados estão entre os três que com maior concentração de CEREST regionais o que aumenta a possibilidade de apresentarem resultados satisfatórios quando analisados de forma agregada, para a Unidade Federada.

Grande parte dos CEREST regionais apresentaram resultados animadores em relação às atividades previstas para a implantação das notificações de AT, o que explica o bom percentual de CEREST que tiveram aumento no número de notificações de AT, tanto para AT graves como para AT com exposição a material biológico. Mesmo assim, ainda há muitos CEREST que não tiveram qualquer variação e outros que tiveram variação negativa. Estes CEREST estão entre os que não obtiveram bons indicadores de avaliação para as sub-dimensões e dimensões estudadas e que precisam rever suas programações com vistas às melhorias na qualidade do serviço oferecido aos trabalhadores.

A análise de regressão demonstrou que a existência da equipe mínima, o funcionamento do Conselho Gestor, o desenvolvimento de ações de vigilância e a capacitação dos profissionais da rede sentinela contribuíram positivamente com o aumento do número de AT notificados pelos CEREST regionais. Além destes, a utilização de estimativas de mortalidade também tiveram associação positiva. Provavelmente pelo fato da equipe desenvolver atividades sistemáticas de tratamento e cruzamento de dados, o que leva a identificação de novos casos. Como exemplo, a utilização dos dados do SIM (Sistema de Informações sobre Mortalidade) facilita a identificação de óbitos por AT.

O funcionamento das instâncias de controle social, aliado às ações de articulação intersetorial e às ações de vigilância, facilitam a identificação e encaminhamento dos casos às unidades notificantes, incluindo o CEREST. A Portaria 2728/09 do MS (Brasil, 2009) define que o controle social nos serviços que compõem a RENAST se dá com a participação de trabalhadores e empregadores, por meio das Conferências de Saúde, Conselhos de Saúde e das CIST que são vinculadas aos Conselhos de Saúde. Os conselhos gestores dos CEREST, por sua vez executam as ações a partir das

recomendações dos Conselhos de Saúde. Silveira et al (2005) comentam que através do controle social, um colegiado com várias instituições e diversos atores sociais ligados ao mundo do trabalho e dos direitos sociais traçam diretrizes, acompanham a execução e avaliam as ações de saúde do trabalhador.

As notificações e investigações dos AT estão entre os principais requisitos para as ações de vigilância. Neste sentido, Alves (2003) ressalta que investir na Vigilância em Saúde do Trabalhador é aprofundar o conhecimento sobre o processo de sofrimento, adoecimento e morte dos trabalhadores brasileiros.

Incentivos para a conformação de uma rede com unidades notificantes refletem-se nas ações de estruturação da rede sentinela e de capacitação dos profissionais. Estas ações favorecem a consolidação das estratégias de implantação do SINAN e a continuidade das atividades desenvolvidas em busca da superação dos altos números de AT subnotificados.

Uma das principais vantagens deste estudo é a incorporação da avaliação de serviços de saúde tendo como foco o CEREST que é uma unidade com diversas particularidades. A abrangência nacional da pesquisa permitiu uma abordagem ao nível do SUS sendo uma oportunidade de sinalizar os benefícios deste investimento para toda população trabalhadora.

Contudo, os diversos tipos de recursos aplicados nos processo de gestão dos CEREST, alerta para resultados ainda tímidos no que diz respeito às informações de AT. O SINAN é um instrumento essencial na prevenção destes agravos, porém a implantação das notificações dos AT está em fase inicial para todo o Brasil. Entretanto, considerando o tempo de disponibilização do SINAN para a Saúde do Trabalhador, esperamos que os reflexos das ações desenvolvidas tenham êxitos progressivos.

Foi demonstrada a importância e potencialidades dos CEREST na produção de informações na área de saúde do trabalhador. Nesta perspectiva, estratégias que favoreçam o aumento das notificações precisam ser desenvolvidas. Uma iniciativa

concreta do MS é o processo de pactuação para os anos 2010 e 2011 dos indicadores de saúde do Pacto pela Vida, um dos componentes do Pacto pela Saúde, que já aponta para esta tendência. Estimula todos os gestores municipais a se comprometerem com as ações de saúde do trabalhador a partir da notificação de agravos relacionados ao trabalho.

7. Referências

ALVES, R. B. **Vigilância em saúde do trabalhador e promoção da saúde: aproximações possíveis e desafios.** Caderno Saúde Pública. Vol. 19. n. 1. Rio de Janeiro, 2003.

AYRES, I.B.S.J.; NOBRE, L.C.C. Vigilância em Saúde do Trabalhador. IN: Bahia, Secretaria Municipal de Saúde do Estado. Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde. Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador. **Manual de normas e procedimentos técnicos para vigilância da saúde do trabalhador.** Salvador: CESAT/SESAB, 2002.

BAHIA, Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. **Plano Diretor de Regionalização 2007.** Disponível : <http://www.saude.ba.gov.br/mapa%5Fbahia> Acesso em: 25/06/09.

BAHIA, Secretaria Estadual de Saúde. Rede Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador – RENAST. Distribuição dos CEREST. Atualizado em 22/01/09. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/cesat/Renast1.html> Acesso em: 01/08/09.

BAHIA, Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. **Portaria nº 3354 de 11 de dezembro de 2008. Estabelece as atribuições do SUS/BA quanto ao desenvolvimento das ações de vigilância da saúde do trabalhador.** Salvador, 2008.

BRASIL, M. S. **Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador Manual de Gestão e Gerenciamento.** Fundo Nacional de Saúde/ COSAT. São Paulo, 2006.

BRASIL, M. S. **Notificação de Acidentes do Trabalho fatais, graves e com crianças e adolescentes.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília, 2006.

BRASIL, M. S.; Secretaria de Políticas de Saúde. **Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência.** Revista de Saúde Pública. Vol. 34. n. 4. São Paulo, 2001.

BRASIL, MS; **Manual do Sistema de Informações de Agravos de Notificação Sinan Net.** Ministério da Saúde, DATASUS; Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília, 2007.

BRASIL, Lei nº 8213, de 24 de julho de 1991. Dispõem sobre planos de benefícios da previdência social e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do

Brasil, Brasília, DF, 14 ago. 1998. In: **SISLEX: Sistema de Legislação, Jurisprudência e Pareceres da Previdência e Assistência Social. [S.I.]: DATAPREV, 1999.** Disponível em: <http://www81.dataprev.gov.br/sislex>. Acesso em: 21/06/09.

BRASIL, MS. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Legislação em Saúde: caderno de legislação em saúde do trabalhador.** 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL, M. S. **Política Nacional de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde. Portaria nº 1.125/GM de 6 de julho de 2005.** Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-1125.htm> Acesso em: 23/06/09.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.437/GM de 7 dezembro de 2005. Dispõe sobre a ampliação e o fortalecimento RENAST** Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-2437.htm> Acesso em: 24/06/09.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.728 de 11 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST).**

CORDEIRO, R. et al. **Subnotificação de acidentes do trabalho não fatais em Botucatu, SP, 2002.** Revista Saúde Pública. Vol 39. n. 2, São Paulo, 2005.

CONCEIÇÃO, P. S. A.; NOBRE, L. C. da C. Sistemas de Informações em Saúde do Trabalhador. IN: BAHIA, Secretaria Municipal de Saúde do Estado. Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde. Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador. **Manual de normas e procedimentos técnicos para vigilância da saúde do trabalhador.** Salvador: CESAT/SESAB, 2002.

DIAS, E.C.; HOEFEL, M.G. **O desafio de implementar as ações de Saúde do Trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST.** Ciência & Saúde Coletiva. Vol 10, 2005.

FACHINI et al. **Sistema de Informação em Saúde do Trabalhador: desafios e perspectivas para o SUS.** Ciência & Saúde Coletiva. Vol 10. n. 4, Rio de Janeiro, 2005.

FILHO et al. **Sistema de informação para a ação: subsídios para a atuação prática dos programas de saúde dos trabalhadores a nível local.** Caderno de Saúde Pública. Vol. 9 n. 2. Rio de Janeiro, 1993.

FILHO, N de A; ROUQUAYROL, M. Z. Análise de Dados Epidemiológicos. IN: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e Saúde.** 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

FURTADO, J. P. Avaliação de Programas e Serviços. IN: CAMPOS et al. **Tratado de Saúde Coletiva.** São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

GOMEZ, C. M; LACAZ, F. A. de C. **Saúde do Trabalhador: novas-velhas questões.** Ciência & Saúde Coletiva. Vol. 10. n. 4. Rio de Janeiro, 2005.

GOMEZ, C. M; THEDIM-COSTA, S. M. da F. **A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas.** Caderno Saúde Pública. Vol. 13, Rio de Janeiro, 1997.

HARTZ, Z. M de A; SILVA, L. M. V. da S. **Avaliação em Saúde Dos modelos Teóricos à Prática na Avaliação de Programas e Sistemas de Saúde.** Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

HOEFEL, M. G.; DIAS, E.C. & SILVA, J.M. **A atenção à Saúde do Trabalhador no SUS: a proposta de constituição da RENAST.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/3cnst>>.

JACOBINA, A. et al. Vigilância de Acidentes de Trabalho Graves e com Óbito. IN: BAHIA, Secretaria Municipal de Saúde do Estado. Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde. Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador. **Manual de normas e procedimentos técnicos para vigilância da saúde do trabalhador.** Salvador: CESAT/SESAB, 2002.

KATO, M.; SANTANA, V. **Sistema de Gestão em Saúde Ocupacional.** Vol 8. Brasília, 2006.

LACAZ, F. A. de C. **O campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde.** Caderno de Saúde Pública. Vol. 23. Rio de Janeiro, 2007.

MACHADO, J. M. H. **A propósito da Vigilância em Saúde do Trabalhador.** Ciência & Saúde Coletiva. Vol. 10. n. 4. Rio de Janeiro, 2005.

MACHADO, J. M. H.; GOMEZ, C. M. Acidentes de trabalho: concepções e dados. IN: MINAYO, M. C de S. **Os muitos Brasis: saúde e população na década de 80.** São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1999.

MACHADO, J. M. H.; PORTO, M. F. de S. **Promoção da saúde e intersectorialidade: a experiência da vigilância em saúde do trabalhador na construção de redes.** Epidemiologia e Serviços de Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Vol 12, 2003. Brasília: Ministério da Saúde, 1992

MEDINA, M. G. et al. Uso de Modelos Teóricos na Avaliação em Saúde: Aspectos Conceituais e Operacionais. IN: HARTZ, Z. M de A; SILVA, L. M. V. da S. **Avaliação em Saúde Dos modelos Teóricos à Prática na Avaliação de Programas e Sistemas de Saúde.** Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

MONTEIRO, M.S. et al. **O ensino de Vigilância à Saúde do Trabalhador no curso de Enfermagem.** Revista da Escola de Enfermagem da USP. Vol 41, 2007.

MOTA, E.; CARVALHO, D. M.; Sistemas de informação em saúde. IN: ROUQUAYROL,

M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

NOBRE, L.C.C.; JACOBINA. Bases Legais para a Vigilância à Saúde do Trabalhador no SUS. IN: Bahia, Secretaria Municipal de Saúde do Estado. Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde. Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador. **Manual de normas e procedimentos técnicos para vigilância da saúde do trabalhador**. Salvador: CESAT/SESAB, 2002.

OLIVEIRA, P. R. A. Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário: NTEP. In: BRASIL, Ministério da Saúde. **3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador: 3ª CNST: “trabalhar, sim! Adoecer, não! Coletânea de textos**. Ministério da Saúde, Ministério do Trabalho e Emprego, Ministério da Previdência e Assistência Social. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

OMS, Organização Mundial de Saúde. **Plano de Ação Mundial sobre as políticas dos trabalhadores 2008-2017**. OMS, 2007. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/plano_acao_global_oms_2008_2017.pdf
Acesso em: 23/06/09.

SANTANA, V. S. **Introdução à Epidemiologia Ocupacional**. UniSESI. Universidade Federal da Bahia. Instituto de Saúde Coletiva Vol. 3. Brasília, 2005.

SANTANA, V. S. et al. **Acidentes de Trabalho no Brasil – Dados de Notificação do SINAN em 2007 e 2008**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância à Saúde; Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva, Brasília, 2009.

SANTANA, V.; NOBRE, L.; Sistemas de Informações em Saúde do Trabalhador. IN: BRASIL, Ministério da Saúde. **3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador: 3ª CNST: “trabalhar, sim! Adoecer, não!: coletânea do textos**. Ministério da Saúde, Ministério do Trabalho e Emprego, Ministério da Previdência e Assistência Social. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

SANTANA, V.; NOBRE, L; WALDVOGEL, B. C. **Acidentes de Trabalho no Brasil entre 1994 e 2004: uma revisão**. Ciência & Saúde coletiva. Vol. 10. n. 4. Rio de Janeiro, 2005.

SANTANA, V. S. et al. **Gravidade dos acidentes de trabalho atendidos em serviços de emergência**. Revista Saúde Pública. Vol 43. São Paulo, 2009.

SANTANA et al. **Acidentes de trabalho: custos previdenciários e dias de trabalho perdidos**. Revista Saúde Pública. Vol. 40. São Paulo, 2006.

SCHERER et al. **SINAN NET: Um sistema de Informação à Vigilância na Saúde do Trabalhador**. Revista Cogitare Enfermagem. Vol 1. Paraná, 2007.

SILVA, L. M. V. da. Conceitos, Abordagens e Estratégias para Avaliação em Saúde. IN: HARTZ, Z. M de A; SILVA, L. M. V. da S. **Avaliação em Saúde Dos modelos Teóricos**

à Prática na Avaliação de Programas e Sistemas de Saúde. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

SILVA, L. M. V. da; FORMIGLI, V. L. **Avaliação em Saúde: Limites e perspectivas.** Caderno de Saúde Pública. Vol 10 n. 1. Rio de Janeiro, 1994.

SILVEIRA, A. M. et al. O Controle Social no SUS e a RENAST. Ministério da Saúde. **3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador: 3ª CNST: “trabalhar, sim! Adoecer, não! Coletânea de textos.** Ministério da Saúde, Ministério do Trabalho e Emprego, Ministério da Previdência e Assistência Social. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

SPAGNUOLO, R. S.; BALDO, R. C. S.; GUERRINI, I. A. **Análise epidemiológica dos acidentes com material biológico registrados no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador - Londrina-PR.** Revista Brasileira de Epidemiologia. Vol. 11. n. 2. São Paulo, 2008.

TEIXEIRA, C.F; SOLLA, J.P. **Modelo de atenção à saúde Promoção, Vigilância e Saúde da Família.** Salvador: Edufba, 2006.

VILELA, R. A de G; MENDES, E. W. B; GONÇALVES, C. A. H. **Acidente do trabalho investigado pelo CEREST Piracicaba: confrontando a abordagem tradicional da segurança do trabalho.** Revista Brasileira de Saúde Ocupacional. N. 32. São Paulo, 2007.

WALDVOGEL, B. C. **A população trabalhadora paulista e os acidentes do trabalho fatais.** São Paulo Perspectiva. Vol 17 n. 2. São Paulo, 2003.

APÊNDICES

Figura 3. Localização geográfica dos CEREST estaduais, regionais e municipais do estudo.



Figura 4: Distribuição das Unidades Federadas dos CEREST estaduais de acordo o nível de implantação para as dimensões de análise.

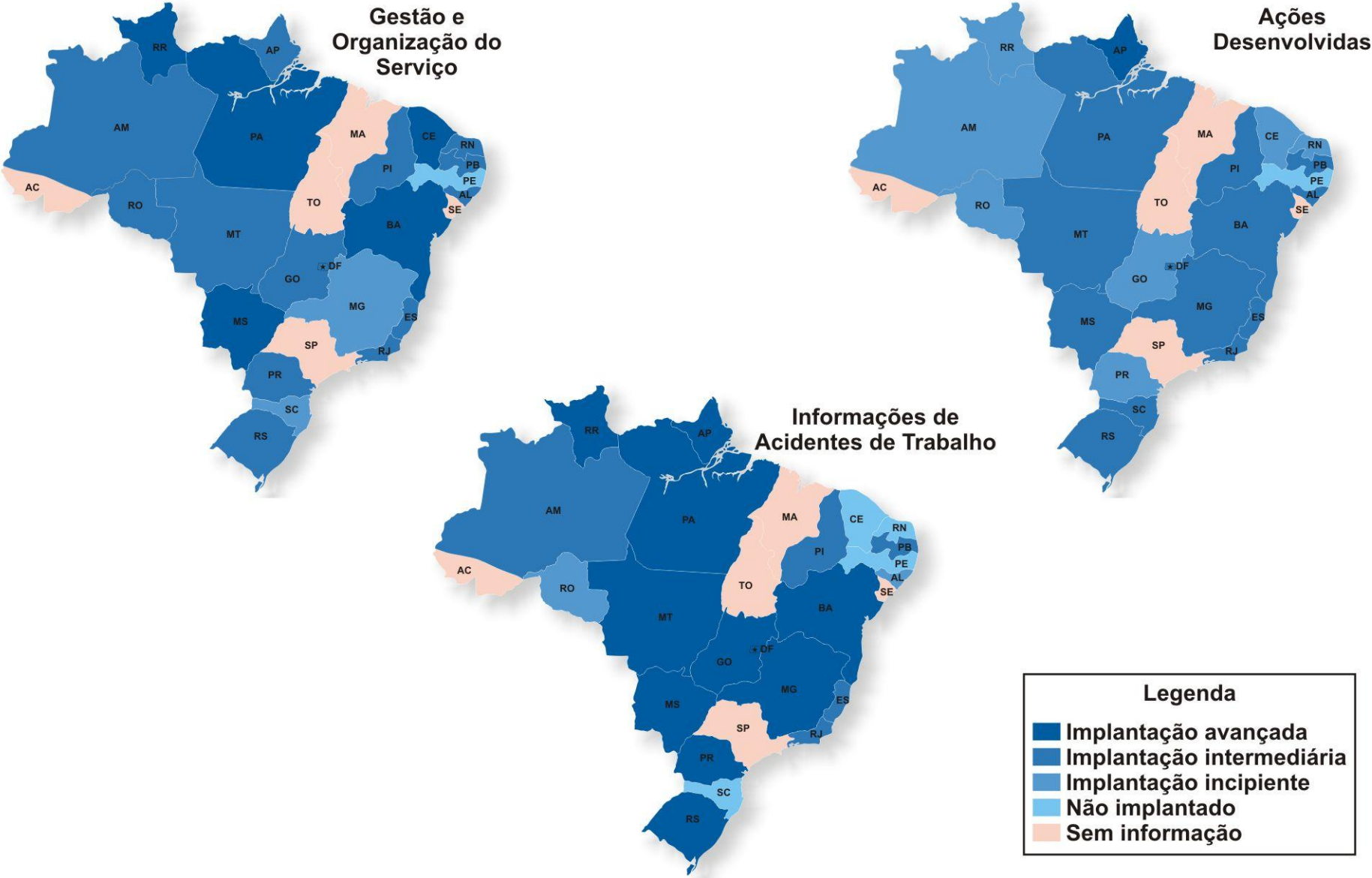


Figura 5: Distribuição dos CEREST estaduais de acordo o nível de implantação para as dimensões de análise.

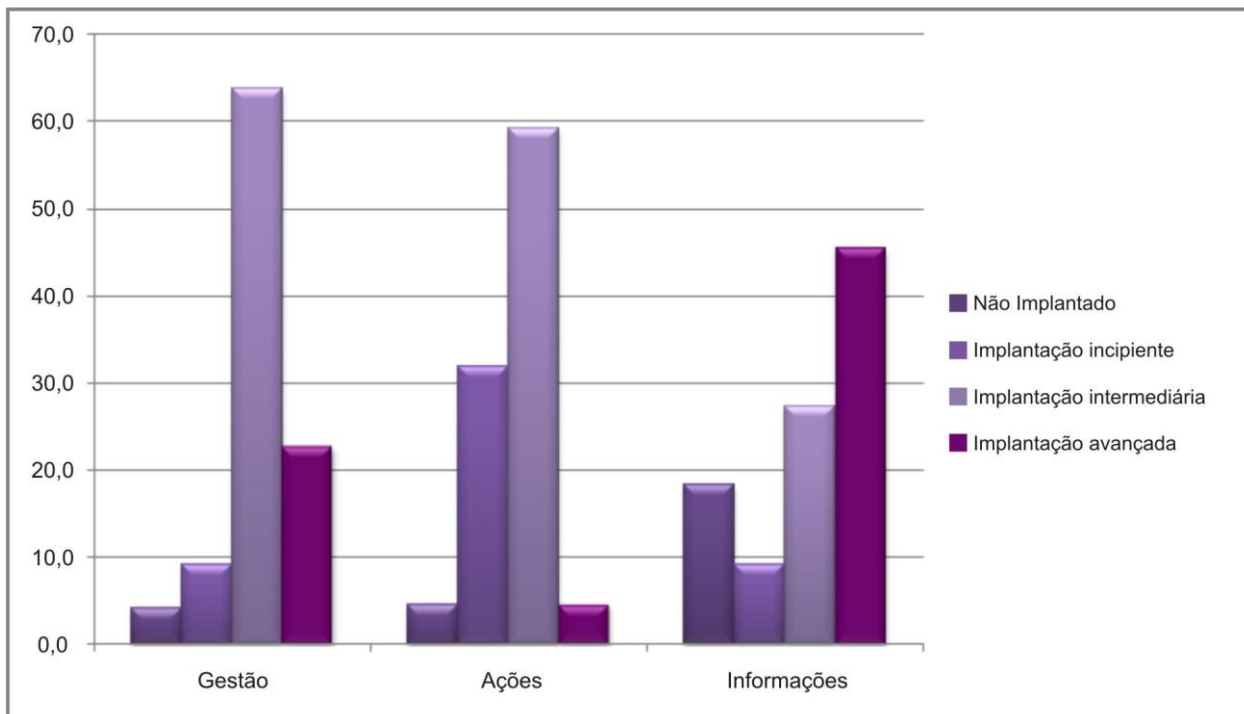
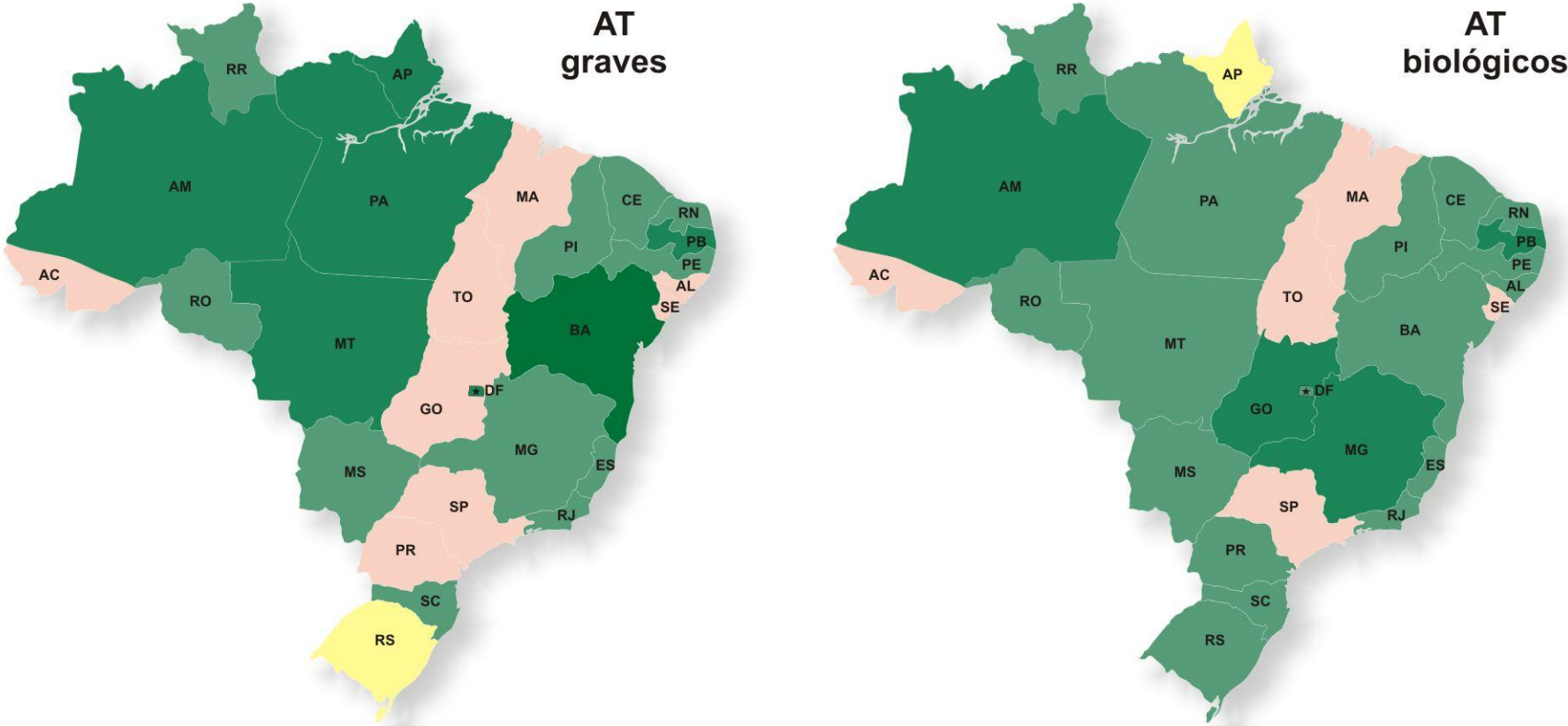


Figura 6: Distribuição das Unidades Federadas de acordo o desempenho dos CEREST estaduais na VP (Variação Proporcional) do número de Acidentes de Trabalho (AT) graves e biológicos notificados no SINAN.



Legenda: ■ VP alta (> 50%) ■ VP média (10 - 50%) ■ VP baixa (0 - 10%) ■ VP negativa ■ Sem informação

Figura 7: Distribuição dos CEREST regionais de acordo o nível de implantação para as dimensões de análise.

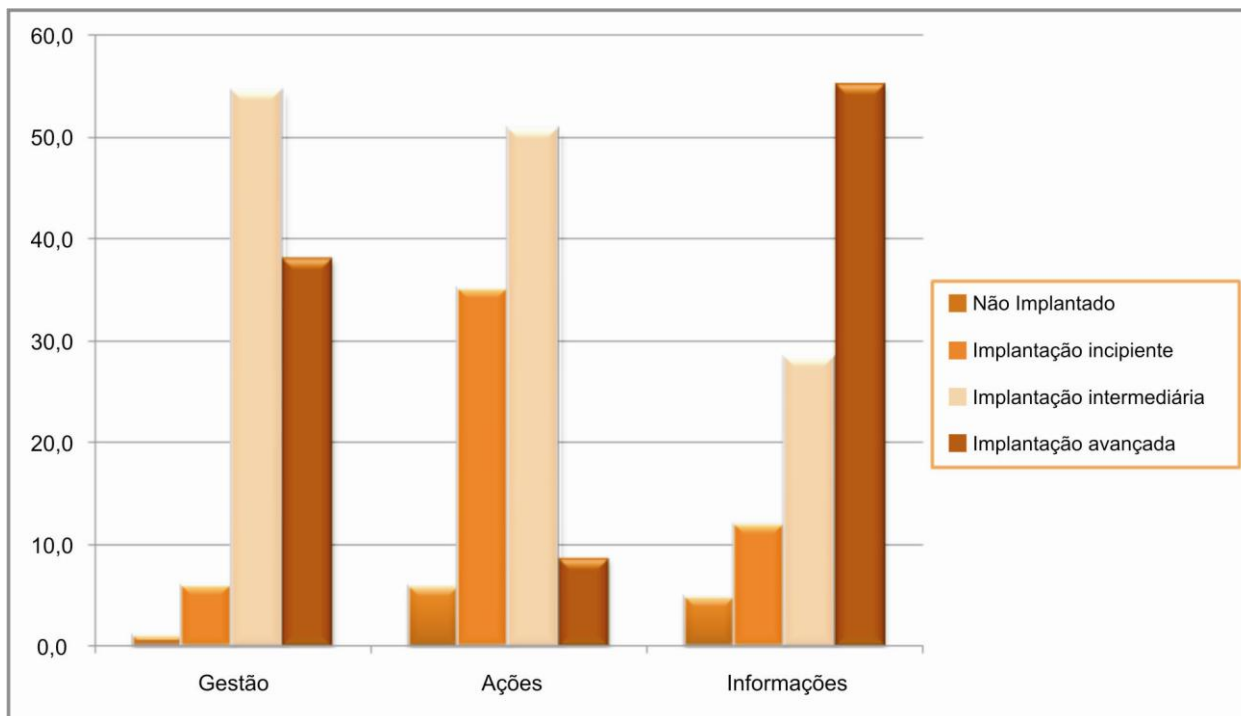


Tabela 1. Dimensões e sub-dimensões utilizadas na análise, com respectivas categorias, códigos e escores ponderados.

Dimensões/Sub-dimensões	Escore	Categorias
		Código / Escore Ponderado
Gestão e organização	76	
1. Tempo de funcionamento do Cerest	12	Depois de 2003 (1/4); Em 2003 (2/8); Antes de 2003 (3/12)
2. Instalações físicas	10	Péssima (1/2); Ruim (2/4); Regular(3/6); Boa(4/8); Excelente (5/10)
3. Possui equipe mínima	10	Não (1/5); Sim (2/10)
4. Equipe compatível com a demanda	20	Péssima (1/4); Ruim (2/8); Regular(3/12); Boa(4/16); Excelente (5/20)
5. Possui conselho gestor	8	Não (1/4); Sim (2/8) (*)
6. Possui CIST ¹ estadual	8	(*)
7. Possui CIST municipal	8	(*)
Ações desenvolvidas	160	
8. Ações de vigilância em ambientes de trabalho	24	Não previsto (1/4); Previsto (2/8); Em planejamento (3/12); Em implantação (4/16); Em funcionamento (5/20); Em funcionamento pleno (6/24) (**)
9. Atendimento a demandas externas para ações de vigilância ²	10	Nunca (1/2); Raramente (2/4); À vezes (3/6); Regularmente (4/8) Sempre (5/10) (***)
9.1 Sindicatos	10	(***)
9.2 Mídia	10	(***)
10. Participação de trabalhadores externos nas ações de vigilância	10	(***)
11. Estruturação da rede sentinela	24	(**)
12. Capacitação de profissionais da rede sentinela	24	(**)
13. Estima mortalidade	24	(**)
14. Estima morbidade	24	(**)
Informações de acidentes de trabalho (AT)	192	
15. Implantação das atividades de notificação de AT fatal	48	Não previsto (1/8); Previsto (2/16); Em planejamento (3/24); Em implantação (4/32); Em funcionamento (5/40); Em funcionamento pleno (6/48) (****)
16. Implantação das atividades de notificação de AT grave (com mutilações)	48	(****)
17. Implantação das atividades de notificação de AT grave (com crianças e adolescentes)	48	(****)
18. Implantação das atividades de notificação de AT grave - com exposição a material biológico	48	(****)

¹CIST: Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador; ²Ministério público, comunidade, empresas e programas especiais

Tabela 2. Cobertura populacional por CEREST regionais/municipais por estado e região.

Regiões e Unidades da Federação	No. de trabalhadores Ocupados (em 1.000)	No. de trabalhadores cobertos por CEREST regionais/municipais	Percentual de cobertura por ações dos CEREST %
N			
Norte	4.371	708	16,2
Acre	187	*	
Amazonas	871	*	
Amapá	146	*	
Pará	2.081	545	26,2
Rondônia	551	*	
Roraima	118	*	
Tocantins	418	163	38,9
Nordeste	16.385	11.368	69,4
Alagoas	898	*	
Bahia	4.582	4.265	93,1
Ceará	2.589	2.249	86,9
Maranhão	1.914	1.351	70,6
Paraíba	1.201	1.194	99,9
Pernambuco	2.648	1.534	57,9
Piauí	1.027	*	
Rio Grande do Norte	912	239	26,2
Sergipe	615	385	62,6
Sudeste	29.088	22.809	78,4
Espírito Santo	1.309	472	36,0
Minas Gerais	7.154	6.435	89,9
Rio de Janeiro	5.556	1.357	24,4
São Paulo	15.070	14.120	93,7
Sul	10.996	7.407	67,4
Paraná	4.056	1.252	30,9
Rio Grande do Sul	4.534	3.764	83,0
Santa Catarina	2.407	2.395	100,0
Centro-Oeste	4.789	2.011	42,0
Distrito Federal	853	*	
Goiás	2.075	1.479	71,2
Mato Grosso	1.017	202	19,9
Mato Grosso do Sul	844	331	39,3
Brasil	65.630	46.913	71,5

*Sem informações de cobertura dos CEREST regionais/municipais

Fontes: População Ocupada – dados do Ibge/Sistema Sidra (2000); Dados dos fornecidos pelos Cerest fornecidos através do FormSUS.

Tabela 3. Distribuição dos indicadores de avaliação (+=sim) dos CEREST estaduais na dimensão Gestão e Organização, de acordo com a unidade da federação.

CEREST estaduais por Unidades Federadas e regiões ¹	Sub-dimensões						
	Tempo de funcionamento	Instalações físicas	Possui equipe mínima	Equipe compatível com a demanda	Possui conselho gestor	Possui CIST ² estadual	Possui CIST municipal
	(Início antes de 2003)	(Excelente/boa)	(Sim)	(Excelente/boa)	(Sim)	(Sim)	(Sim)
Norte							
Amazonas			+	+		+	+
Amapá		+	+	+		+	NI
Pará	+	+	+	+		+	+
Rondônia		+	+	+		-	
Roraima	+		+	+		+	
Nordeste							
Alagoas	+		+			+	+
Bahia	+	+	+	+	+	+	
Ceará		+	+		+	+	
Paraíba	+	+	+			+	+
Pernambuco		NI ³	NI	NI		NI	NI
Piauí		+	+	+	+	+	
Rio Grande do Norte		+	+	+		+	
Sudeste							
Espírito Santo			+	+			
Minas Gerais		+	+	NI		+	
Rio de Janeiro			+			+	+
Sul							
Paraná	+					+	NI
Rio Grande do Sul		+	+				
Santa Catarina	+	NI				+	
Centro-Oeste							
Distrito Federal	+	+	+				
Goiás	+		+	+		+	
Mato Grosso	+	+				+	+
Mato Grosso do Sul		+	+	+		+	+

¹Os Cerests estaduais dos estados do Acre, Tocantins, Maranhão, Sergipe e São Paulo não responderam o questionário do FORMSUS.

² CIST: Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador

³ NI: Não informado

Tabela 4. Distribuição dos indicadores de avaliação (+=sim) dos CEREST estaduais na dimensão Ações desenvolvidas, de acordo com a unidade da federação.

CEREST estaduais por Unidades Federadas e regiões ¹	Subdimensões						
	Ações de Vigilância	Participação de trabalhadores externos nas ações de vigilância	Atendimento a demandas externas para ações de vigilância	Estruturação da rede sentinela	Capacitação dos profissionais da rede sentinela	Estima mortalidade	Estima morbidade
	(Em funcionamento pleno/ em funcionamento)	(Sempre/ Regularmente)	(Sempre/ Regularmente)	(Em funcionamento pleno/ em funcionamento)	(Em funcionamento pleno/ em funcionamento)	(Em funcionamento pleno/ em funcionamento)	(Em funcionamento pleno/ em funcionamento)
Norte							
Amazonas							
Amapá	+	+	+	+	+		
Pará			NI				
Rondônia	+	+	+				
Roraima			NI ²				
Nordeste							
Alagoas	+	+	+		+		
Bahia	+					+	+
Ceará							
Paraíba		+	+	+	+		
Pernambuco	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI
Piauí		+			+		
Rio Grande do Norte				+	+		+
Sudeste							
Espírito Santo	+			+		+	+
Minas Gerais	+	+	NI	+	+	+	
Rio de Janeiro	+					+	
Sul							
Paraná	+					+	
Santa Catarina		+	+	+	+		
Rio Grande do Sul	+	+				+	
Centro-Oeste							
Distrituo Federal		+	+	+			
Goiás	+	+	NI	+	NI	NI	NI
Mato Grosso				+	+		
Mato Grosso do Sul					+		

¹Os Cerests estaduais dos estados do Acre, Tocantins, Maranhão, Sergipe e São Paulo não responderam o questionário do FORMSUS.

² NI: Não informado

Tabela 5. Distribuição dos indicadores de avaliação (+=sim) dos CEREST estaduais na dimensão Informações de acidentes de trabalho, de acordo com a unidade da federação.

CEREST estaduais por Unidades Federadas e regiões ¹	Dimensão Informação/ sub-dimensões			
	Implantação das atividades previstas para notificação de AT ² pelo Cerest			
	Grave/Fatal	Grave/com mutilações	Grave/com crianças e adolescentes	Com exposição a material biológico
Norte				
Amazonas				
Amapá	+	+	+	+
Rondônia				
Roraima	+	+		+
Pará				
Nordeste				
Alagoas				NI ³
Bahia	+	+		+
Ceará				
Paraíba	+			+
Pernambuco				
Piauí				
Rio Grande do Norte				
Sudeste				
Espírito Santo				
Minas Gerais	+	+	+	+
Rio de Janeiro	+	+		+
Sul				
Paraná	+	+	+	+
Rio Grande do Sul	+	+	+	+
Santa Catarina				
Centro-Oeste				
Goiás	+	+	+	+
Distrito Federal	+	+	+	+
Mato Grosso	+	+	+	+
Mato Grosso do Sul	+	+	+	+

¹Os cerests estaduais dos estados do Acre, Tocantins, Maranhão, Sergipe e São Paulo não responderam o questionário do Formsus;

² AT: Acidente de Trabalho;

³ NI: Não informado

Tabela 6. Número de acidentes de trabalho notificados no SINAN por ano e Variação Proporcional (VP) por unidade federada, região e categoria.

Unidades Federadas dos CEREST estaduais por regiões	Número de acidentes de trabalho graves			Número de acidentes de trabalho com exposição a material biológico		
	2007	2009	VP (%)	2007	2009	VP (%)
Norte						
Acre	2	3	50,0	--	4	--
Amazonas	13	198	1.423,1	161	61	-62,1
Amapá	20	720	3.500,0	20	66	230,0
Rondônia	--	21	--	8	50	525,0
Roraima	4	357	8.825,0	86	155	80,2
Pará	3	4	33,3	28	107	282,1
Tocantins	239	545	128,0	105	316	201,0
Nordeste						
Alagoas	5	116	2.220,0	50	655	1.210,0
Bahia	312	743	138,1	217	821	278,3
Ceará	51	659	1.192,2	223	298	33,6
Maranhão	--	263	--	4	178	4.350,0
Paraíba	123	197	60,2	8	119	1.387,5
Pernambuco	2	26	1.200,0	31	155	400,0
Piauí	1	19	1.800,0	4	52	1.200,0
Rio Grande do Norte	66	667	910,6	260	487	87,3
Sergipe	--	183	--	91	279	206,6
Sudeste						
Espírito Santo	7	35	400,0	210	310	47,6
Minas Gerais	681	2631	286,3	1239	2762	122,9
Rio de Janeiro	325	116	-64,3	957	1.084	13,3
São Paulo	16586	20045	20,9	8878	10375	16,9
Sul						
Paraná	784	797	1,7	1582	2497	57,8
Rio Grande do Sul	30	133	343,3	245	449	83,3
Santa Catarina	72	143	98,6	373	713	91,2
Centro-Oeste						
Distrito Federal	6	1102	18.266,7	35	323	822,9
Goiás	26	137	426,9	172	474	175,6
Mato Grosso	196	518	164,3	161	320	98,8
Mato Grosso do Sul	84	193	129,8	81	277	242,0
Brasil	19.638	30.571	55,7	15.229	23.387	53,6

	VP negativa
	VP baixa (entre 0 e 10%)
	VP média (> 10 até 50%)
	VP alta (> 50 %)

Tabela 7. Distribuição dos indicadores de avaliação dos CEREST regionais/municipais por dimensões e sub-dimensões.

Dimensões e sub-dimensões do grau de desempenho do CEREST	No. de CEREST regionais e municipais com melhor desempenho	
	N=103	100,0%
Gestão e organização do serviço		
Início de funcionamento antes de 2003	77	77,8
Possui equipe mínima	68	68,0
Equipe compatível com a demanda (excelente/boa)	58	58,0
Instalações físicas (excelentes/boas)	67	66,3
Possui conselho gestor	49	47,6
Possui CIST ¹ estadual	53	57,6
Possui CIST municipal	60	61,8
Ações desenvolvidas		
<i>Sempre ou regularmente</i>		
Atende a demandas externas para ações de vigilância ¹	48	46,6
Trabalhadores externos participam das ações de vigilância	20	20,8
<i>Em funcionamento pleno ou em funcionamento:</i>		
Realiza vigilância em ambientes de trabalho	62	60,8
Estrutura a rede sentinela	29	29,0
Capacita profissionais da rede sentinela	35	35,7
Estima mortalidade	22	21,6
Estima morbidade	13	12,7
Informações de Acidentes de trabalho		
<i>Em funcionamento pleno/ Em funcionamento:</i>		
Implantação das atividades de notificação dos AT ² fatais	68	66,7
Implantação das atividades de notificação de AT graves (com mutilações)	67	65,7
Implantação das atividades de notificação de AT graves (com crianças e adolescentes)	48	47,5
Implantação das atividades de notificação de AT com exposição a material biológico	74	71,84

¹CIST: Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador

² AT: Acidente de trabalho

Tabela 8. Coeficientes de regressão linear¹ do desempenho dos CEREST estaduais para o aumento de notificações de acidentes de trabalho graves e com exposição a material biológico (2007 e 2009).

Dimensões/Subdimensões	Acidentes graves		Acidentes com exposição a materiais biológicos	
	Modelo 1 univariado β	Modelo 2 (todas as sub-dimensões) β	Modelo 1 univariado β	Modelo 2 (todas as sub-dimensões) β
Dimensão Gestão e organização do serviço				
Sub-dimensões¹				
Tempo de funcionamento	11,94*	11,93*	2,34	3,64
Possui equipe mínima	5,67	6,74	2,70	14,97*
Possui conselho gestor	36,25*	27,31*	-3,43	-6,53
Dimensão Ações desenvolvidas				
Sub-dimensões				
Ações de vigilância em ambientes de trabalho	0,74	0,74	-2,82*	-4,18
Atendimento de demanda de setores externos à rede SUS ²	6,65	6,61	-3,92*	0,03
Sindicatos	2,03	-0,38	-2,20*	-1,01
Estruturação da rede sentinela	2,75	0,35	1,46	3,50*
Utilização de Estimativas de morbidade	4,72*	4,41	0,19	0,15
Dimensão Informações de AT³				
Sub-dimensões				
Implantação das notificações de AT fatal	5,18*	19,80	2,89	7,97
Implantação das notificações de AT graves (com mutilações)	5,08*	-4,64	0,76	-8,91

¹ Apresentadas apenas as sub-dimensões com resultados estatisticamente significantes

² Não ponderadas; ³ Ministério público, comunidade, empresas e programas especiais; ⁴ AT: Acidente de Trabalho; * p<=0,10

Tabela 9. Coeficientes de regressão linear¹ do desempenho dos CEREST regionais e municipais para o aumento de notificações de acidentes de trabalho graves e com exposição a material biológico (2007 e 2009).

Dimensões/Subdimensões	Acidentes graves		Acidentes com exposição a materiais biológicos	
	Modelo 1 univariado	Modelo 2 (todas as sub-dimensões)	Modelo 1 univariado	Modelo 2 (todas as sub-dimensões)
	β	β	β	β
Dimensão Gestão e organização do serviço				
Sub-dimensões²				
Possui equipe mínima	26,61	59,03*	13,30	29,87
Equipe compatível com a demanda	- 11,05	- 39,96*	1,97	- 22,75
Excelentes/boas instalações físicas	8,64	13,13	21,36*	21,36
Possui CIST ³ estadual	1,39	- 12,92	- 22,14	- 36,87*
Possui CIST municipal	28,91	45,61	15,92	42,34*
Dimensão Ações desenvolvidas				
Sub-dimensões				
Ações de vigilância em ambientes de trabalho	- 6,61	6,31	7,37	25,13*
Atendimento de demanda de setores externos à rede SUS ⁴	- 25,42*	- 55,46*	- 16,75*	- 41,36*
Capacitação dos profissionais da rede sentinela	9,66	11,96	13,11*	12,58
Produção e análise de dados de morbidade	15,39	17,68	15,62*	18,33*
Dimensão Informações de AT⁵				
Não ponderada	2,25	3,47	4,43*	4,98*
Ponderada	0,28	0,31	0,55*	0,49
Sub-dimensões				
Implantação das notificações de AT fatal	14,64	14,77	14,91*	4,47
Implantação das notificações de AT graves (com mutilações)	11,74	12,96	17,24*	13,69
Implantação das notificações de AT graves (com crianças e adolescentes)	16,43	22,03	12,53*	7,74
Implantação das notificações de AT com exposição a material biológico	- 21,38*	- 47,69**	4,10	- 9,92

¹ Apresentadas apenas as dimensões e sub-dimensões com resultados estatisticamente significantes; ² Não ponderadas; ³ CIST: Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador; ⁴ Ministério público, comunidade, empresas e programas especiais; ⁵ AT: Acidente de Trabalho; * $p \leq 0,10$; ** $p \leq 0,05$

Quadro 1. Distribuição dos CEREST regionais por Unidade Federada, município sede e municípios das respectivas áreas de abrangência

Estado	Município	Quant.	Municípios da área de abrangência
Alagoas	Arapiraca	48	Arapiraca - Campo - Grande - Coité do Nóia - Craibas - Feira Grande - Girau do Ponciano - Jaramataia - Lagoa da Canoa - Limoeiro de Anadia - Olho D'Água Grande - São Sebastião - Taucarana - Traipu - Batalha - Belo Monte - Jacaré dos Homens - Monteirópolis - Palestina - Pão de Açúcar - São José da Tapera - Água Branca - Delmiro - Gouveia - Inhapi - Mata Grande - Olho D'Água do Casado - Pariconha - Piranhas - Canapi - Carneiros - Dois Riachos - Maravilha - Olivença - Ouro Branco - Olho D'Água das Flores - Poço das Trincheiras - Santana do Ipanema - Senador Rui Palmeira - Belém - Cacimbinhas - Estrela de Alagoas - Igaci - Major Izidoro - Mar Vermelho - Maribondo - Minador do Negrão - Palmeira dos Índios - Quebrangulo - Tanque D'Arca.
Amazonas	Tefé	06	Alvarães - Carauari - Japurá - Juruá - Maraã - Uarini.
Amazonas	Manaus		Careiro da Varzea - Iranduba - Manaquiri - Nova Olinda do Norte - Presidente Figueiredo - Rio Preto da Eva - Manacapuru - Careiro.
Bahia	Barreiras	37	
Bahia	Conceição do Coité		Stª Luz - Araci - Teofilândia - Euclides da Cunha - Serrinha - Quijingue - São Domingos - Euclides da Cunha - Nordestina - Barrocas - Lamarão - Retirolândia - Tucano - Água Fria - Biritinga - Monte Santo - Canudos - Quimadas - Cansanção - Conceição do Coité - Valente.
Bahia	Feira de Santana	24	Amélia Rodrigues - Anguera - Antonio Cardoso - Candeal - Conceição do Jacuípe - Coração de Maria - Feira de Santana - Ichu - Ipecaetá - Ipirá - Irará - Pintadas - Rafael - Jambero - Riachão do Jacuípe - Santa Barbara - Santanópolis - Santo Estevão - São Gonçalo dos Campos - Serra Preta - Tanquinho - Teodoro - Sampaio - Terra Nova - Baixa Grande Capela do Alto Alegre.
Bahia	Itaberaba	25	Andaraí - Boa Vista do Tupim - Bonito - Iaçú - Ibiquera - Itaberaba - Itaetê - Lajedinho - Macajuba - Marcionílio - Souza - Nova Redenção - Ruy Barbosa - Utinga - Wagner - Abaíra - Boninal - Ibitiara - Iraquara - Lençóis - Mucugê - Novo Horizonte - Palmeiras - Piatã - Seabra - Souto - Soares.
Bahia	Itabuna	42	Almadina - Aurelino Leal - Barro Preto - Buerarema - Camacan - Coaraci - Floresta Azul - Gongogi - Ibicaraí - Ibirapitanga - Itabuna - Itaju do Colônia - Itajuípe - Itapé - Itapitanga - Jussari - Pau Brasil - Santa Cruz da Vitória - São José da Vitória - Ubaitaba - Ubatã - Arataca - Canavieiras - Ilhéus - Itacaré - Mascote - Santa Luzia - Una - Uruçuca - Cairu - Camamu - Gandu - Igrapiúna - Ituberá - Maraú - Nilo Peçanha - Nova Ibiá - Piraí do Norte - Taperoá - Teolândia - Valença - Wenceslau Guimarães.
Bahia	Jacobina	19	Caém - Caldeirão Grande - Capim Grosso - Jacobina - Miguel Calmon - Maíri - Mirangaba - Morro do Chapéu - Orolândia - Piritiba - Quixabeira - São José do Jacuípe - Saúde - Serrolândia - Tapiramutá - Umburanas - Varzea da Roça - Varzea do Poço - Varzea Nova.
Bahia	Jequié	25	Aiquara - Apuarema - Barra do Rocha - Boa Nova - Brejões - Cravolandia - Dario Meira - Ibirataia - Ipiatã - Irajuba - Iramaia - Itagi - Itagibá - Santa Inês - Planaltino - Itamarí - Itaquara - Itirucú - Jaguaquara - Jitaúna - Lafayette Coutinho - Lagedo do Tabocal - Manoel Vitorino - Maracás.
Bahia	Teixeira de Freitas	21	Alcobaça - Belmonte - Caravelas - Eunápolis - Guaratinga - Ibirapuá - Itabela - Itagimirim - Itamaraju - Itanhém - Itapebi - Jucuruçu - Lajedão - Medeiros Neto - Mucuri - Nova Viçosa - Porto Seguro - Santa Cruz - Cabralia - Teixeira de Freitas - Vereda.
Bahia	Salvador	09	Itaparica - Lauro de Freitas - Madre de Deus - Santo Amaro da Purificação - São Francisco do Conde - São Sebastião do Passé - Salvador - Saubara - Vera - Cruz.
Bahia	Santo Antônio de Jesus	31	Nazaré das Farinhas - Amargosa - Aratuípe - Castro Alves - Conceição do Almeida - Itatim - Jaguaripe - Jiquiriçá - Laje - Muniz - Ferreira - Mutuípe - Presidente Tancredo Neves - Salinas das Margaridas - Santa Terezinha - São Felipe - São Félix - São Miguel das Matas - Ubaíra - Varzedo - Cruz das Almas - Sapeaçu - Cabaceiras do Paraguaçu - Cachoeira - Conceição da Feira - Governador Mangabeira - Ubaíra - Maragogipe - Muritiba - Elísio Medrado - Dom Macedo Costa - Santo Antônio de Jesus.
Ceará	Aracati	21	Aracati - Beberibe - Fortim - Itaíçaba - Icapuí - Russas - Jaguaratama - Jaguaruana - Morada Nova - Palhano - Limoeiro do Norte - Alto Santo - Ererê - Iracema - Jaguaribara - Jaguaribe - Potiretama - Pereiro - São João do Jaguaribe - Tabuleiro do Norte - Quixerê.
Ceará	Fortaleza	37	Fortaleza - Itaitinga - Eusébio - Aquiraz - Maracanaú - Pacatuba - Barreira - Acarape - Maranguape - Guaiuba - Redenção - Palmácia - Caucaia - São Luiz do Curu - Paracuru - Paraipaba - São Gonçalo do Amarante - Itapajé - Tejuçuoca - General - Sampaio - Apuiarés - Pentecoste - Baturité - Itapiúna - Capistrano - Aracoia - Aratuba - Mulungu - Pacoti - Guaramiranga - Itapipoca - Miraima - Amontada - Uruburetama - Traíri - Umirim - Tururu.
Ceará	Horizonte	09	Itaitinga - Horizonte - Pacajus - Chorozinho - Ocara - Cascavel - Pindoretama - Aquirza - Eusébio.
Ceará	Quixeramobim	20	Boa Viagem - Canindé - Caridade - Itatira - Madalen - Paramoti - Banabuiu - Choró - Limão - Ibaretama - Ibicuitinga - Milhã - Pedra Branca - Quixadá - Quixeramobim - Senador Pompeu - Solonopole - Aiuaba - Arneiroz - Pambu - Tauá.
Ceará	Sobral	24	Sobral - Alcântaras - Cariré - Forquilha - Frecheirinha - Groaíras - Irauçuba - Massapê - Meruoca - Senador Sá - Uruoca - Ipú - Pires - Ferreira - Coreau - Moraújo - Mucambo - Graça - Pacujá - Reriutaba - Varjota - Santana do Acaraú - Santa Quitéria - Catunda - Hidrolândia - Acaraú - Cruz - Jijoca de Jericoacoara - Itarema - Marco - Bela Cruz - Morrinhos - Crateús - Ararendá - Independência - Ipaporanga - Novo Oriente - Quiterianópolis - Ipeiras - Poranga - Monsenhor - Tabosa - Nova Russas - Tamboril - Camocim - Barroquinha - Chaval - Granja - Martinópolis.

Ceará	Tianguá	08	Viçosa do Ceará - Tianguá - Ubajara - Ibiapina – São Benedito – Guaraciaba do Norte – Carnaubal – Croatá.
Espírito Santo	Cachoeiro de Itapemirim	23	Alegre - Apiacá – Atilio Vivacqua - Castelo - Cachoeiro de Itapemirim - Iúna - Irupí - Ibitirama - Itapemirim - Iconha – Jerônimo Monteiro – Divino de São Lourenço – Bom Jesus do Norte – Presidente Kennedy - Muqui - Guaçuí – Mimoso do Sul - Marataízes – Dolores do Rio Preto – Rio Novo do Sul – São José do Calçado – Muniz Freire – Vargem Alta.
Espírito Santo	Colatina	32	Baixo Guandu – Barra de São Francisco - Água Doce do Norte – Ecoporanga – Mantenedópolis – Vila Pavão - Nova Venécia – São Roque do Canaã - Pancas - Marilândia – São Gabriel da Palha – São Domingos do Norte - Águia Branca – Governador Lindeberg – Colatina – Alto Rio Novo – Linhares – Sooretama - Rio Bananal – Aracruz – João Neiva – Ibraçu - São Mateus – Jaguaré - Conceição – da Barra - Pedro – Canário – Pinheiros - Boa Esperança – Montanha - Ponto Belo – Mucurici – Vila Valério.
Goiás	Ceres	48	Uruaçu - Niquelandia - Colinas do Sul - Uruaçu – Alto Horizonte - Amaralina – Hidrolina – Mara Rosa – Nova Iguaçu – Campinorte – Porangatu - Minaçu - Campinaçu - Formoso - Montividiu do Norte - Mutunópolis – Santa Terezinha de - Goiás – São Miguel do Araguaí - Bonópolis – Mundo Novo – Novo Planalto - Trombas – São Patrício - Ceres – Carmo do Rio Verde – Ipiranga de Goiás – Morro Agudo – Nova América – Nova Glória - Rialma - Rianópolis - Rubiataba – Santa Isabel –Uruana - Goianesia – Barro Alto – Santa Rita do Novo Destino – Vila Propício - Crixás - Campos Verdes - Uirapuru - Itapaci - Guarinos - Pilar de Goiás – São Luiz do Norte - Jaraguá - Itaguara.
Goiás	Formosa	31	Formosa - Cabeceiras – Flores de Goiás – São João D’Aliança – Vila Boa - Planaltina – Água Fria de Goiás - Alvorada do Norte - Buritinópolis - Damianópolis - Mambaí - Simolândia – Sítio D’ Abadia - Posse - Guarani - Iaciara - Nova Roma - Cristalina - Luziania – Novo Gama – Águas Lindas de Goiás – Cidade Ocidental - Santo Antônio do Descoberto – Valparaíso de Goiás – Campos Belos - Alto Paraíso de Goiás - Cavalcante - Divinópolis de Goiás – Monte Alegre de Goiás – São Domingos Teresina de Goiás.
Goiás	Anápolis		Anápolis – Pirinópolis - Cocalzinho – Abadiânia – Alexânia – Campo Limpo de Goiás – Corumbá de Goiás – Gameleira – Goianópolis- Terezópolis - Padre Bernardo - Mimoso de Goiás.
Maranhão	Imperatriz	42	Imperatriz – João Lisboa – Senador La Rocque - Buritirana - Amarante - Davinópolis - Cidelândia – Vilanova dos Martírios – São Pedro da Água Branca – São Francisco do Brejão - Açailândia - Edson - Lobão - Ribamar - Fiquene - Estreito - Carolina – Porto Franco - Lajeado - Sítio - Novo – Montes Altos – São João do Paraíso - Balsas - Sumaúma – Itinga.
Maranhão	São Luís	127	Cantanhede Matões do Norte – Anajatuba – Itapecurú Mirim – Miranda do Norte - Paço do Lumiar Axixá - Bacabeira - Cachoeira Grande – Morros – Rosário - São José de Ribamar - Alcântara – Arari - Barreirinhas – Humberto de Campos – Icatú - Pirapemas – Presidente Juscelino - Primeira Cruz – Raposa - Santa Rita – Santo Amaro do Maranhão – São Luís - Vitória do Mearim - São João Batista - Bacurituba - Cajapió - Olinda Nova do Maranhão – São Vicente Ferrer – Cajari – Matinha – Viana Penalva - Apicum-Açu - Bacuri Cedral - Central do Maranhão – Cururupu – Guimaraes – Mirinzal - Porto Rico do Maranhão - Serrano do Maranhão – Bequimão – Palmeirândia - Pedro do Rosário – Peri Mirim – Turiaçu – Turilândia – Pinheiro - Presidente Sarney - São Bento - Santa Helena - Água Doce do Maranhão – Araisos - Santana do Maranhão - Magalhães de Almeida - Brejo – Anapurus– Chapadinha - Mata Roma - Milagres do Maranhão - São Benedito do Rio Preto - São Bernardo - Urbano Santos - Santa Quitéria - Paulino Neves –Tutóia – Belágua - Nina Rodrigues - Presidente Vargas- Vargem Grande - Pindaré Mirim - Bela Vista do Maranhão - Bom Jardim - Igarapé do Meio – Monção - Santa Inês - São João do Carú – Tufilândia – Araganã - Governador Newton - Belo Nova - Olinda do Maranhão - Zé Doca - Alto Alegre do Pindaré – Santa Luzia - Buriticupu - Amapá do Maranhão - Carutapera - Cândido Mendes - Godofredo Viana - Luís Domingues - Boa Vista do Gurupi - Centro Novo do Maranhão - Governador Nunes Freire - Junco do Maranhão – Maracaçumé - Maranhãozinho - Presidente Médici - Centro do Guilherme - Santa Luzia do Paruá – Bacabal - Bom Lugar - Brejo de Areia - Conceição do Lago Açú - Lago Verde - Pio XII – Satubinha - São Luís Gonzaga do Maranhão - Lago da Pedra - Lago do Junco - Lagoa Grande do Maranhão - Marajá do Sena - Paulo Ramos - Altamira do Maranhão - Olho D’água das Cunhãs - Vitorino Freire - Bernardo do Mearim -Igarapé Grande – Pedreiras - Trizidela do Vale - Lago dos Rodrigues - São Roberto - São Raimundo - Doca Bezerra - Porção de Pedras – Esperantinópolis - Lima Campos.
Minas Gerais	Andradas	33	Ouro Fino - Albertina - Jacutinga – Monte Sião – Bueno Brandão - Inconfidentes - Cambuí – Extrema – Toledo – Munhoz – Senador Amaral – Camanducaia - Itapeva Córrego Bom Jesus – Pouso Alegre – Ipuiúna – Senador José Bento – Congonhas – Estiva - Tocos do Mogi - Borda da Mata – Bom Repouso – Santa Rita do Sapucaí - Conceição dos Ouros – Cachoeira de Minas – Turvolândia - São Sebastião da Bela Vista – Natércia – Careçu – Heliodora – São João da Mata - Espírito Santo do Dourado – Silvianópolis.
Minas Gerais	Araxá	07	Tapira - Pedrinópolis - Pratinha - Ibiá – Campos Altos – Santa Juliana - Perdizes.
Minas Gerais	Barbacena	15	Cipotânea - Capela Nova – Carandaí – Senhora dos Remédios - Salto - Rio Doce – Ressaquinha - Alfredo – Vasconcelos - Desterro do Melo – Santa Bárbara do Tugúrio – Paiva - Antônio Carlos – Ibertioga – Santa Rita do Ibitipoca - Santana do Garambéu.
Minas Gerais	Belo Horizonte	23	Belo Horizonte – Belo Vale - Moeda - Ribeirão das Neves - Sabará - Jaboticatubas - Santa Luzia - Caeté – Nova União – Taquaraçu de Minas – Nova Lima - Raposos - Rio Acima - Itabirito – Ouro Preto - Mariana – Lagoa Santa - Santana do Riacho - Confins – Pedro Leopoldo - Matozinhos - São José da Lapa - Vespasiano.
Minas Gerais	Betim	13	Betim - Bonfim - Brumadinho - Crucilândia - Esmeraldas - Florestal - Igarapé - Juatuba - Mario - Campos - Mateus - Leme - Piedade das Gerais – Rio Manso - São Joaquim de Bicas.

Minas Gerais	Contagem	02	Ibirité – Sarzedo
Minas Gerais	Governador Valadares		Governador Valadares - Alpercata - Divinolândia de Minas – Capitão Andrade - Coroaçi – Engenheiro - Caldas – Fernandes Tourinho – Frei Inocêncio - Galiléia - Gonzaga –Itanhomi - Jampruca - Marilac - Mathias - Lobato - Nacip - Raydan - Santa - Efigênia - De - Minas – São Geraldo da - Piedade - São Geraldo do Baixo – São José da Safira - Sardoá - Sobralia - Tatumirim – Tumirimga – Mantena - Central de Minas - Cuparaque - Divino das Laranjeiras - Itabirinha - Mendes - Pimentel – Nova Belém – São Félix – de Minas – São João do Manteninha – Aimorés - Alvarenga - Conselheiro - Pena - Goiabeira - Itueta - Resplendor – Santa Rita do Itueto - Bipolar - Santa Maria do Suaçuí – São João Evangelista – Água Boa – Cantagalo – Frei Lagonegro - José Raydan - Paulistas - Peçanha – Santa Maria do Suaçuí – São João Evangelista – São José do Jacuri – São Pedro do Suaçuí – São Sebastião do Maranhão - Virgolândia.
Minas Gerais	Ipatinga	20	Ipatinga – Coronel Fabriciano - Timóteo – Belo Oriente - Santana do Paraíso - Iapu – Antonio Dias - Marliéria - Ipaba - Açucena - São João do Oriente - Jaguarauçu - Mesquita - Naque - Periquito - Córrego Novo - Braúnas - Joanésia - Pingo d'Água - Bugre.
Minas Gerais	Poços de Caldas	19	Poços de Caldas - Caldas – Santa Rita de Caldas - Ibityra de Minas - Brasópolis - Conceição das Pedras - Consolação – Delfim Mareira - Gonçalves - Itajubá - Maria da Fé - Marmelópolis - Paraisópolis - Pedralva - Piranguai - Piranguinho – São José do Alegre – Sapucaí - Mirim – Wenceslau Braz.
Minas Gerais	Sete Lagoas	35	Abaeté - Araçaí – Augusto de Lima - Baldim - Biquinhas - Buenópolis - Cachoeira da Prata - Caetanópolis – Capim Branco – Cedro do Abaeté - Cordisburgo - Corinto - Curvelo - Felixlândia – Fortuna de Minas - Funilândia - Inhaúma - Inimutaba - Jequitibá - Maravilhas - Monjolos – Morada Nova de Minas - Morro da Garça - Paineiras - Papagaios - Paraopeba - Pequi - Pompéu – Presidente Juscelino – Prudente de Moraes - Quartel Geral - Santana de Pirapama – Santo Hipólito - Sete Lagoas – Três Marias.
Minas Gerais	Ubá	20	Brás Pires - Coimbra - Divinésia - Dolores do Turvo - Ervália – Guarani - Guidoal - Guiricema - Mercês - Piraúba - Presidente Bernardes – Rio Pomba - Rodeiro - São Geraldo – Senador Firmino - Silverânea - Tabuleiro - Tocantins - Ubá - Visconde do Rio Branco.
Minas Gerais	Uberaba	07	Água Comprida – Campo Florido – Conceição das Alagoas - Delta - Sacramento - Veríssimo
Minas Gerais	Uberlândia	30	Uberlândia - Araguari – Cascalho Rico – Indianópolis – Campina Verde - Canápolis Cachoeira Dourada – Centralina - Gurinhata – Ipiacu – Santa Vitória – Douradoquara – Estrela do Sul – Grupiara - Irai de Minas – Monte Carmelo –Romaria – Coromandel - Abadia dos Dourados - Cruzeiro da Fortaleza - Guimarânia - Patrocínio - Serra do Salitre - Araporã - Monte Alegre de Minas - Nova Ponte - Prata - Tupaciguara - Uberlândia.
Mato Grosso do Sul	Dourados	35	Amambaí - Anaurilândia - Angélica – Antônio João - Marau – Moreira - Bataiporã – Bela Vista - Caarapó - Caracol – Coronel Sapucaí - Deodópolis - Douradina - Eldorado – Fátima do Sul – Glória de Dourados - Iguatemi - Itaporã - Itaquiraí - Ivinhema - Japorã - Jateí – Juti – Laguna Carapã – Mundo Novo - Navirai - Nova Andradina – Novo Horizonte do Sul - Paranhos – Ponta Porã – Rio Brilhante - Sete Quedas - Tacuru - Taquarussu - Vicentina – Dourados.
Pará	Marabá	21	Marabá – Itupiranga – Novo Repartimento – Tucuruí – Breu branco – Goianésia do Pará - Jacundá – Nova Ipixuna – Bom Jesus do Tocantins - Abel Figueiredo - Rondon do Pará – São João – São Domingos – Brejo Grande do Araguaia – Palestina do Pará – Eldorado dos Carajás – Curionópolis - Canaã dos Carajás – Parauapebas – São Geraldo do Araguaia - Piçarra.
Pará	Santarém		Aveiro - Almeirim - Belterra – Monte Alegre - Oriximiná - Itaituba – Terra Santa - Faro - Trairão - Placas - Juruti - Óbidos - Prainha - Alenquer - Rurópolis – Novo Progresso - Curuá - Jacareacanga.
Paraíba	Campina Grande	71	Taperoá - Salgadinho - Assunção – Santo André - Juazeirinho - Tenório - Oivedos - Soledade - Algodão de Jandaira - Esperança - Remígio - Arara - Alagoa Nova – Alagoa Grande - Areia - Areal - Montadas – São Sebastião de Lagoa de Roça - Matinhas – Lagoa Seca - Gurjão – Boa Vista – Campina Grande - Fagundes - Massaranduba – Serra Redonda - Queimadas - Pocinhos - Puxinanã - São Domingos do Cariri - Cabaceiras - Boqueirão – Caturité - Barra de São Miguel - Riacho de Santo Antônio - Alcântil - Santa Cecília - Barra de Santana - Aroeiras - Natuba – Gado Bravo – Umbuzeiro - Frei Martinho - Picuí – Nova Floresta - Baraúna- Pedra Lavrada - Cubati - Cuité - Sossego – Barra de Santa Rosa – Seridó Zabelê - Monteiro – São Sebastião do Umbuzeiro – São João do Tigre - Sumé - Camalaú - Prata – Ouro Velho - Amparo - Livramento – São José dos Cordeiros - Parari – Serra Branca - Coxixola - Congo – Caraubas.
Pernambuco	Caruaru	31	Alagoinha - Altinho - Agrestina - Bezerras – Brejo da Madre Deus - Bonito – Belo Jardim - Caruaru - Camocim de São Felix - Cupira - Cachoeirinha – Frei Miguelinho - Gravatá - Ibirajuba - Jataúba - Jurema - Panelas - Porção - Pesqueira – Riacho das Almas – São Caetano - Sairé – Santa Maria do Cambucá – Santa Cruz do Capibaribe – São Bento do Una - Sanharó – São Joaquim do Monte - Tacaimbó - Taquaritinga do Norte - Toritama - Vertentes.
Pernambuco	Goiana		Aliança - Araçoiaba – Bom Jardim – Buenos Aires - Camutanga - Casinhas - Condado - Cumaru - Feira Nova - Ferreiros - Goiana - Itambé - Itaquitanga – João Alfredo - Limoeiro - Macaparana - Machado - Nazaré da Mata - Orobó - Passira - Salgadinho – São Vicente Ferrer - Surubim - Timbaúba - Vertente do Lério - Vicência.
Pernambuco	Jaboatão dos Guararapes	12	Jaboatão dos Guararapes - Moreno - Vitória de Santo Antão - Pombos - Glória do Goitá – Chã de Alegria - Lagoa do Itaenga - Lagoa do Carro - Carpina - Tracunhaém - Paudalho – São Lourenço da Mata.
Pernambuco	Petrolina	23	Petrolândia - Jatobá - Tacaratu - Inajá - Ibimirim - Venturosa - Buíque - Tupanatinga - Pedra - Salgueiro – Terra Nova - Belém do São Francisco - Petrolina - Afrânio – Lagoa Grande – Santa Maria da Boa Vista - Orocó - Cabrobó - Dormentes - Floresta - Betânia - Itacuruba – Carnaubeira da Penha.

Paraná	Cascavel		Anahy – Boa Vista da Aparecida - Braganey – Cafelândia – Campo Bonito – Capitão Leônidas Marques Catanduvas - Cascavel – Céu Azul - Corbélia – Diamante do Sul – Espigão Alto do Iguaçu - Formosa do Oeste - Guaraniaçu - Ibema - Iguatu – Iracema do Oeste - Jesuitas – Lindoeste – Nova Aurora - Quedas do Iguaçu – Santa Lúcia - Santa Tereza do Oeste – Três Barras do Paraná – Vera Cruz do Oeste - Toledo - Palotina – Assis Chateaubriand - Nova Santa Rosa - Guaíra - Maripá - Mal Candido Rondon – Diamante do Oeste – Entre Rios do Oeste - Mercedes – Ouro Verde do Oeste - Pato Bragado – Quatro Pontes – Santa Helena – São José das Palmeiras – São Pedro do Iguaçu - Terra Roxa - Tupassi – Foz do Iguaçu - Itaipulândia - Matelândia - Medianeira - Missal - Ramilândia - Santa Terezinha do Itaipu – São Miguel do Iguaçu – Serranópolis do Iguaçu.
Paraíba	João - Pessoa	64	Alhandra - Baía da Traição - Bayeux - Caaporá - Cabedelo - Capim - Conde - Cruz do Espírito Santo - Cuité de Mamanguape – Curral de Cima - Itapororoca - Jacaraú – João Pessoa – Lucena - Mamanguape - Marcação - Marí - Mataraca – Pedro Regio - Pitimbu - Riachão do Poço – Rio Tinto – Santa Rita - Sapé - Sobrado - Alagoinha - Araçagi - Araruna - Bananeiras - Belém - Borborema - Cacimba de Dentro - Caiçara - Campo de Santana - Casserengue - Cuitégi – Dona Inês - Duas Estradas - Guarabira - Lagoa de Dentro - Logradouro - Mulungu - Pilões - Pilöenzinhos - Pirpirituba - Riachão – Serra da Raiz - Serraria - Sertãozinho - Solânea – Caldas Brandrão - Gurinhém - Ingá - Itabaiana - Itatuba – Juarez Távora - Juripiranga - Mogeiro - Pedras de Fogo - Pilar - Riachão de Bacamarte - Salgado de São Félix – São José dos Ramos – São Miguel de Taipú.
Paraná	Londrina		Alvorada do Sul – Bela Vista do Paraíso – Cafeara - Cambé – Centenário do Sul – Florestópolis – Guaraci – Ibirorã – Jaguapitã – Jataizinho – Londrina – Lupionópolis – Miraselva – Pitangueiras – Porecatu – Prado Ferreira – Primeiro de Maio – Rolândia - Sertanópolis – Tamarana – Abatiá – Andirá – Assaí-Bandeirantes – Congonhinhas – Cornélio Procópio – Itambaracá Leópolis – Nova América da Colina - Nova – Fátima – Nova Santa Bárbara - Rancho Alegre - Ribeirão do Pinhal - Santa Amélia - Santa Cecília do Pavão – Santa Mariana – Santo Antônio do Paraíso - São Jerônimo da – Serra – São Sebastião da Amoreira - Sapopema - Sertaneja - Uraí.
Rio de Janeiro	Angra do Reis	03	Angra dos Reis - Mangaratiba - Paraty.
Rio de Janeiro	Niterói	07	Niterói – São Gonçalo - Itaboraí - Maricá - Tanguá – Rio Bonito – Silva Jardim.
Rio de Janeiro	Volta - Redonda	12	Barra Mansa - Barra do Pirai - Itatiaia - Pirai - Pinheiral – Porto Real - Quatis - Resende – Rio Claro – Rio das Flores - Valença – Volta Redonda.
Rio Grande do Norte	Mossoró	26	Porto do Mangue - Angicos – Fernando Pedroza - Pendências – Messias Targino - Jandúis - Triunfo Potiguar - Campo Grande - Carnaubais – Alto do Rodrigues - Assu - Ipangaçu - Itajá - Parau - São Rafael - Tibau - Baraúna - Mossoró - Grossos – Areia Branca - Serra do Mel – Governador Dix Sept Rosado – Felipe Guerra – Apodi - Upanema – Caráúbas.
Rio Grande do Sul	Caxias do Sul	48	Alto Feliz – Antônio Prado – Bento Gonçalves – Boa Vista do Sul – Bom Jesus – Bom Princípio – Campestre da Serra - Canela – Carlos Barbosa - Caxias do Sul – Coronel Pilar - Cotiporã - Esmeralda – Fagundes Varela - Farroupilha - Feliz - Flores da Cunha - Garibaldi - Gramado - Guabiju - Guaporé – Ipê - Jaquirana – Linha Nova – Monte Alegre dos Campos – Monte Belo do Sul – Muitos Capões - Nova Araça – Nova Bassano – Nova Pádua – Nova Petrópolis – Nova Prata – Nova Roma do Sul - Parai – Picada Café – Pinhal da Serra – Protásio Alves – Santa Tereza – São Jorge – São José dos Ausentes – São Marcos – São Vendelino - União da Serra - Vacaria – Vale Real - Veranópolis – Vila Flores - Vista Alegre do Prata.
Rio Grande do Sul	Ijuí	78	Ijuí - Ajuricaba – Augusto Pestana - Bozano – Campo Novo - Catuípe - Chiapetta - Condor - Coronel Barros - Crissiumal - Humaitá - Inhacorá - Jóia – Nova Ramada - Panambi - Pejuçara – Santo Augusto – São Martinho – São Valério do Sul – Sede Nova - Bossoroca - Caibaté – Cerro Largo – Dezesseis de Novembro – Entre Ijuís - Eugênio de Castro - Garruchos - Itacurubi - Guarani das Missões - Mato Queimado - Pirapó – Porto Xavier - Rolador – Roque Gonzales - Salvador das Missões – Santo Ângelo – Santo Antonio das Missões - São Luiz Gonzaga - São Miguel das Missões – São Nicolau - São Pedro do Butiá - Sete de Setembro - Ubiretama - Vitória das Missões - Alecrim - Alegria – Boa Vista do Buricá - Campina das Missões – Cândido Godói – Doutor Maurício Cardoso - Giruá - Horizontina - Independência – Nova Candelária – Novo Machado – Porto Lucena – Porto Mauá – Porto Vera Cruz – Santa Rosa – Santo Cristo – São José do Inhacorá – São Paulo das Missões – Senador Salgado Filho – Três de Maio - Tucunduva - Tuparendi – Boa Vista do Cadeado - Boa - Vista do Ingra - Colorado – Cruz Alta - Fortaleza dos Valos - Ibirubá - Jacuizinho - Quinze de Novembro – Saldanha Marinho – Salto do Jacuí – Santa Bárbara do Sul - Selbach.
Rio Grande do Sul	Porto Alegre	52	Alvorada - Arambaré – Arroio do Sal - Arroio dos Ratos – Balneário Pinhal - Barão do Triunfo - Barra do Ribeiro - Butiá - Cachoeirinha - Camaquã - Canoas - Capão da Canoa - Capivari do Sul - Caraá - Cerro Grande do Sul - Charqueadas - Chuvisca - Cidreira – Dom Feliciano - Eldorado do Sul - Glorinha - Gravataí - Guaíba - Imbé - Itati - Maquiné - Mariana Pimentel - Morrinhos do Sul - Mostardas - Nova Santa Rita - Osório - Palmares do Sul – Porto Alegre – Santo Antônio da Patrulha - Sentinela do Sul - Sertão - Santana – São Jerônimo - Tapes - Terra de Areia - Torres - Tramandaí – Três Cachoeiras – Três Forquilhas - Triunfo - Viamão – Xangri Lã.
Rio Grande do Sul	Santa Cruz do Sul		General Câmara - Arroio do Tigre - Caçapava do Sul - Cachoiera do Sul - Cerro Branco - Encruzilhada do Sul – Estrela Velha – Ibarama- Lagoa Bonita do Sul – Novo Cabrais - Passa Sete – Segredo – Sobradinho – Candelária – Gramado Xavier – Herveiras – Mato Leitão – Pantano Grande - Passo do Sobrado – Rio Pardo – Santa Cruz do Sul – Sinimbu - Vale do Sol – Vale Verde - Venâncio Aires - Vera Cruz – Anta Gorda - Arroio do Meio – Arvorezinha – Barros Cassal – Bom Retiro do Sul – Boqueirão do Leão - Canudos do Vale – Capitão – Colinas – Coqueiro Baixo - Cruzeiro do Sul – Dois Lajeados – Doutor Ricardo – Encantado – Estrela – Fazenda Vila Nova - Fontoura Xavier Forquetinha - Ilópolis – Imigrante – Itapuca – Lajeado - Marques de Souza – Muçum – Nova Brésica – Paverama - Poço das Antas - Pouso Novo – Progresso – Putinga – Relvado – Roca Sales – Santa Clara do Sul - São José - Herval – São Valentim do Sul – Sérgio – Tabaí – Taquari – Teutônia - Travesseiro - Vespasiano – Correia – Westfália.

Rio Grande do Sul	Santa Maria	32	Agudo - Cacequi – Capão do Cipó - Dilermando de Aguiar – Dona Francisca - Faxinal do Soturno - Formigueiro - Itaara - Ivorá - Jaguari - Jari - Júlio de Castilhos – Mata – Nova Esperança do Sul - Nova Palma - Paraíso do Sul – Pinhal Grande - Quevedos – Restinga Seca – Santa Maria - Santiago - São Francisco de Assis – São João do Polêsine – São Martinho da Serra – São Pedro do Sul – São Sepé – São Vicente do Sul – Silveira Martins - Toropi - Tupanciretã - Unistalda – Vila Nova do Sul.
Santa Catarina	Blumenau	53	Agrolândia - Agronômica - Atalanta - Aurora – Braço do Trombudo - Chapadão do Lageado - Dona Emma - Ibirama - Imbuia - Ituporanga - José Boiteux - Laurentino - Lontras – Mirim Doce - Petrolândia – Pouso Redondo – Presidente Getúlio – Presidente Nereu – Rio do Campo - Rio do Oeste - Rio do Sul - Salete – Santa Terezinha - Taió – Trombudo Central – Vidal Ramos – Vitor Meireles - Witmarsun - Apiúna - Acurra – Benedito Novo - Blumenau - Botuverá - Brusque – Doutor Pedrinho - Gaspar - Guabiruba - Indaial - Pomerode - Rio dos Cedros - Rodeio - Timbó – Balneário Camboriú - Balneário de Piçarras - Bombinhas - Camboriú - Ilhota - Itajaí - Itapema – Luiz Alves - Navegantes - Penha – Porto Belo.
Santa Catarina	Chapecó	76	São Miguel do Oeste – Maravilha – São Lourenço d' Oeste - Chapecó - Xanxere - Palmitos - Dionísio – Cerqueira - Itapiranga – Quilombo.
Santa Catarina	Criciúma	43	Ararangua – Balneário Arroio do Silva – Balneário Gaivota – Ermo – Turvo – Santa Rosa do Sul –Sombrio – Morro Grande – Timbé do sul – Jacinto Machado – Maracaja – Meleiro – Passo de Torres - São João do Sul – Praia Grande – Armazém – Braço do Norte – Capivari de Baixo - Grão Pará – Gravatal – Imarui – Imbituba – Jaguaruna – Laguna – Pedras Grandes – Rio Fortuna – Santa Rosa - de Lima – Sangão – São Ludgero – São Martinho – Treze de Maio – Tubarão - Cocal do Sul –Criciúma –Forquilha – Içara – Lauro Muller – Morro da Fumaça - Nova Veneza – Orleans – Siderópolis – Treviso – Urussanga.
Santa Catarina	Florianópolis	22	Águas Mornas – Alfredo Wagner - Angelina - Anitápolis – Antônio Carlos - Biguaçu - Canelinha - Florianópolis - Garopaba – Governador Celso Ramos – Leoberto Leal – Major Gercino – Nova Trento - Palhoça – Rancho Queimado – Santo Amaro da Imperatriz – São Bonifácio – São João Batista - São José – São Pedro de Alcântara - Tijucas.
Santa Catarina	Joinville	16	Araquari – Balneário Barra do Sul – Barra Velha - Campo Alegre – Corupá – Garuva – Guarimir – Itapoá - Jaragua do Sul – Joinville – Massaranduba – Rio Negrinho – São Bento do Sul - São Francisco do Sul – São João do Itaperiu - Shroeder.
Sergipe	Aracaju	08	Aracaju – Santa Rosa de Lima – Barra dos Coqueiros – São Cristóvão – Itaporanga d' Ajuda - Laranjeiras – Divina Pastora – Riachuelo.
São Paulo	Amparo	16	Águas de Lindóia - Lindóia – Monte Alegre do Sul - Pedreira – Serra Negra – Bragança Paulista - Joanópolis – Pedra Bela - Pinhalzinho - Piracaia - Socorro - Tuiuti - Vargem - Holambra - Jaguariúna – Santo Antônio da Posse.
São Paulo	Avaré	17	Águas de Santa Bárbara - Arandu - Avare – Barão de Antonina – Cerqueira César – Coronel Macedo - Fatura - Iaras - Itaí – Itaporanga - Manduri - Paranapanema - Piraju – Sarutaia – Taguai - Taquarituba - Tejuca.
São Paulo	Batatais	07	Altinópolis – Batatais – Brodowski – Cajuru – Cássia dos Coqueiros – Santa Cruz da Esperança – Santo Antônio da Alegria.
São Paulo	Botucatu	13	Botucatu - Anhemi - Areiópolis - Bofete - Conchas - Itatinga – Laranjal Paulista - Pardinho - Pereiras - Porangaba - Pratânia – São Manuel e Torre de Pedra.
São Paulo	Campinas	09	Americana – Artur Nogueira - Campinas - Cosmópolis - Hortolândia – Nova Odessa - Paulínia - Sumaré – Valinhos.
São Paulo	Cruzeiro		Aparecida - Arapeí - Areias - Bananal - Canas – Cachoeira Paulista - Cruzeiro - Cunha - Lavrinhas - Lorena - Queluz - Potim - Guaratingueta - Silveiras – São José do Barreiro - Piquete.
São Paulo	Cubatão		Cubatão – Peruíbe – Mongaguá – Itanhaém - Guarujá – Bertioga.
São Paulo	Piracicaba	14	Piracicaba - São Pedro – Águas de São Pedro – Santa Maria da Serra - Charqueada - Iracemópolis - Limeira – Engenheiro Coelho - Saltinho – Rio das Pedras - Mombuca - Rafard - Capivari - Elias Fausto.
São Paulo	Ribeirão Preto	19	Ribeirão Preto - Setãozinho - Pontal - Barrinha – Monte Alto - Jaboticabal - Pradópolis - Cravinhos - Serra Azul - Serrana – Santa Rita do Passa Quatro – Santa Rosa do Viterbo - Guataparã - Dumont - Jardimópolis – Luiz Antônio - Guariba - Pitangueiras – São Simão.
São Paulo	Franca	22	Aramina – Buritizal – Cristais Paulista - Guará - Ipuá – Ituverava – Igarapava – Jeriquara – Miguelópolis – Morro Agudo - Nuporanga – Orlandia - Patrocínio Paulista – Pedregulho – Ribeirão Corrente - Restinga – Rifaina - Sales - Oliveira – São Joaquim da Barra – São José da Bela Vista – Franca.
São Paulo	Guarulhos		Guarulhos – Santa Izabel – Arujá – Guararema – Itaquaquecetuba – Poa – Mogi das Cruzes – Suzano - Ferraz de Vasconcelos - Biritiba - Mirim – Salesópolis.
São Paulo	Indaiatuba	05	Indaiatuba – Cabreúva – Itupeva – Monte Mor – Santa Bárbara d' Oeste.
São Paulo	Itapeva		Apiá - Barra do Chapéu – Bom Sucesso de Itararé - Buri - Guapiara - Itaóca - Itaberá - Itapeva - Itapirapuã - Paulista - Itararé – Nova Campina – Ribeirão Branco – Ribeira - Riversul - Taquarivai.
São Paulo	Marília		Adamantina – Álvaro de Carvalho - Alvinlândia – Arco Íris - Bastos – Campos Novos Paulista - Echaporã – Fernão – Flórida Paulista - Gália – Garça - Guaimbê - Guarantã - Herculanópolis - Jacri – Inúbia Paulista – Júlio Mesquita - Lucélia - Lupércio - Mariápolis - Marília - Ocaçu - Oriente - Oscar Bressane – Osvaldo Cruz - Pacaembu - Parapuã - Pompéia - Pracinha - Queiroz - Quintana - Rinópolis - Sagres - Salmourão - Tupã - Ubirajara – Vera Cruz.
São Paulo	Mauá	03	Mauá – Ribeirão Pires - Rio Grande da Serra.

São Paulo	Osasco	15	Osasco – Carapicuíba – Jandira – Santana do Parnaíba – Pirapora – Itapevi – São Lourenço da Serra - Taboão da Serra – Vargem Grande - Paulista - Embú das Artes – Embú Guaçu - Cotia – Itapeverica da Serra - Baruerie – Juquitibá.
São Paulo	Pindamonhangaba	10	Pindamonhangaba - Taubaté - Tremembé - Campos do Jordão – Santo Antonio do Pinhal – São Bento do Sapucaí – Natividade da Serra - Redenção da Serra - Lagoinha – São Luiz do Paraitinga.
São Paulo	Registro	15	Barra do Turvo – Cajati – Cananéia – Eldorado – Iguapé - Ilha Comprida – Iporanga –Itariri – Jacupiranga – Juquiá – Miracatu – Parquera Açu - Pedro de Toledo – Registro – Sete Barras.
São Paulo	Rio Claro	13	Rio Claro - Analândia - Araras - Conchal - Cordeirópolis - Corumbataí - Ipeúna - Itirapina - Leme - Limeira - Pirassununga - Santa Cruz de Conceição – Santa Gertrudes.
São Paulo	Santos	03	Santos – São Vicente - Praia Grande.
São Paulo	São João da Boa Vista		Aguai - Águas da Prata – Caconde - Casa Branca – Divinolândia - Espírito Santo do Pinhal - Estiva Gerbi – Itapira – Itobi - Mococa - Mogi-Guaçu - Mogi-Mirim - Santa Cruz das Palmeiras - Santo Antônio do Jardim - São João da Boa vista - São José do Rio Pardo - São Sebastião da Grama - Tambaú Tapiratiba - Vargem Grande do Sul.
São Paulo	Sorocaba		Alambari - Alumínio - Angatuba - Araçariguama - Araçoiaba da Serra - Boituva - Campina do Monte Alegre – Capela do Alto – Cerquillo - Cesário - Lange - Guareí – Ibiúna – Iperó – Itapetininga - Itú - Jumarim - Mairinque - Piedade - Pilar do Sul – Porto Feliz - Quadra – São Miguel - Arcanjo - Salto – Salto de Pirapora – São Roque - Sarapuí - Sorocaba - Tapiraí - Tatuí – Tietê – Votorantim.
Tocantins	Araguaína		Araguaína - Aragominas - Araguaianópolis - Angico - Ananas - Araguaianã - Arapoema - Barra do Ouro - Bernardo - Sayão - Brasilândia - Babaçulândia - Bandeirantes - Carmolândia - Colinas do Tocantins - Cachoerinha – Couto de Magalhães - Colméia – Campos Lindos - Darcinópolis - Filadéfica - Fortaleza do Tabocão - Guaraí - Goiatins - Goianorte - Itacajá - Itapiratins - Itaporã - Juarina - Luzinópolis - Muricilândia - Nazaré – Nova Olinda - Piraqué – Presidente Kennedy - Pequizeiro - Palmeiras - Palmerante – Pau d’ Arco - Riachinho - Santa Fé – Santa Terezinha - São Bento - Tocantinópolis - Tupiratins - Wanderlândia – Xambioá.
Tocantins	Palmas		Lagoa do Tocantins – Novo Acordo – Santa Tereza - Aparecida do Rio Negro - São Felix - Lizarda - Palmas.