UNIVERSIDADE CANDIDO MENDES – UCAM PROGRAMA DE PÓS – GRADUAÇÃO EM PLANEJAMENTO REGIONAL E GESTÃO DE CIDADES MESTRADO EM PLANEJAMENTO REGIONAL E GESTÃO DE CIDADES

ELIZABETH DA SILVA GAMA

SAÚDE DO TRABALHADOR NO MUNICÍPIO DE CAMPOS DOS GOYTACAZES: UMA QUESTÃO NEGLIGENCIADA

> CAMPOS DOS GOYTACAZES 2013

ELIZABETH DA SILVA GAMA

SAÚDE DO TRABALHADOR NO MUNICÍPIO DE CAMPOS DOS GOYTACAZES: UMA QUESTÃO NEGLIGENCIADA.

Dissertação apresentada ao programa de Pós-graduação em Planejamento Regional e Gestão de Cidades da Universidade Cândido Mendes Campos/RJ, para obtenção do GRAU DE MESTRE EM PLANEJAMENTO REGIONAL E GESTÃO DE CIDADES

Orientadora: Prof.ª Rosélia Piquet

CAMPOS DOS GOYTACAZES 2013

FICHA CATALOGRÁFICA

Gama, Elizabeth da Silva. Saúde do trabalhador no Município de Campos dos Goytacazes: Uma Questão Negligenciada / Elizabeth da Silva Gama, 2013. 83 f. : il.

Orientadora: Rosélia Piquet

Dissertação (Mestrado) – Universidade Candido Mendes – UCAM. Programa de Pós-Graduação em Planejamento Regional e Gestão de Cidades. Curso de Mestrado em Planejamento Regional e Gestão de Cidades, Campos dos Goytacazes, RJ, 2013.

1. Higiene do trabalho – Campos dos Goytacazes (RJ). 2. Trabalhadores – Cuidados médicos. 3. Trabalhadores – Campos dos Goytacazes (RJ) –Aspectos sociais. I. Piquet, Rosélia, <u>orient</u>. II. de Araújo Miranda, Elis, . III. Universidade Candido Mendes. Programa de Pós-Graduação em Planejamento Regional e Gestão de Cidades. IV. Título.

ELIZABETH DA SILVA GAMA

SAÚDE DO TRABALHADOR NO MUNICÍPIO DE CAMPOS DOS GOYTACAZES: UMA QUESTÃO NEGLIGENCIADA

Dissertação apresentada ao programa de Pós-graduação em Planejamento Regional e Gestão de Cidades da Universidade Cândido Mendes – Campos/RJ, para obtenção do GRAU DE MESTRE EM PLANEJAMENTOREGIONAL E GESTÃO DE CIDADES.

Aprovada em 31de outubro de 2013.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Rosélia Périsse da Silva Piquet, D.Sc - Orientadora
Universidade Candido Mendes

Prof^a. Elis de Araújo Miranda, D.Sc
Universidade Candido Mendes
Universidade Federal Fluminense

Prof. Aluísio Gomes da Silva Junior, D.Sc Universidade Federal Fluminense

CAMPOS DOS GOYTACAZES
2013

O Açúcar

O branco açúcar que adoçará meu café Nesta manhã de Ipanema

Não foi produzido por mim

nao ioi produzido poi illilii

Nem surgiu dentro do açucareiro por milagre.

Vejo-o puro E afável ao paladar

Como beijo de moça, água

no beijo de moça, ayua

Na pele, flor

Que se dissolve na boca. Mas este açúcar

Não foi feito por mim.

Este açúcar veio

Da mercearia da esquina e

Tampouco o fez o Oliveira,

Dono da mercearia.

Este açúcar veio

De uma usina de açúcar em Pernambuco

Ou no Estado do Rio

E tampouco o fez o dono da usina.

Este açúcar era cana

E veio dos canaviais extensos

Que não nascem por acaso

No regaço do vale.

Em lugares distantes,

Onde não há hospital.

Nem escola, homens que não sabem ler e morrem de fome

Aos 27 anos

Plantaram e colheram a cana

Que viraria açúcar.

Em usinas escuras, homens de vida amarga

E dura

Produziram este açúcar

Branco e puro

Com que adoço meu café esta manhã

Em Ipanema

(Ferreira Gullar)

RESUMO

A REDE DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO TRABALHADOR NO MUNICÍPIO DE CAMPOS DOS GOYTACAZES: REALIDADE OU FICÇÃO?

Esta dissertação se propõe a fazer uma análise da atenção à saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS), no município de Campos dos Goytacazes, desde a criação da Rede de Atenção Integral à saúde do Trabalhador -RENAST - até a data atual. Busca elucidar a organização da RENAST; o papel dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST); alguns conceitos, como doença ocupacional, acidente de trabalho e vigilância em saúde do trabalhador, assim como o número de acidentes de trabalho e de doenças ocupacionais. O objetivo é verificar a eficiência da política municipal para a saúde do trabalhador através de fontes documentais, fontes de dados quantitativos e fontes orais. O constatado foi a ausência de dados sobre ações estratégicas em Saúde do trabalhador, muitas ações assistenciais e o uso político eleitoral do PAST e do CEREST. Campos dos Goytacazes, considerando a evolução dos conceitos referentes ao cuidado com a saúde de quem trabalha, em alguns setores vive em um período anterior ao da "medicina de fábrica", a Medicina do Trabalho. A realidade mostra as piores relações trabalhistas, sendo o município campeão nacional em trabalho análogo ao trabalho escravo, estando, na maioria das vezes, às voltas com as normas regulamentadoras e com todo o aparato da Saúde Ocupacional e em raríssimos momentos são vistos os princípios da Saúde do Trabalhador serem postos em prática.

Palavra-chave: Rede de atenção, Saúde do trabalhador.

ABSTRACT

NETWORK A COMPREHENSIVE HEALTH CARE WORKER IN THE MUNICIPALITY OF GOYTACAZES: REALITY OR FICTION?

This dissertation proposes to make an analysis of the health care worker in the Unified Health System (SUS), in the municipality of Goytacazes, since the creation of the Network of Integral Health Care Worker - RENAST - to date. Seeks to elucidate the organization of RENAST, the role of Reference Centres in Occupational Health (CEREST), some concepts , such as occupational illness, accident and health surveillance of workers, as well as the number of accidents at work and occupational diseases. The goal is to verify the efficiency of municipal politics to health worker through documentary sources, sources of quantitative data and oral sources. The noted was the absence of data on strategic actions in Occupational health, many health care activities and political use of the PAST and CEREST. Fields of Goytacazes, considering the evolution of concepts concerning the health care of those who work in some sectors lives in a preceding the "medicine plant" period, Occupational Medicine. The reality is the worst labor relations and national champion in the municipality slave labor work, is, in most cases, dealing with regulatory standards, and with all the trappings of Occupational Health and rare moments are seen in the principles of Occupational Health are put into practice.

Keywords: Health care network, Worker health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Trajetória do trabalhador na RENAST	27
Figura 2 - Modelo de atenção da RENAST	28
Figura 3 - Módulo de PSF do Beco	36
Figura 4 - Módulo de PSF Matadouro	36
Figura 5 - Módulo de PSF Custodópolis	37
Figura 6 - UMS Jamil Ábido	38

LISTA DE MAPAS

Mapa 1 – Unidades Básicas de Saúde da região central do município	40
Mapa 2 – Unidades Básicas de Saúde do interior do município	41

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Acidentes e doenças do trabalho no município de Campos dos	
Goytacazes no período de 2004 a 2011	48
Gráfico 2 - Doenças do trabalho no município de Campos dos Goytacazes	
no período de 2004 a 2011	49

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Acidentes e doenças do trabalho em Campos dos Goytacazes nos anos de 2004 a 2011	47
Tabela 2 -	Comparação entre o número de acidentes de trabalho em Campos dos Goytacazes e os principais municípios em atividade econômica do Estado do Rio de Janeiro	50
Tabela 3 -	Comparação entre o número de doença relacionada ao trabalho em Campos dos Goytacazes e os principais municípios em atividade econômica do Estado do Rio de Janeiro	51
Tabela 4 -	Comparação entre o número de óbitos relacionados ao trabalho em Campos dos Goytacazes e os principais municípios em atividade econômica do Estado do Rio de Janeiro	52
Tabela 5 -	Acidentes de trabalho em Campos dos Goytacazes, segundo o PAST	61
Tabela 6 -	Acidentes de trabalho em Campos dos Goytacazes, segundo o PAST e o DATAPREV	62

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAGED Cadastro Geral de Empregados e Desempregados

CEBES Centro Brasileiro de Estudos em Saúde

CENEPI Centro Nacional de Epidemiologia

CEREST Centro de Referência em Saúde do Trabalhador

CGSAT Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador

CIPA Comissão Interna de prevenção de Acidentes

CLT Consolidação das leis do Trabalho

CNES Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CNIS Cadastro Nacional de Informações Sociais

CNS Conferência Nacional de Saúde

CONASS Conselho Nacional de Secretários de Saúde

COSAT Coordenação de Saúde do Trabalhador

CUT Central Única do Trabalhador

DRTE Delegacia Regional do Trabalho e Emprego

HFM Hospital Ferreira Machado

HGG Hospital Geral de Guarús

IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

LOS Lei Orgânica da Saúde

MPAS Ministério da Previdência e Assistência Social

MS Ministério da Saúde

MTE Ministério do Trabalho e Emprego

NF Norte-fluminense

NOB Norma Operacional Básica

NR Norma Regulamentadora

NRR Norma Regulamentadora Rural

OPAS Organização Pan americana de saúde

PAB Piso da Atenção Básica

PACS Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PAST Programa de Atenção à Saúde do Trabalhador

PDRI Plano Diretor de regionalização e Investimentos

PNST Política Nacional de Saúde do Trabalhador

PSF Programa Saúde da Família PSF Programa Saúde da Família

RAIS Relação Anual de Informações Sociais
RCBH Registros de Câncer de Base Hospitalar

RCBP Registros de Câncer de Base Populacional

RENAST Rede de atenção Integral à Saúde do Trabalhador

SAS Secretaria de Assistência à Saúde

SESMT Serviço de Engenharia de segurança e Medicina do Trabalho

SFIT Sistema Federal de Inspeção do Trabalho

SIAB Sistema de Informação de Atenção Básica

SIASUS Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS

SIHSUS Sistema de Informações Hospitalares do SUS

SIM Sistema de Informação sobre Mortalidade

SINAN Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SUB Sistema Único de Benefícios

SUS Sistema Único de Saúde

TISS Troca de informação em Saúde Suplementar

UBS Unidades Básicas de Saúde

VIGISUS Vigilância da Saúde

VISAT Vigilância Sanitária

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	SAÚDE DO TRABALHADOR: EVOLUÇÃO HISTÓRICA E CONCEITOS	15
2.1	Evolução histórica	15
2.2	As doenças relacionadas ao trabalho	19
2.3	Os acidentes de trabalho	21
2.4	A atenção em saúde do trabalho no Brasil	23
2.4.1	O Conceito de Rede aplicado à RENAST	25
2.4.2	Papel dos ministérios envolvidos com a saúde do trabalhador, do Ministério Público do Trabalho e da Justiça do Trabalho	29
2.5	Vigilância em saúde do trabalhador	31
3	A REDE DE SAÚDE DO TRABALHADOR, OS ACIDENTES DE TRABALHO E AS DOENÇAS DO TRABALHO PREVALENTES NO MUNICÍPIO DE CAMPOS DOS GOYTACAZES	34
3.1	As unidades de saúde do município	34
3.1.1	O Programa Saúde da Família	35
3.1.2	As Unidades Municipais de Saúde (UMS)	38
3.2	As relações trabalhistas em Campos dos Goytacazes	42
3.3	Os acidentes e as doenças relacionadas ao trabalho no município	44
4	A HISTÓRIA DA SAÚDE DO TRABALHADOR E A IMPLANTAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DO TRABALHADOR- RENAST- NO MUNICÍPIO DE CAMPOS DOS GOYTACAZES	53
4.1	Histórico da saúde do trabalhador no Município de Campos dos Goytacazes	53
4.2	A implantação da RENAST no Município de Campos dos Goytacazes	54
5	CONCLUSÃO	64
5.1	Uma avaliação sobre o quadro municipal	64
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	67
	ANEXOS	72

1 INTRODUÇÃO

Depois de mais de trinta anos dedicados à atenção básica e os últimos dez, especificamente, à Saúde do Trabalhador, tanto na prática clínica quanto docente, a observação do tratamento dado ao tema pelos gestores de saúde bem como pela academia e, consequentemente, pelos profissionais de saúde, em particular os médicos, tornou quase que obrigatório o estudo da atenção à saúde de quem trabalha.

A instituição da Rede Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador (RENAST), em 2002, apesar do contexto de divergências em que surgiu, trouxe expectativas positivas, no sentido de consolidar a Constituição de 1988, em seu artigo 200, e a lei 80/90, que criou o Sistema Único de Saúde (SUS) art. 6º, parágrafo 3º; art. 18 – IV, além de suprir as deficiências dessa atenção em todo o país.

A análise do funcionamento da Rede de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador é o objetivo deste trabalho e o município de Campos dos Goytacazes, o universo escolhido para o estudo. Assim, é relevante verificar que ações e estratégias foram elaboradas e desenvolvidas pelos gestores municipais, pelo Programa Saúde do Trabalhador (PAST) e pelo Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST). Verificar, também, como os profissionais que trabalham nas Unidades Básicas de Saúde foram preparados para receber essa clientela, os trabalhadores acidentados ou enfermos. Observar se esses profissionais de saúde estão familiarizados com as doenças ocupacionais, se conhecem o perfil epidemiológico ocupacional da região e se receberam algum tipo de capacitação para que possam prestar esse atendimento. Ou seja, verificar se, após 10 anos da edição da Rede Nacional de Ação Integral à Saúde do Trabalhador, os problemas levantados, em julho de 1999 no Encontro Nacional de Saúde do Trabalhador, foram solucionados e, principalmente, analisar a rede de assistência à saúde do trabalhador.

O estudo foi delimitado no município de Campos dos Goytacazes por estar ele inserido numa região marcada pela exploração de mão de obra pouco qualificada, especialmente a ligada às usinas de açúcar e ao corte da cana. É formada por trabalhadores com vínculo temporário e condições de trabalho muitas vezes análogas ao trabalho escravo. Também inclui os que trabalham na produção

cerâmica e de confecções, nas quais a utilização de equipamentos de proteção individual e coletivo pouco ocorre e cuja fiscalização é precária.

Justifica-se, ainda, pela presença da indústria do petróleo e, mais recentemente, dos complexos do Açu e Barra do Furado, no município de São João da Barra, em área limítrofe de Campos. Essas obras vêm atraindo novas empresas ligadas a esses setores e tendo, como consequência, entre outras, o crescimento da indústria da construção civil, da mão de obra terceirizada e, também, da precarização das condições de trabalho. Por outro lado, acrescentem-se os antecedentes históricos de atenção à saúde do trabalhador no município, muitas vezes ligados à linha assistencial de atuação, assim como a concomitância de altos índices de acidentes de trabalho e de doenças ocupacionais. Além disso, observa-se a baixa notificação desses eventos, que são, contudo, de notificação compulsória. Paradoxalmente, o município conta com uma instituição de formação médica, a Faculdade de Medicina de Campos e com um serviço de vigilância epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde.

A metodologia aplicada é o estudo de caso, baseado em fontes de dados quantitativos, com levantamento de dados que inclui a pesquisa no banco de dados da Previdência Social sobre acidentes de trabalho nos últimos dez anos e pesquisa junto à Secretaria Municipal de Saúde sobre a localização das Unidades Básicas de Saúde, visto que, no momento, não há Programa Saúde da Família no município. Também foram utilizadas fontes orais, com informações sobre os dados do Programa Saúde do Trabalhador (PAST), sobre o número de acidentes de trabalho assistidos pelo mesmo e as ações ali desenvolvidas, bem como o levantamento, no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), sobre suas ações estratégicas e, finalmente, fontes documentais, através de levantamento bibliográfico.

2 Saúde do trabalhador: evolução e conceitos

2.1 Evolução histórica

Neste capítulo faz-se uma abordagem objetivando mostrar, ao longo da história, a evolução do cuidado com a saúde de quem trabalha. Verifica-se o papel do trabalhador entendido como agente passivo, objeto das ações feitas em seu nome. É um percurso que se inicia na Medicina do Trabalho, passa pela Saúde Ocupacional, e vai até sua participação mais ativa na elaboração dos processos produtivos e na busca determinada por políticas públicas que lhe protejam a saúde física e mental, na Saúde do Trabalhador. Serão abordados também alguns conceitos relevantes para a Saúde do Trabalhador, como rede, vigilância, acidentes de trabalho e doenças relacionadas ao trabalho, com o objetivo de trazer maior clareza ao texto e à discussão sobre o funcionamento da Rede de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador no município de Campos dos Goytacazes que aqui se pretende desenvolver.

O conceito de Saúde do Trabalhador, como o temos hoje, vem sendo construído desde a Antiguidade, quando passou a ser reconhecida a relação entre o trabalho, a saúde e a doença. No entanto, preservar a saúde dos que eram submetidos ao trabalho, tanto no trabalho escravo quanto no regime servil, não era motivo de preocupação por parte de quem usufruía tais serviços.

Com a Revolução Industrial, no século XVIII, o trabalho artesanal dá lugar a um processo industrial e, com ele, profundas modificações sociais.

Eram comuns as jornadas de trabalho extenuantes, com mais de quatorze horas diárias, em espaços inadequados, que a aglomeração humana tornava insalubres e propícios à disseminação de doenças infectocontagiosas. Também a sobrecarga física e mental contribuía para o aparecimento de distúrbios mentais e a periculosidade das máquinas provocava mutilações e mortes. Não raramente, eram condições incompatíveis com a vida.

O adoecimento dos trabalhadores passou a ser definitivamente relacionado com o processo de produção implantado pelo capitalismo.

O trabalhador, "livre" para vender sua força de trabalho, tornou-se presa da máquina, do ritmo e do imperativo da produção, da necessidade de acumulação rápida de capital e do máximo aproveitamento dos equipamentos, antes de se tornarem obsoletos. (MINAYO Gomez e

THEDIM Costa, 1997 p 22).

Naquelas circunstâncias, sob pena de comprometer irremediavelmente o próprio processo produtivo, surgiram leis e propostas de intervenção nas empresas, nascendo, então, a medicina de fábrica. Esses serviços deveriam ser dirigidos por pessoas da inteira confiança dos empresários, dispostas a defendê-los, além de que a responsabilidade pela ocorrência de problemas de saúde nos trabalhadores ficava transferida para o médico.

A Medicina do Trabalho, presente ainda hoje, apresentava uma visão eminentemente biológica e individual, tendo no centro o médico, que a exercia no espaço restrito da fábrica, numa relação de unicausalidade (a causa do adoecer estava no homem e seu trabalho), sendo voltada à seleção e manutenção da higidez da força de trabalho. As suas ações visavam apenas ao ambiente e ao posto de trabalho, sendo o trabalhador unicamente objeto dessas ações. "Faz parte de sua razão de ser cuidar da "adaptação" física e mental dos trabalhadores e "contribuir" para o estabelecimento e a manutenção do nível mais elevado possível do seu bemestar físico e mental" (MENDES; DIAS, 1991, p. 342).

O pensamento mecanicista passou a influenciar fortemente as ciências e na administração o mecanicismo deu suporte para, em 1911, o engenheiro americano Frederick W. Taylor publicar "Os Princípios da Administração Científica". A proposta era a intensificação da divisão do trabalho, fracionando as etapas do processo produtivo, de modo a que o trabalhador desenvolvesse tarefas ultraespecializadas e repetitivas. Diferenciava-se o trabalho intelectual do trabalho manual e se fazia com que houvesse um maior controle sobre o tempo gasto em cada tarefa. Era constante o esforço de racionalização, para que a tarefa fosse executada em um prazo mínimo. O trabalhador que produzisse mais, em menos tempo, receberia prêmios como incentivo.

A Administração Científica do Trabalho foi ampliada por Henry Ford, o primeiro a colocar em prática o Taylorismo em sua empresa de automóveis, a "Ford Company". O Fordismo consistia em organizar a linha de montagem de cada fábrica para produzir mais. Controlava as fontes de matérias-primas e de energia, os transportes e a formação de mão de obra. Utilizava o "Princípio da Intensificação", visando diminuir o tempo de produção com o uso imediato dos equipamentos e da matéria-prima e a rápida colocação do produto no mercado. Com o "Princípio da Economia", buscava reduzir ao mínimo o volume de estoque da matéria-prima em

transformação e, por último, com o "Princípio da Produtividade", priorizava aumentar a capacidade de produção do homem no mesmo período (produtividade), por meio da especialização e da linha de montagem.

O Fordismo encontrou, na medicina do trabalho, uma grande aliada para chegar ao seu principal objetivo: a "Produtividade". Atuava na seleção de mão de obra menos geradora de problemas, como o absenteísmo e suas consequências (interrupção da produção e gastos com obrigações sociais, entre outros). Promovia o controle do absenteísmo, analisando faltas e licenças, obviamente com maior cuidado e controle do que quando esta função era desempenhada por serviços médicos externos à empresa, como por exemplo, a previdência social. Desse modo, o retorno ao trabalho se dava de forma mais rápida, por não existir a dependência da morosidade do atendimento da previdência social ou estatal ou mesmo do atendimento privado não associado à empresa. Isso somado, justifica a afirmativa: "O corpo médico é a seção de minha empresa que dá mais lucro" (HENRY FORD apud CARVALHO, 1955, apud OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1986, p.223).

Os anos da II Guerra Mundial e mesmo o gigantesco esforço industrial do pós-guerra tiveram um custo muito alto para os trabalhadores. Não só em perdas de vidas em acidentes de trabalho, como também por doenças ocupacionais. Esse custo passou a ser sentido, tanto pelos empregadores, ávidos por mão de obra produtiva, quanto pelas companhias de seguro, envolvidas com o pagamento de vultosas indenizações por incapacidade provocada pelo trabalho.

A evolução tecnológica acelerada trouxe uma nova divisão internacional do trabalho, deixando evidente, então, a impotência da Medicina do Trabalho em dar respostas para os problemas criados pelos novos processos de produção. Outros profissionais se juntaram à equipe médica e aspectos da higiene, da ergonomia e da segurança do trabalho foram levantados.

A Saúde Ocupacional, uma proposta interdisciplinar baseada na Higiene Industrial, passou a relacionar ambiente de trabalho/corpo do trabalhador e incorporou a teoria da multicausalidade, na qual um conjunto de fatores de risco é considerado na produção da doença.

O modelo da Saúde Ocupacional manteve o referencial da medicina do trabalho firmado no mecanicismo. Desse modo, não concretizou o apelo à interdisciplinaridade e à capacitação de recursos humanos. Por outro lado, a produção de conhecimento e de tecnologia de intervenção não acompanhou - e

ainda não acompanha - o ritmo da transformação dos processos de trabalho, pois é um modelo que continua a abordar o trabalhador como "objeto" das ações de saúde.

Na segunda metade da década de 1950, emergiu um intenso movimento social nos países industrializados do mundo ocidental, que se disseminou para os países periféricos. Esse movimento era marcado pelo questionamento do sentido da vida, do valor da liberdade, do significado do trabalho na vida, do uso do corpo e da denúncia do obsoletismo de valores já sem qualquer sentido para aquela geração. Esses questionamentos abalaram a confiança no Estado e, como resposta, novas políticas sociais foram elaboradas, introduzindo significativas mudanças na legislação do trabalho e, em especial, nos aspectos de saúde e segurança do trabalhador (MENDES; DIAS,1991 p.344).

Os sinais desse movimento chegaram ao Brasil na década de 1980, num momento histórico marcado pela reorganização social, pelo fim da ditadura militar e redemocratização no país. Assim, um movimento social nascido nas universidades se expandiu rapidamente entre profissionais de saúde e estudantes da área de saúde, tendo como principal meio de propagação a revista "Saúde em Debate", editada pelo CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. Era o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira.

O Movimento da Reforma Sanitária defendia um novo modelo assistencial, centrado na atenção primária de saúde. Foi um dos grandes mobilizadores, juntamente com os movimentos populares, da VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, em Brasília. A maioria de suas propostas foi aprovada nessa conferência e, posteriormente, incorporada à Constituição Federal de 1988, mudando radicalmente a saúde pública no Brasil.

A epidemiologia social, com o apoio dos trabalhadores, em particular do "novo sindicalismo", e o movimento da Reforma Sanitária Brasileira deram forma ao movimento da saúde do trabalhador no Brasil. Tinha como eixos: a defesa do direito ao trabalho digno e saudável, a participação dos trabalhadores nas decisões sobre a organização e gestão dos processos produtivos e a busca da garantia de atenção integral à saúde. Assim, a Saúde do Trabalhador ia-se construindo no espaço da

_

¹ Nova concepção sindical que propiciou o surgimento de uma vanguarda combativa e independente que liderou as greves no ABC paulista e outras manifestações de massa como as comemorações do dia 1º de maio de 1980, que reuniu mais de 100 mil trabalhadores em São Paulo.

saúde pública e o trabalho passava a ser entendido como um organizador da vida social.

Nesta história os trabalhadores assumem o papel de atores, de sujeitos capazes de pensar e de se pensarem, produzindo uma experiência própria, no conjunto das representações da sociedade. (MENDES; DIAS, 1991 p.347).

O objeto da saúde do trabalhador pode ser definido como o processo de saúde e doença dos grupos humanos, em sua relação com o trabalho. Representa um esforço de compreensão desse processo — como e porque ocorre - e do desenvolvimento de alternativas de intervenção que levem à transformação em direção à apropriação, pelos trabalhadores, da dimensão humana do trabalho, numa perspectiva teleológica (MENDES; DIAS, 1991 p.347).

Nós sabemos que a tecnologia não determina a sociedade: é a sociedade. A sociedade é que dá forma à tecnologia de acordo com as necessidades, valores e interesses das pessoas que utilizam as tecnologias (CASTELLS, 2006, p.1)

2.2 A doença relacionada ao trabalho

Segundo a Classificação de Schilling (1984), doenças relacionadas ao trabalho, chamadas pela OIT de "epidemia oculta", são aquelas que estão diretamente relacionadas à atividade desempenhada pelo trabalhador ou às condições de trabalho às quais ele está submetido. (Anexo 1)

As doenças relacionadas ao trabalho são um grave problema de saúde pública, devido a vários fatores. Entre eles, está o descumprimento de regulamentos de proteção à saúde e segurança, a não utilização de equipamentos de proteção individual e coletiva, além de ambientes de trabalho insalubres, entre outros. Contribui para agravar o problema, por falta de prevenção e mesmo por postergar o tratamento, a dificuldade dos profissionais de saúde, especialmente médicos, em reconhecer a relação trabalho-saúde-doença. Tal fato pode ser confirmado pelo baixo índice de notificação desses agravos, mesmo sendo os mesmos de notificação compulsória, tanto as doenças quanto os acidentes de trabalho.

Desde a década de 1970, profundas mudanças ocorreram nos processos de trabalho. Observa-se uma forte tendência de "terceirização" da economia nos países desenvolvidos, com o início do declínio do setor secundário (indústria) e o crescimento acentuado do setor terciário (serviços), com óbvia mudança do perfil da

força de trabalho empregada. Ocorre um processo de transferência de indústrias para o Terceiro Mundo, principalmente daquelas que provocam poluição ambiental ou risco para a saúde, e das que requerem muita mão de obra, com baixa tecnologia. Concomitantemente, observa-se a rápida implantação de novas tecnologias, entre as quais a automação e a informatização, que introduziram profundas modificações na organização do trabalho, ao permitirem ao capital diminuir sua dependência dos trabalhadores, ao mesmo tempo em que aumentaram a possibilidade de controle sobre os mesmos. Ressurge, com vigor redobrado, o Taylorismo, com a aplicação sistemática de dois de seus princípios básicos: o da primazia da gerência (via apropriação do conhecimento operário e pela interferência direta nos métodos e processos) e o da importância do planejamento e controle do trabalho.

Nesse contexto, o número de doenças relacionadas ao trabalho, segundo dados da Organização Internacional do Trabalho (OIT), em seu relatório para Dia Mundial da Segurança e Saúde no Trabalho, 28 abril de 2013, cresceu de forma extraordinária e mata 2 milhões de pessoas por ano no mundo. Dos 2,34 milhões de acidentes de trabalho fatais a cada ano, somente 321 mil se devem a acidentes, as doenças relacionadas ao trabalho são responsáveis pelo restante. Acidentes e doenças relacionadas ao trabalho custam US\$ 2,8 trilhões ao ano, 4% do Produto Interno Bruto (PIB) global. Verifica-se que 160 milhões de pessoas sofrem de doenças não letais relacionadas com o trabalho, e 317 milhões de acidentes laborais não mortais ocorrem a cada ano. Isto significa que, a cada 15 segundos, um trabalhador morre de acidente ou doença relacionados ao trabalho. No mundo, a cada 15 segundos, 115 trabalhadores sofrem um acidente de trabalho, segundo o mesmo relatório.

As doenças profissionais, ou relacionadas com a atividade profissional, são fonte de extremo sofrimento e perdas no mundo do trabalho. Contudo, ainda que sejam anualmente responsáveis pela morte de seis vezes mais pessoas do que os acidentes de trabalho, permanecem em grande medida invisíveis. Além disso, a natureza destas doenças está a mudar rapidamente: as mudanças tecnológicas e sociais, aliadas às condições da economia mundial, agravam os atuais perigos para a saúde e geram novos fatores de risco. As doenças profissionais bem conhecidas, tais como as pneumoconioses, permanecem um fenómeno generalizado, enquanto as relativamente novas, como as perturbações mentais e musculoesqueléticas (PME), são cada vez mais frequentes" (Relatório da OIT preparado para o Dia Mundial para segurança e saúde no trabalho, em 28 de abril de 2013)

2.3 O acidente de trabalho

A Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991, em seu artigo 19, considera que acidentes de trabalho são aqueles que ocorrem pelo exercício do trabalho a serviço da empresa, ou pelo exercício do trabalho dos segurados especiais (trabalhadores rurais e os pescadores artesanais que produzem individualmente ou em regime de economia familiar e não utilizam empregados para essas atividades), provocando lesão corporal ou perturbação funcional, de caráter permanente ou temporário, que cause a morte, a perda ou a redução da capacidade para o trabalho.

Equiparam-se ao acidente do trabalho: as doenças relacionadas ao trabalho e, também, o acidente ligado ao trabalho que, embora não tenha sido a causa única, haja contribuído diretamente para a ocorrência da lesão; certos acidentes sofridos pelo segurado no local e no horário de trabalho; a doença proveniente de contaminação acidental do empregado no exercício de sua atividade; e o acidente sofrido a serviço da empresa ou no trajeto entre a residência e o local de trabalho do segurado e vice-versa.

Indicadores de acidentes do trabalho são utilizados para mensurar a exposição dos trabalhadores aos níveis de risco inerentes à atividade econômica, permitindo o acompanhamento das flutuações e tendências históricas dos acidentes e seus impactos nas empresas e na vida dos trabalhadores. Além disso, fornecem subsídios para o aprofundamento de estudos sobre o tema e permitem o planejamento de ações nas áreas de segurança e saúde do trabalhador. Alguns indicadores são utilizados pela previdência social: Taxa de Incidência de Acidentes do Trabalho; Taxa de incidência específica para doenças do trabalho; Taxa de incidência específica para doenças do Mortalidade; e Taxa de Letalidade.

De acordo com o relatório da Organização Internacional do Trabalho, OIT, para o Dia Mundial para Segurança e Saúde no Trabalho, ocorrem anualmente 270 milhões de acidentes de trabalho em todo o mundo. Aproximadamente 2,2 milhões deles resultam em mortes. No Brasil, tem sido computado cerca de 1,3 milhão de casos que têm, como principais causas, o descumprimento de normas básicas de proteção aos trabalhadores e as más condições nos ambientes e processos de trabalho. Ainda segundo o estudo da OIT, o Brasil ocupa o 4º lugar em relação ao número de mortes, com 2.503 óbitos. O país perde apenas para China (14.924),

Estados Unidos (5.764) e Rússia (3.090). A precarização das relações de trabalho, em especial as terceirizações consideradas ilícitas, é outra causa importante. Envolve situações nas quais os trabalhadores não recebem treinamento adequado para o exercício das funções que desempenharão. Além disso, não há a cultura nem a preocupação com o uso de equipamentos de proteção individual.

No anuário estatístico de 2009, foram registrados 723.452 acidentes e doenças do trabalho, entre os trabalhadores assegurados da Previdência Social. Este número, já alarmante, não inclui os trabalhadores autônomos (contribuintes individuais) nem as empregadas domésticas. Parte desses acidentes e doenças teve, como consequência, o afastamento das atividades de 623.026 trabalhadores, devido à incapacidade temporária (302.648 até 15 dias e 320.378 com tempo de afastamento superior a 15 dias), 13.047 trabalhadores por incapacidade permanente, e o óbito de 2.496 cidadãos. São eventos com forte impacto social, econômico e, principalmente, sobre a saúde pública no Brasil. Dados da Previdência Social, colhidos em seu Anuário Estatístico de 2010, revelam que, dos 701.496 acidentes de trabalho no Brasil, 54.664 ocorrem somente na construção civil.

2.4. A atenção à saúde do trabalhador no Brasil

Tradicionalmente no Brasil a atenção à saúde dos trabalhadores inseridos no setor formal de trabalho – a regulação e inspeção das condições de trabalho e a assistência médica – era atribuição dos Ministérios do Trabalho e da Previdência Social. A nova Constituição manteve essa superposição ou concorrência de algumas dessas atribuições, e a área de Saúde do Trabalhador foi, também, formalmente incorporada ao Ministério da Saúde (MS) e aos níveis estaduais e municipais do SUS. Ainda com a Constituição de 1988, a saúde do trabalhador ganhou *status* de direito social, com uma nova conceituação, que incluía, em seu escopo, as condições de alimentação, habitação, renda, meio ambiente, trabalho e emprego. Necessitava, portanto, ser contemplada com políticas públicas que lhe garantissem tais direitos.

Assim, essa mesma Constituição Federal atribuiu ao Sistema Único de Saúde (SUS) a responsabilidade de um cuidado diferenciado para os trabalhadores, considerando sua inserção no processo produtivo. A Saúde do Trabalhador se

inscreve, então, definitivamente como política de saúde e se consolida com a criação de uma área específica dentro do Ministério da Saúde.

A Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador (CGSAT), órgão do Ministério da Saúde, passou a ser responsável por coordenar as ações de Saúde do Trabalhador, em articulação com os três níveis de gestão do SUS (federal, estadual e municipal), cabendo-lhe a proposição e formulação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador (PNST).

A Área Técnica de Saúde dos Trabalhadores (Cosat), órgão do Ministério da Saúde responsável pela formulação e implantação das políticas aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde, pela efetivação das resoluções das Conferências Nacionais de Saúde do Trabalhador e pela normatização técnica e administrativa da área de Saúde do Trabalhador, tem por missão institucional a obrigação de cooperar com os estados e municípios na capacitação técnica de gestores, gerentes, administradores e técnicos da rede de serviços do SUS. Outra atribuição da Cosat é prover os meios para capacitar os membros participantes do Controle Social, da sociedade organizada e da população em geral para atuar de forma efetiva na preservação dos direitos sociais e de ações que garantam saúde, segurança e ambientes de trabalho saudáveis.

A organização dessa política se baseia na Atenção Básica de Saúde, prestando assistência especializada aos trabalhadores acometidos por doenças e/ou agravos relacionados ao trabalho, realizando promoção, proteção e recuperação desses trabalhadores. Investigava as condições do ambiente de trabalho, utilizando dados epidemiológicos, em conjunto com a Vigilância Sanitária, sempre tendo como referência o modelo dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, CEREST.

Os anos de 1990 produziram inúmeras experiências desses Centros de Referências, em diversos pontos do país, ligados, em sua maioria, às Secretarias Municipais de Saúde, embora também a serviço de hospitais universitários e ações sindicais (Anexo 2)

O que se verificou é que esses Centros de Referência e também Programas de Saúde do Trabalhador (PAST) estavam se mantendo marginalizados em relação às políticas de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) e também não estabeleciam qualquer relação entre si. Alguns, inclusive, desapareceram no decorrer das décadas de 1980 e 1990.

Tornou-se, então, segundo Hoefel, Dias e Silva, "urgente e necessário, para a própria sobrevivência da área, o desenvolvimento de novas estratégias visando romper com este "gueto" e mergulhar profundamente nas políticas de saúde do SUS". Para tanto,

dever-se-ia garantir a inserção de suas práticas, tanto assistenciais como as de vigilância, em todos os níveis do modelo técnico assistencial adotado pelo SUS e em consonância com os princípios deste sistema de saúde quais sejam: universalidade, equidade, regionalização e hierarquização das ações e controle social. " (HOEFEL, M.G; DIAS, E. C; SILVA, J. M., 2005 p. 8).

Entre 16 e 18 de junho de 1999, ocorreu o Encontro Nacional de Saúde do Trabalhador, em Brasília, ficando evidente a necessidade de organizar os trabalhadores em todos os níveis de atenção, bem como de elaborar um projeto nacional de capacitação e formação de profissionais da área, além de aumentar a articulação entre gestores e movimentos sociais. Buscava-se, ainda, criar novas metodologias para a vigilância em saúde do trabalhador, construir indicadores para o planejamento das ações, rever modelos calcados nos Centros de Referência, no sentido de sua avaliação e redefinir seu papel de polo de difusão e de realizador de ações.

Em 2000, foi realizado outro Encontro Nacional de Saúde do Trabalhador, por iniciativa de técnicos da Coordenação de Saúde do Trabalhador (COSAT), da Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde (MS). O objetivo era a criação da Rede de Saúde do Trabalhador. Ao mesmo tempo, assessores da Secretaria de Assistência à Saúde (SAS), do mesmo Ministério da Saúde, criavam outra proposta de rede. A primeira proposta acabou se perdendo e, não sem conflitos, em 19 de setembro de 2002, foi criada a Rede de Ação Integral à Saúde do Trabalhador – RENAST, através da portaria nº. 1679/GM/MS, segundo o modelo de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS). Seguia os princípios da universalidade de acesso, integralidade de atenção, com equidade e controle social, em um dado território, de modo regionalizado e hierarquizado, privilegiando a estratégia da atenção básica de saúde e o enfoque da promoção à saúde, para o reordenamento da atenção à saúde do trabalhador.

As críticas a essa proposta se dirigiam, principalmente, ao processo de elaboração. Eram evidentes a desarticulação e as divergências sobre o modelo

pretendido de rede entre áreas de política e de assistência do Ministério da Saúde. Os técnicos da COSAT, Coordenação de Saúde do Trabalhador, discordavam do perfil assistencialista da RENAST.

O objetivo da RENAST seria, então, articular ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde dos trabalhadores urbanos e rurais, independentemente do vínculo empregatício e tipo de inserção no mercado de trabalho, de forma, também, articulada entre as esferas de governo (federal, estaduais e municipais). Deveria seguir a organização do Sistema Único de Saúde, SUS, tendo, como portas de entrada, as Unidades Básicas de Saúde, UBS e o Programa Saúde da Família, PSF, num primeiro nível de atenção.

Coube aos Gestores do SUS e das equipes técnicas e ao Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) a capacitação dos profissionais de saúde para a identificação e monitoramento dos casos atendidos que pudessem ter relação com as ocupações e os processos produtivos em que estão inseridos os usuários (anexo 3).

2.4.1 Conceito de Rede aplicado à RENAST

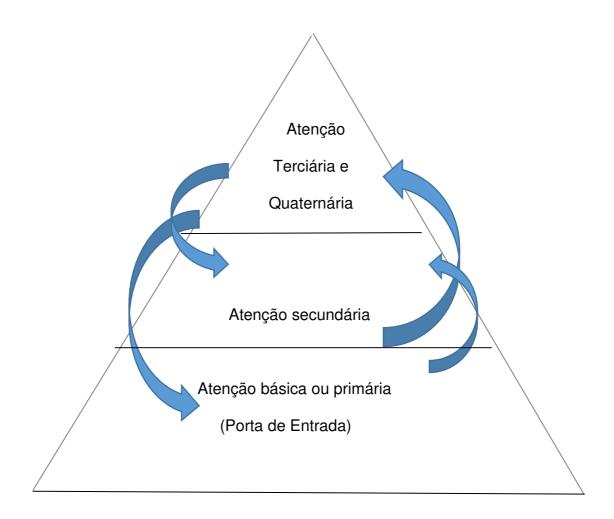
A palavra "rede" deriva do Latim "retis" e designa o conjunto de fios entrelaçados. Então, na antiguidade grega, esse vocábulo esteve associado à técnica de tecelagem, fios regularmente entrelaçados que serviam para capturar pequenos animais. "Rede" também foi associada à medicina. Hipócrates, metaforicamente, ligava o conceito de redes ao organismo. "A ideia de rede existia desde a mitologia, através do imaginário da tecelagem e do labirinto". A medicina de Hipócrates a associava definitivamente à metáfora do organismo onde todas as veias comunicam e escorrem umas nas outras" (Musso,2001; p.197 apud DIAS e SILVEIRA, 2007 p.18).

A ideia de rede. Certamente, clareia um aspecto importante da realidade, chama a atenção para a complexidade das interações espaciais e organizacionais resultantes do conjunto de ações desencadeadas em diferentes lugares. Assim, a rede representa um dos recortes espaciais possíveis para compreender a organização do espaço contemporâneo. (DIAS; SILVEIRA, 2005). Logo "a rede é representada como organismo planetário e parece desenhar a infraestrutura invisível de uma sociedade, ela mesma pensada como rede" (DIAS, 2005, p. 19).

O dinamismo e a flexibilização da rede promovem a organização, desorganização e a reorganização do espaço geográfico (DIAS, 2005 p.19). Dentro do Sistema Único de Saúde, a ideia de rede simboliza, com precisão, a forma dinâmica como se dispõem espacialmente e como se articulam, intersetorialmente e intrassetorialmente, dentro dos diversos níveis de complexidade, os serviços de saúde e mesmo os consórcios intermunicipais. A rede possibilita, entre outras ações, o referenciamento e contra referenciamento, por exemplo.

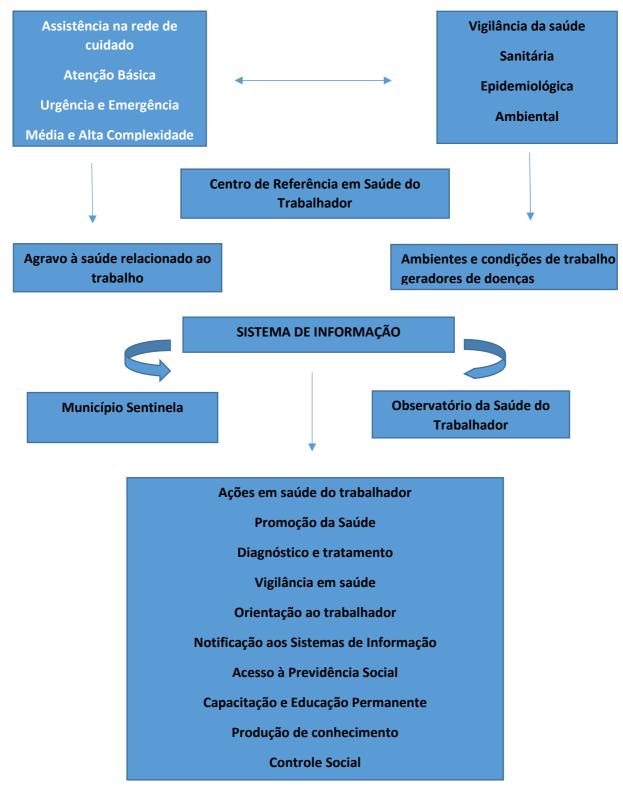
No modelo proposto pela RENAST, o trabalhador, ao necessitar de atendimento médico, deveria dirigir-se às Unidades Básicas de Saúde ou às unidades do Programa Saúde da Família e, se necessitasse de atendimento especializado, seria encaminhado para clínicas e hospitais de especialidades, onde receberia a atenção secundária. Se a demanda fosse por consultas ou procedimentos de maior complexidade, seria referenciado para hospitais universitários ou de alta complexidade, onde receberia atenção terciária e quaternária, de acordo com a particularidade e a necessidade de cada caso. Após receber a atenção de que necessitasse, o trabalhador seria contra referenciado para a Unidade de origem ou para aquela melhor habilitada para acompanhar seu caso. Seria garantido, assim, a toda população trabalhadora, o direito de atendimento de forma plena, em função das suas necessidades, pela articulação de ações curativas e preventivas, nos três níveis de assistência, conforme ilustra a figura abaixo.

Figura 1- Descrição esquemática da trajetória realizada pelo trabalhador na Rede Nacional de Atenção em Saúde do Trabalhador



O esquema abaixo mostra o modelo de atenção da RENAST, composto por assistência e vigilância, ancorada nos Centros de Referência e utilizando o sistema de informação para desencadear as ações em saúde do Trabalhador.

Figura 1 - Modelo de atenção da RENAST



Fonte²: DIAS; HOEFEL, 2005, p.826.

-

² O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST.

Essa concepção de articular as ações de saúde do trabalhador no contexto do SUS foi sendo revista por normativas que também dispunham sobre sua estruturação, sendo ampliada e, posteriormente, adequada ao Pacto Pela Vida e em Defesa do SUS.

Em agosto de 2012, foi publicada uma nova edição da RENAST, sendo instituída a *Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora*, pela portaria nº. 1823 do Ministério da Saúde. Sua finalidade era a de definir os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observados pelas três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), para o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador, com ênfase na vigilância em saúde do trabalhador. São reiteradas e ampliadas as atribuições dos Gestores do SUS e de suas equipes técnicas e, também, dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador-CEREST (anexos 3 e 4), definindo o papel do Ministério da Saúde no contexto da saúde do trabalhador.

2.4.2. O papel dos ministérios envolvidos com a Saúde do Trabalhador, do Ministério Público do Trabalho e da Justiça do Trabalho.

O Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) tem, entre outros, o papel de realizar a inspeção e a fiscalização das condições e dos ambientes de trabalho em todo o território nacional. Essa ação se fundamenta no Capítulo V da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), que trata das condições de segurança e Medicina do Trabalho. O referido capítulo foi regulamentado pela Portaria n.º 3.214/78, que criou as chamadas Normas Regulamentadoras (NR) e, em 1988, as Normas Regulamentadoras Rurais (NRR). Essas Normas vêm sendo continuamente atualizadas, e constituem-se nas mais importantes ferramentas de trabalho desse ministério, no sentido de vistoriar e fiscalizar as condições e ambientes de trabalho, visando garantir a saúde e a segurança dos trabalhadores. Nos estados da Federação, o Ministério do Trabalho e Emprego é representado pelas Delegacias Regionais do Trabalho e Emprego – DRTE, que possuem um setor responsável pela operacionalização da fiscalização dos ambientes de trabalho, no nível regional.

O Ministério do Meio Ambiente, para o cumprimento de sua missão institucional, além de estabelecer articulações com setores da sociedade civil organizada, necessariamente, deve trabalhar em sintonia permanente com setores de governo, em especial da saúde, educação e trabalho. Exemplo concreto de ação articulada entre essas áreas e o setor de meio ambiente é a questão relacionada ao uso de agrotóxicos, em que estão implicadas a saúde dos trabalhadores, a educação da população local, as relações de trabalho e a própria saúde do consumidor, dos alimentos produzidos, além da contaminação ambiental cumulativa dos produtos. A degradação ambiental está fortemente ligada a diversos fatores de ordem econômico-social, como a ocupação urbana desordenada e, principalmente, os modos poluidores dos processos produtivos. Mesmo sendo cada vez maior o conhecimento de que várias situações de riscos ambientais originam-se dos processos de trabalho, não há, ainda, uma articulação de ações entre a saúde e o meio ambiente.

Com relação ao Ministério da Previdência Social, apesar das inúmeras mudanças em curso na Previdência Social, o Instituto Nacional do Seguro Social – INSS, ainda é o responsável pela perícia médica, reabilitação profissional e pagamento de benefícios. Deve-se destacar que só os trabalhadores assalariados, com carteira de trabalho assinada, inseridos no chamado mercado formal de trabalho, têm direito ao conjunto de benefícios acidentários garantidos pelo MPAS/INSS. Portanto, os trabalhadores autônomos, mesmo contribuintes do INSS, não têm os mesmos direitos quando comparados aos assalariados celetistas.

A Justiça do Trabalho, no Brasil, foi implantada em 1941 e, desde 1943, passou a ser responsável pelo cumprimento da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Autônoma em relação ao Poder Executivo e menos atrelada a interesses locais, surgiu como braço de intervenção e proteção do Estado na relação capital—trabalho, tutelando o trabalhador, caracterizado como "economicamente mais fraco". Sua finalidade é apreciar e julgar conflitos decorrentes da relação de trabalho.

O Ministério Público do Trabalho, com a Constituição Federal de 1988, passou a ser o defensor da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais antes indisponíveis aos trabalhadores, como a defesa do meio ambiente de trabalho e o combate ao trabalho escravo, à exploração do trabalho

infantil e à discriminação no trabalho. Isso ampliou suas atribuições na prevenção dos conflitos trabalhistas e na defesa dos interesses meta individuais, ou seja, interesses que afetam grupos da sociedade e expressivos contingentes populacionais relacionados ao trabalho e às condições e ambientes no qual este é executado.

2.5 Vigilância em saúde do trabalho

A expressão vigilância, segundo o Dicionário Aurélio, significa observar atentamente, estar atento a, atentar-se em, estar em sentinela, procurar, campear, acautelar-se. Vigilância em Saúde está relacionada aos conceitos de saúde e doença, às práticas de atenção aos doentes e às ações adotadas para impedir ou minimizar a disseminação de doenças.

No campo da Saúde Pública ocorreu uma modernização das estratégias de ação pela busca de identificação dos fatores de risco envolvidos na determinação das doenças, não só as infectocontagiosas, mas, principalmente, as crônico-degenerativas, que passaram a ocupar um lugar predominante no perfil epidemiológico das populações e sociedades industriais. Essa modernização se deu pela incorporação de novas técnicas e instrumentos de geração de informações e organização das intervenções sobre danos, ou indícios de danos, riscos, condicionantes e determinantes dos problemas de saúde. Desse modo, os programas de controle passaram a dirigir-se a grupos populacionais expostos a riscos diferenciados de adoecer e morrer, a exemplo dos programas de saúde materno-infantil, saúde do trabalhador, saúde do idoso etc. (TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 1998 p. 11).

A vigilância de doenças relacionadas ao trabalho prioriza a identificação precoce de casos, sua investigação e de determinantes do adoecimento, o estabelecimento do nexo causal e seu registro.

A partir dos anos 1970, observou-se a formulação e implementação de propostas dirigidas à montagem de sistemas de vigilância epidemiológica, cuja tradução operacional pretendia ser uma ampla rede de unidades geradoras de

dados, que permitissem a adoção de decisões e a execução de ações de investigação e controle (TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 1998 p. 12).

Em 1990, a Lei Orgânica da Saúde (Lei Federal 8080/90), em seu artigo 6º, parágrafo 3 (anexo 5), regulamentou os dispositivos constitucionais sobre Saúde do Trabalhador como "um conjunto de atividades" que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância 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 (Anexo 6).

A vigilância em saúde do trabalhador compõe a promoção da saúde do trabalhador, com intervenções relacionadas a determinantes sociais que estão além da vigilância, como educação em saúde, condições de vida e de trabalho.

Segundo a Portaria 3.120/GM/1998 a Vigilância em Saúde do Trabalhador compreende uma atuação contínua e sistemática, ao longo do tempo, no sentido de detectar, conhecer, pesquisar e analisar os fatores determinantes e condicionantes dos agravos à saúde relacionados aos processos e ambientes de trabalho, em seus aspectos sociais, tecnológicos, organizacional e epidemiológico, com a finalidade de planejar, executar e avaliar intervenções sobre esses aspectos, de forma a eliminálos ou controlá-los.

A VISAT é estruturante e essencial ao modelo de Atenção Integral em Saúde do Trabalhador. Constitui-se de saberes e práticas sanitárias, articulados Intra e Inter setorialmente. A especificidade de seu campo de ação é definida por ter como objeto a relação da saúde com o ambiente e os processos de trabalho, realizada com a participação e o saber dos trabalhadores em todas as suas etapas.

As ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador deverão ser desenvolvidas por profissionais da Vigilância em Saúde, dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, devidamente instituídos como Autoridade Sanitária, e quando necessário da Atenção Primária, no âmbito estadual, regional e municipal (ANEXO 7).

Considerando a importância da articulação entre ações e informações em Saúde do Trabalhador é fundamental a estruturação da Rede de Serviços Sentinela para diagnose, notificação e tratamento dos agravos de saúde relacionados ao trabalho, e a organização do Sistema de Observação em Saúde do Trabalhador.

A criação e definição de Municípios Sentinelas (ANEXO 8) é fundamental para a ampliação e consolidação da RENAST, como estratégia e alvo de intervenção, buscando a viabilização de investimentos para otimizar os serviços e ações integrando todos os níveis de assistência e de vigilância, aí incluindo-se ações intersetoriais para garantia de acesso aos direitos sanitário-previdenciário-trabalhistas. Assim, de acordo com a portaria GM/MS nº 2.728/2009 a organização dos municípios sentinela deve ser definida "a partir de dados epidemiológicos, previdenciários e econômicos que indiquem fatores de risco significativos à saúde dos trabalhadores, oriundos de processos de trabalho em seus territórios".

No próximo capítulo será feita uma abordagem sobre alguns aspectos relacionados à Saúde do Trabalhador no município de Campos dos Goytacazes, na região norte do Estado do Rio de Janeiro

3 A rede de saúde do trabalhador, os acidentes de trabalho e as doenças do trabalho prevalentes no município de Campos dos Goytacazes.

Neste segundo capítulo será feita a apresentação das unidades de saúde, além de uma contextualização histórica das relações trabalhistas e uma abordagem sobre os acidentes de trabalho e doenças relacionadas ao trabalho no município.

3.1 As unidades de saúde do município

A Rede Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador (RENAST) tem, como proposta, a utilização da rede de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS) de cada município em cada unidade da federação. Tal fato justifica a apresentação da rede municipal de saúde de Campos dos Goytacazes.

O município de Campos dos Goytacazes conta, na atualidade, com 71 Unidades de Atenção Básica de Saúde ou Unidades Municipais de Saúde,³ UMS, sendo cinco de atendimento 12 horas e cinco de atendimento 24 horas; com dois Centros de Atenção Psicossocial, CAPS; com o Centro de Tratamento da Mulher e Centro de Referência da Criança e do Adolescente. Conta também com unidades, definidas pela secretaria Municipal de Saúde, como pré-hospitalares: Hospital São José, Hospital de Ururaí e Hospital de Travessão; com dois postos de urgência, o PU de Guarus e o PU Saldanha Marinho; com uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), além de um grande hospital de Emergência, o Hospital Ferreira Machado e com um hospital geral, o Hospital Geral de Guarus, todos ligados à Fundação Municipal de Saúde, além de outros estabelecimentos privados.

Há ainda quatro hospitais filantrópicos: Hospital Escola Álvaro Alvim, ligado à Faculdade de Medicina de Campos, ambos pertencentes à Fundação Benedito Pereira Nunes; Hospital dos Plantadores de Cana; Santa Casa da Misericórdia de Campos e Beneficência Portuguesa. Todos eles são conveniados com o Sistema Único de Saúde e, quase sempre insolventes, necessitam, para seu funcionamento, de complementação de verbas por parte da prefeitura municipal, o que ocorre por meio da contratualização de leitos com o Fundo Municipal de Saúde.

³ Os dados foram obtidos através de listagem fornecida pelo gabinete do Secretário municipal de Saúde, Sr. Geraldo Venâncio, em agosto de 2012

A rede de Saúde de Campos dos Goytacazes dispõe, ainda, de vários hospitais privados, que não prestam serviço aos usuários do SUS.

3.1.1 O Programa Saúde da Família

Criado em 1994 pelo governo federal, o Programa Saúde da Família (PSF), do qual participei, como médica de equipe, do ano 2000 ao ano 2004, funcionou no município de Campos dos Goytacazes de 1999 a 2008.4

O funcionamento inicial do PSF se deu de forma precária, devido a vários fatores. Entre eles, o superdimensionamento da área/população adstrita para cada equipe, maior, três a quatro vezes, que o preconizado pelo Ministério da Saúde⁵, desrespeitando o princípio da Territorialização. Também pela ausência de espaço físico (sede), algumas equipes se reuniam embaixo de árvores ou em praças, sem qualquer abrigo e, acrescente-se ainda, a falta de resolutividade dos profissionais das equipes, que não contavam com suporte laboratorial adequado, nem com um sistema de referência e contra referência eficaz, contrariando o princípio da Integralidade da atenção.

⁴ Os profissionais de saúde das primeiras equipes do PSF em Campos dos Goytacazes passaram por treinamento para entender a proposta do Programa, através do polo de capacitação da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), de acordo com as normas de organização dos serviços de Saúde do Ministério da Saúde de 1996. As equipes que foram se formando posteriormente, após longo tempo, passaram pela mesma capacitação, agora pelo pessoal do PSF local.

⁵ A população adstrita preconizada para cada equipe deveria ter até 4500 pessoas. A população do polo do PSF Matadouro, por exemplo, foi dividida posteriormente entre mais duas equipes: a do PSF Miguel Herédia e a do PSF Adão Pereira Nunes, ficando, então, com o número adequado de pessoas por equipe.

Figura 3: PSF do Beco – Usina Santo Antônio⁶



Figura 4: PSF Matadouro



Aos poucos, o número de equipes foi aumentando e a qualidade da atenção, que deveria melhorar, esbarrou na falta de treinamento⁸, baixos salários e a consequente descaracterização do Programa: não era mais exigido tempo integral

⁶ As fotografias apresentadas fazem parte de documentação coletada no ano de 2005, com objetivo de criação do distrito sanitário em Campos dos Goytacazes, quando fui diretora do Departamento Médico da Secretaria Municipal de Saúde, sendo secretário de Saúde o Dr. Geraldo Venâncio e prefeito do município, o Dr. Carlos Alberto Campista.

⁷ As fotografias mostram a disparidade da estrutura física entre as equipes de PSF.

⁸ Nunca ocorreu capacitação para a atenção à Saúde do trabalhador, por exemplo.

(40 horas) dos profissionais de nível superior e os Agentes Comunitários de Saúde eram utilizados com objetivos políticos.





Em 2008, a falta de controle social adequado e a falta de transparência na gestão do Programa fizeram com que o PSF em Campos fosse encerrado por fraude, na operação "Telhado de Vidro" da Polícia Federal, onde a Fundação José Pelúcio Ferreira e a Cruz Vermelha Brasileira, filial Nova Iguaçu, teriam sido beneficiadas em contratos milionários, mediante dispensa de licitações, firmados com o município de Campos, relativos à terceirização de pessoal, tendo sido contratado, sem concurso público, 16 mil pessoas, parte das quais mantida com verbas federais do Programa Saúde da Família, segundo noticiado em toda imprensa, à época, inclusive nacional¹⁰. Perdeu assim a população, pois, antes de ser descaracterizado, o PSF tinha uma linha de ação voltada para a participação da comunidade com grupos de diabéticos, de hipertensos, grupos de caminhadas, programas de reabilitação envolvendo os familiares dos doentes, grupos de gestantes, de sala de espera, entre outros. Além disso, tinha sido programado um terceiro turno de atividades, até 20 horas, com o objetivo de atender aos trabalhadores que, devido à própria jornada de trabalho, não poderiam frequentar a unidade de saúde no horário convencional.

⁹ As equipes de PSF Custodópolis I e II funcionavam no Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Campos.

Como foi o caso do portal G1 da globo.com de 11/03/2008 e Estadão.com.br de 11/03/2008.

No final do ano de 2008, o prefeito, em final de mandato, fez concurso público para o retorno do PSF, mas nas idas e vindas da política local, o novo governo não aceitou o concurso e os aprovados não foram chamados, apesar de terem sido impetrados vários mandados judiciais. O novo governo, já em seu segundo mandato, fala em novo concurso, mas, concretamente, o PSF ainda continua inativo.

3.1.2 As Unidades Municipais de Saúde (UMS)

As UMS, Unidades Municipais de Saúde convencionais, contam com uma equipe de saúde que engloba um pediatra, um clinico geral, um ginecologista, um enfermeiro, técnicos de enfermagem, um administrador e um auxiliar de serviços gerais. Nelas se realizam consultas médicas, vacinação, curativos e outras atividades de atenção à saúde. Apesar de algumas UMS terem uma equipe diferenciada com especialistas, tais como cardiologistas, dermatologistas e endocrinologistas, entre outros, não se comportam como unidades de referência para as demais UMS, que não contam com especialidades médicas.





Não é raro encontrar nas UMS profissionais de saúde completamente desmotivados. Os médicos, de modo geral, com especialização voltada para a média e alta complexidade, com pouca ou nenhuma experiência em atenção básica, sendo, portanto, pouco resolutivos, assumem o papel de encaminhadores de pacientes para as unidades de atenção secundária.

Serão apresentados, a seguir, mapas¹¹ que mostram as unidades básicas de saúde do município.

As Unidades Municipais de Saúde (UMS) foram marcadas em vermelho e as antigas unidades do Programa Saúde da Família foram marcadas em azul, mesmo estando desativadas, por fazerem parte do período circunscrito por esse trabalho e por fazerem parte do acesso à atenção primária, na RENAST.

O primeiro mapa mostra as Unidades Municipais de Saúde da região central e o segundo, as do interior do município

Nos mapas, é possível observar a boa distribuição das unidades de saúde no território do município 12, existindo mesmo, em algumas localidades, a concomitância dos dois tipos de unidade (Unidade Básica convencional, UMS, e unidade de PSF), o que não quer dizer que o atendimento prestado por essas unidades tenha qualidade. O mesmo não se dá com as Unidades com Clínicas de Especialidades, em número muito mais reduzido, fazendo com que o sistema de referência e contra referência, um dos pilares de sustentação de uma boa Rede de Atenção Básica, dentro dos moldes do Sistema Único de saúde, fique prejudicado.

Apesar de contar com uma boa rede (estrutural) de atenção básica, essa rede se mostra totalmente desarticulada e o município não consegue resolver as questões pertinentes à Saúde Pública, aí incluindo a Saúde do Trabalhador. Os gestores municipais se mostram negligentes e/ou o assunto não faz parte de suas prioridades.

¹² Segundo informação colhida na Secretaria Municipal de Saúde, as áreas do município que não contam com Unidades de Saúde também não tem uma densidade populacional que justifique a sua presença.

_

¹¹ Obtidos com o Subsecretário de Saúde, Sr. Roberto Vogel, em agosto de 2012,

RJ-158

Mapa 1 - Unidades Básicas de saúde na região central do município

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Campos dos Goytacazes, 2013

Unidades Básicas de Saúde

🛨 Unidades do Programa Saúde da Família

Murundu

Mapa 2 - Unidades básicas de saúde no interior do município

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Campos dos Goytacazes

Unidades Básicas de Saúde

貴 Unidades do Programa Saúde da Família

3.2. As relações trabalhistas em Campos dos Goytacazes

Tradicionalmente, o Norte-fluminense é uma região marcada pela exploração de mão de obra pouco qualificada, de baixo custo e, consequentemente, pouco exigente, especialmente de cortadores de cana. É comum o descumprimento de normas básicas de proteção aos trabalhadores e as más condições nos ambientes e processos de trabalho, além de, fato mais grave, ser constatada a ocorrência de trabalho análogo ao trabalho escravo.

Esse tipo de ocorrência sempre esteve presente no município mas, segundo dados do Anuário Estatístico da Previdência Social, em 2009, a região Sudeste foi recordista em incidências de trabalho escravo. Dos 4.234 trabalhadores libertados, após auditorias do poder público, 1.524 foram na região, 36% do total, contra 10% em 2008. Todos os casos do Estado do Rio de Janeiro ocorreram no município de Campos dos Goytacazes e a participação do setor sucroalcooleiro, nos casos de trabalho escravo no país, passou de 11%, em 2003, para 50%, em 2009.

Esses fatos, que se vêm repetindo ano após ano, fizeram com que Campos dos Goytacazes chegasse, enfim, ao primeiro lugar no *ranking* do trabalho escravo no Brasil. Em diversas ocasiões, foi identificada, pelo Ministério Público do Trabalho, a presença de condições de trabalho análogas ao trabalho escravo, principalmente em áreas de produção de cana-de-açúcar.

Apesar da decadência do setor, os mais de dois séculos de relações sociais entre senhores e escravos e entre senhores e peões ainda se materializam hoje nas relações de poder, permanecendo o traço socioeconômico de desigualdade e hierarquia (GANTOS; CARVALHO; FRANCISCO, 2006). ¹³

De acordo com os dados expostos pelo Ministério Público do Trabalho, 14 em audiência pública, observou-se um aumento significativo no número de acidentes e de doenças relacionadas ao trabalho, advindos dos grandes investimentos em

_

GANTOS, M. C.; FRANCISCO, Q. S; CARVALHO, F.C. A. História, Memória Social e Fotografia: as usinas de açúcar de Campos dos Goytacazes no século XX. ENCONTRO REGIONAL DE HISTÓRIA, 18., 2006. O historiador e seu tempo: anais. Assis, SP: UNESP/Assis, 2006. Disponíve em: < http://www.anpuhsp.org.br/sp/downloads/CD%20XVIII/index.html >. Acesso em: 20 de jul. 2013.

AUDIÊNCIA pública reúne mais de 300 pessoas em Campos os Goytacazes. Ministério Público do trabalho, Rio de Janeiro, 12 jun. 2012. Disponível em: http://portal.mpt. gov.br/wps /portal/portaldo _mpt/comunicacao/noticias/conteudo_noticia/!ut/p/c4/04_SB8K8xLLM9MSSzPy8xBz9CP0os3hH92BPJydDw N_E3cjA88QU1N3L7OgMC93I_2CbEdFAAovLRY!/?WCM_GLOBAL_CONTEXT=/wps/wcm/connect/mpt/portal+do+mpt/comunicacao/noticias/audiencia+publica+reune+mais+de+300+pessoas+em+campos+do+goytacaze _s>. Acesso em: 2 jun. 2013.

infraestrutura portuária na região (Açu e Barra do Furado) e de outros empreendimentos satélites, especialmente na construção civil.

Na mesma audiência pública, foi abordado, pela Dra. Marcela Conrado de Farias Ribeiro, ¹⁵ o aliciamento de trabalhadores na construção civil. "Os trabalhadores recebem propostas de trabalho para ganhar um salário X, mas aqui chegando, recebem valores muito aquém do acordado. Além disso, o alojamento é inadequado e as condições, muitas das vezes, são inóspitas. O trabalho deve ser meio de vida, não de morte".

A classe trabalhadora em Campos dos Goytacazes inclui os trabalhadores rurais; os assalariados da indústria, em particular a indústria cerâmica e sucroalcooleira e inclui também o trabalhador precarizado, de serviços, *part-time*, que se caracteriza pelo vínculo de trabalho temporário e pelo trabalho precarizado, em expansão na totalidade do mundo produtivo, além, é claro, dos trabalhadores desempregados.

[...]o norte do Estado do Rio de Janeiro é conhecido pelo paradoxo de ter sido área tradicionalmente grande produtora de cana de açúcar, com grande projeção nacional, de ser, hoje, responsável por mais de 80% da produção brasileira de petróleo e por figurar entre as regiões de menor desenvolvimento do país, considerando-se os aspectos das desigualdades de renda, da qualidade de vida e bem-estar (maior quantidade de famílias pobres e indigentes e as piores colocações no IDH do Estado do Rio de Janeiro), dos níveis e condições de pobreza e de emprego e do dinamismo da sua economia, com destaque negativo para o seu polo tradicional, Campos dos Goytacazes. (CRUZ, 2003, p.4).

A precarização do trabalho, caracterizada pela desregulamentação e perda de direitos trabalhistas e sociais, a legalização dos trabalhos temporários e da informalização do trabalho tiveram, como consequências, o aumento do número de trabalhadores autônomos e subempregados e a fragilização das organizações sindicais e das ações de resistência individuais ou coletivas¹⁶. Contribuiu sobremaneira, para a exclusão social e a deterioração das condições de saúde, a terceirização, que veio acompanhada de práticas de intensificação do trabalho, de aumento da jornada de trabalho, de acúmulo de funções, de maior exposição a

Doenças Relacionadas ao Trabalho – Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde Série A. Normas e Manuais Técnicos; n. 114 Brasília/DF – Brasil 2001

•

Procuradora do trabalho, presente na audiência do Ministério Público do Trabalho, em Campos dos Goytacazes, em 11/06/2012

fatores de riscos para a saúde, de descumprimento de regulamentos de proteção à saúde e segurança, de rebaixamento dos níveis salariais e aumento da instabilidade no emprego, além do desconhecimento, por parte dos terceirizados, de para quem trabalham ou quem é o responsável pela sua remuneração.

A classe trabalhadora no século XXI, em plena era da globalização, é mais fragmentada, mais heterogênea e ainda mais diversificada. Pode-se constatar, neste processo, uma perda significativa de direitos e de sentidos, em sintonia com o caráter destrutivo do capital vigente. O sistema de metabolismo, sob controle do capital, tornou o trabalho ainda mais precarizado, por meio das formas de subemprego, desemprego, intensificando os níveis de exploração para aqueles que trabalham. (ANTUNES; ALVES, 2004, p. 356).

Há ainda o setor informal, caracterizado por uma gama de atividades de pequena escala e de tecnologia simples. Os trabalhadores desse setor têm baixa escolaridade, são geralmente desqualificados e sem recursos de capital. Consequentemente, nesses casos, a produtividade do trabalho e a renda tendem a ser mais baixas, havendo ausência de condições dignas de trabalho e de proteção trabalhista. Assim, em Campos dos Goytacazes, são observadas, concomitantemente, relações trabalhistas primitivas e "modernas".

3.3. Os acidentes e as doenças relacionadas ao trabalho no município

Entre as atividades produtivas no município de Campos dos Goytacazes que mais contribuem para as estatísticas de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, destacam-se: a indústria sucroalcooleira, a indústria cerâmica – as olarias, a indústria petrolífera, a construção civil e a indústria de confecções, e outras com menor expressão.

A indústria açucareira traz riscos, seja pelo corte da cana de açúcar, provocando feridas causadas pelo facão de corte, pela folha da cana e também por picadas de animais peçonhentos nos canaviais, seja pelo processamento e beneficiamento. Estes últimos produzem surdez induzida pelo ruído e acidentes, devido ao maquinário e equipamentos obsoletos; alergias respiratórias e pneumoconiose, ¹⁷ como a Bagaçose, causadora de fibrose pulmonar.

_

Doença pulmonar causada pela reação à inalação de partículas em suspensão encontradas nos processos de trabalho

A indústria cerâmica conta com mais de cem unidades produtivas, absorvendo cerca de cinco mil trabalhadores. Este tipo de trabalho, de modo geral, emprega pessoas capazes de suportar serviços pesados, excluindo, dessa forma mulheres, idosos e portadores de deficiência. O trabalhador desse tipo de atividade costuma ter baixa escolaridade e qualificação. Todavia, necessitando de emprego e renda, busca resolver seus problemas imediatos, com essa atividade, ainda que temporariamente. Uma vez que os tenha resolvido, na primeira oportunidade, retorna a atividade que exercia antes (COUTINHO, 2005, p.21).

Na atividade cerâmica são observados acidentes nas áreas de lavras, pela irregularidade dos acessos ou pelo peso das cargas transportadas. Nas olarias o maior risco são os cortes de mãos, pés, dedos, ou a queda de objetos sobre pés e mãos. Não são raras as lesões de coluna por excesso de carga transportada ou por postura inadequada no manejo das mesmas. Há, ainda, o risco de inalação de gases tóxicos e da exposição ao calor pela queima da cerâmica (COUTINHO, 2005, p.55-56). Ainda nas olarias tem-se verificado a Silicose, pneumoconiose fibrosante dos pulmões, ocasionada pela inalação de partículas de poeira de sílica livre (VASCONCELOS, 2003).¹⁸

Ainda segundo Vasconcelos, as atividades ocupacionais que apresentam maior risco para o acometimento da Silicose, "doença fatal e silenciosa", são: extração de minérios, marmorarias, pedreiras cerâmica, de polimento de pedras (mármores, ardósias e granitos, entre outras), construção civil e jateamento de areia (proibida atualmente).

No setor de serviços, a atividade bancária tem marcado presença com as doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho (DORT) e lesões por esforço repetitivo (LER), um grave problema de saúde que afeta física e mentalmente os trabalhadores da área. A indústria petrolífera passou a ter presença marcante no município a partir da primeira metade da década de 1970, quando foi descoberto petróleo na plataforma continental da bacia de Campos. A Petrobras tem participação significativa no orçamento municipal, devido ao pagamento de *royalties* e rendas petrolíferas. Os trabalhadores das plataformas de petróleo pertencem tanto

Goytacazes, 2003.

¹⁸ VASCONCELOS, Vanda Teresinha - pesquisa das condições de vida e trabalho nas marmorarias do Norte Fluminense: pó sem perfume mata trabalhadores no norte Fluminense. 2003. Dissertação (Mestrado em Planejamento Regional e Gestão de Cidades) - Universidade Cândido Mendes, Campos dos

ao quadro próprio da empresa quanto a empresas terceirizadas, que prestam serviço à Petrobras.

O trabalho nas plataformas envolve grande complexidade e periculosidade, e o exercício da função requer muita atenção, sendo significativo o risco de acidentes. A exposição ao ruído, constante nas plataformas, pode induzir a perda auditiva, provocar estresse, hipertensão arterial e outros distúrbios cardiovasculares. O estilo de vida determinado pelo confinamento também é um outro fator de adoecimento. Há ainda as doenças (como linfomas e leucemias, entre outras) provocadas pelo contato com produtos derivados do petróleo, como no caso de frentistas de postos de gasolina, trabalhadores de oficinas mecânicas etc.

A seguir, será apresentada tabela onde serão mostrados os acidentes e as doenças do trabalho em Campos dos Goytacazes, nos anos de 2004 a 2011, por motivo, ou seja: se o acidente foi típico, de trajeto ou doença do trabalho (Tabela 1). Está computado também o número de óbitos e discriminado se o acidente teve Comunicação de Acidentes de Trabalho – CAT, ou não.

Tabela 1 - Acidentes e Doenças do Trabalho no município de Campos dos Goytacazes de 2004 a 2011, por motivo.

		Com CAT	Registrad	a			TOTAL	
ANO	TOTAL		Motivo		Sem CAT Registr.	Óbito ¹⁹		
	CAT	Típico	Típico Trajeto Doenç do Trab.					
2004	1127	842	202	83		12	1127	
2005	1174	892	181	101		7	1174	
2006	1026	783	168	75		5	1026	
2007	1133	877	193	63	541 ²⁰	16	1674	
2008	1227	958	223	46	560	12	1787	
2009	999	756	192	51	429	4	1428	
2010	1046	798	212	36	314	9	1360	
2011	1114	855	219	40	262	10	1376	

Tabela elaborada pela autora com as informações disponíveis no Anuário Estatístico de Acidentes de Trabalho: AEAT 2006/Ministério do Trabalho e Emprego [et. Al.], vol. 1 (2007). – Brasília: MTE: MPS, 2007. 794 p. e no site: http://www.mpas.gov.br/conteudoDinamico.php?id=1032, consultado em 02/07/2013 as 11:30hrs.

Ainda na Tabela 1, a ausência de dados, antes de 2007, para os eventos sem CAT registrada, se justifica pelo fato de os mesmos não terem sido computados até então pela Previdência Social. Também a ausência de dados referentes aos anos de 2002 e 2003 ocorre pelo fato de a Previdência Social só liberar os dados municipais a partir de 2004.

O gráfico que se segue mostra o número de acidentes de trabalho no município, no período de 2004 a 2011.

Na tabela I e no Gráfico 1, observamos que os acidentes de trabalho e doença do trabalho (computados juntos), no município de Campos dos Goytacazes, sofreram um incremento nos anos de 2007 e 2008, quando a Previdência Social passou a considerar os acidentes e doenças do trabalho mesmo sem Comunicação

_

¹⁹ Os óbitos já estão computados no total das CAT registradas e/ou sem CAT registrada.

²⁰ Até 2007 não eram computados os dados de eventos sem CAT registrada.

de Acidente de Trabalho- CAT registradas, e a aplicar Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário – NTEP (anexo 8).²¹

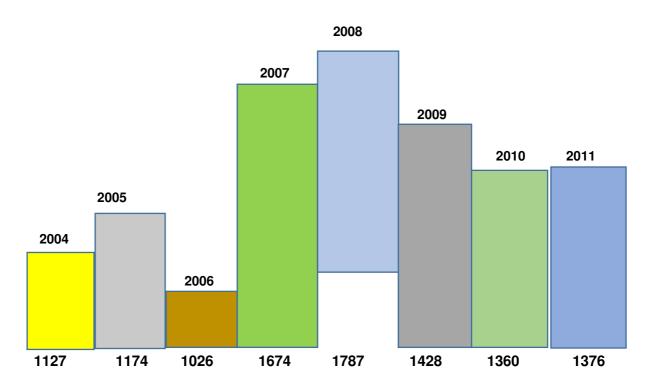


Gráfico 1 - Acidentes de Trabalho no município de Campos dos Goytacazes de 2004 a 2011

Gráfico elaborado pela autora com as informações disponíveis no Anuário Estatístico de Acidentes de Trabalho, AEAT 2006/Ministério do Trabalho e Emprego [et. Al.], vol. 1 (2007). Brasília: MTE: MPS, 20 2007.794p.e no site: http://www.mpas.gov.br/conteudoDinamico.php?id=1032, consultado em 02/07/2013.

O Gráfico acima mostra o número de acidentes de trabalho no município, no período de 2004 a 2011.

Na estatística da Previdência Social, as medidas adotadas a partir de abril de 2007²², além de promoverem uma mudança no perfil da concessão de benefícios previdenciários e acidentários, mostraram-se como um elemento efetivo na busca pela redução da subnotificação de acidentes e doenças do trabalho.

Em 2007, além dos casos de notificação destes eventos contabilizados mediante CAT (518.415 acidentes e doenças do trabalho), a Previdência Social reconheceu mais 141.108 casos (através da aplicação de Nexos Técnicos Previdenciários a benefícios que não tinham uma CAT vinculada).

²¹ A implementação do Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário – NTEP mudou o perfil da concessão de auxílios-doença a partir de abril de 2007, além da possibilidade de caracterização da natureza acidentária a partir da anamnese do caso efetuada pela perícia médica do INSS.

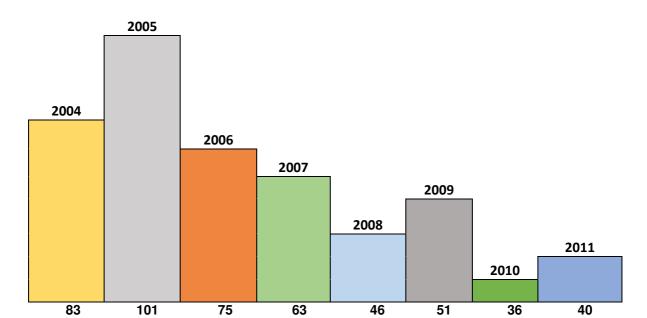


Gráfico 2 - Doenças do Trabalho no município de Campos dos Goytacazes de 2004 a 2011.

Gráfico elaborado pela autora com as informações disponíveis no Anuário Estatístico de Acidentes de Trabalho: AEAT 2006/Ministério do Trabalho e Emprego [et. Al.], vol. 1 (2007). – Brasília: MTE: MPS, 2007. 794p. e no site: http://www.mpas.gov.br/conteudoDinamico.php?id=1032, consultado em 02/07/2013.

No Gráfico II observamos que apesar da implementação do Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário e do fato da Previdência Social computar as doenças ocupacionais mesmo sem registro de CAT, não houve aumento no número de doenças relacionadas ao trabalho registradas pela Previdência Social a partir do ano de 2007, como ocorreu com os acidentes de trabalho. Essas doenças provavelmente não estão sendo diagnosticadas ou há um desconhecimento com relação à necessidade de sua notificação.

Nas tabelas 2, 3 e 4, foi feito um estudo comparativo, em números absolutos, entre os acidentes de trabalho, as doenças do trabalho e o número de óbitos ocorridos e computados pela Previdência Social no município de Campos dos Goytacazes, e nos principais municípios do Estado do Rio de Janeiro, nos anos de 2004 a 2011.

Tabela 2 – Número absoluto de Acidentes de Trabalho, típicos, em Campos dos Goytacazes e nos principais municípios do Estado do Rio de Janeiro.

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
MUNICÍPIO	AT	AT	AT	ΑT	ΑT	ΑT	ΑT	AT
ANGRA DOS REIS	378	317	421	747	904	903	942	914
CAMPOS DOS GOYTACAZ ES	842	892	774	1.674	958	754	798	855
DUQUE DE CAXIAS	1.234	1.185	1.085	2377	1.374	1.241	1.238	1.337
MACAÉ	888	1.248	1.409	2.225	1.489	1.601	1805	2.132
NITERÓI	987	1.093	1.129	2.189	955	1.044	1.207	1.257
NOVA IGUAÇU	665	649	645	1.189	622	736	1627	646
RIO DE JANEIRO	12.413	13.496	14.177	24.355	15.113	14.806	14.427	15.731
SÃO GONÇALO	530	525	476	1.377	1.227	800	854	894
VOLTA REDONDA	513	593	650	1.162	760	791	784	835

Fonte: Anuário Estatístico da Previdência Social (anos: 2004, 2005, 2006, 2008, 2009 e 2010). AT – Acidente de Trabalho

A tabela mostra que, com relação aos acidentes de trabalho, ao longo do período estudado, todos os municípios apresentaram um aumento significativo no número de registros no ano de 2007. Angra dos Reis, entretanto, manteve esse número elevado nos anos posteriores. Os demais municípios voltaram a apresentar queda no número de notificações após 2007.

Tabela 3 - Número absoluto de doenças do trabalho em Campos dos Goytacazes e nos principais

municípios do Estado do Rio de Janeiro.

municipios do Estado do	riio ac baric	JII O.						
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
MUNICÍPIO	DT	DT	DT	DT	DT	DT	DT	DT
ANGRA DOS REIS	15	6	26	17	18	53	16	9
CAMPOS DOS GOYTACAZES	83	101	73	63	46	49	36	40
DUQUE DE CAXIAS	170	197	145	152	126	129	106	97
MACAÉ	39	60	61	138	93	104	78	91
NITERÓI	301	174	186	208	140	104	89	95
NOVA IGUAÇU	31	51	32	55	56	63	29	32
RIO DE JANEIRO	2.037	2.524	2.173	1.997	1.793	1.545	1.323	1.166
SÃO GONÇALO	43	63	32	85	53	72	65	39
VOLTA REDONDA	44	109	71	24	16	183	45	9

Fonte: Anuário Estatístico da Previdência Social (anos: 2004, 2005, 2006, 2008, 2009 e 2010). DT – Doença do Trabalho

Com relação às doenças relacionadas ao trabalho, não houve um comportamento uniforme com o uso do Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário em 2007. Os municípios de Macaé, Nova Iguaçu e São Gonçalo apresentaram um aumento no número de casos notificados. Angra dos Reis, Campos dos Goytacazes, Rio de Janeiro e Volta Redonda apresentaram queda nos registros de doenças ocupacionais, enquanto os municípios de Duque de Caxias e Niterói apresentaram aumento pouco significativo.

Tabela 4 – Número absoluto de Óbitos em Campos dos Goytacazes e nos principais municípios do Estado do Rio de Janeiro.

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
MUNICÍPIO	OB.	OB.	OB.	ОВ	ОВ	ОВ	ОВ	ОВ
ANGRA DOS REIS	2	1	5	2	3	2	1	5
CAMPOS DOS GOYTACAZES	12	7	5	16	12	4	9	10
DUQUE DE CAXIAS	4	5	10	7	5	5	15	12
MACAÉ	6	7	5	7	7	6	5	13
NITERÓI	8	9	10	8	5	9	6	8
NOVA IGUAÇU	6	2	3	7	4	_	3	3
RIO DE JANEIRO	86	65	66	65	61	50	54	62
SÃO GONÇALO	4	6	4	7	3	4	5	3
VOLTA REDONDA	6	4	6	5	3	4	4	3

Fonte: Anuário Estatístico da Previdência Social (anos: 2004, 2005, 2006, 2008, 2009 e 2010). OB – Óbito

Com relação ao número de óbitos, não são observadas mudanças significativas relacionada ao uso do NTEP em 2007.

É necessário ressaltar a precariedade dos dados oficiais disponíveis sobre saúde e trabalho no Brasil, com sabidas limitações em termos de cobertura e qualidade dos registros. O banco de dados do INSS é o único disponível para todo o país com informações mais completas e que podem ser desagregadas por municípios. Sua principal limitação é a cobertura apenas dos trabalhadores da economia formal. Os dados do Sistema de Informações de Mortalidade, SIM, e de outros sistemas ligados ao SUS são incompletos para se caracterizar os casos de mortes e agravos relacionados ao trabalho.

No próximo capítulo serão examinados alguns fatores que podem estar Contribuindo para que a implantação da RENAST não se efetive no município.

4 A história da Saúde do Trabalhador e a implantação da Rede de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – RENAST, no município de Campos dos Goytacazes.

Neste capítulo será feita uma abordagem sobre a história da Saúde do Trabalhador e implantação da RENAST no município de Campos dos Goytacazes.

4.1 A história da saúde do trabalho no Município de Campos dos Goytacazes.

O Ministério da Saúde, no início dos anos de 1990, propunha que a organização das ações em Saúde do trabalhador passasse pelos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), como alternativa para potencializar os escassos recursos disponíveis, facilitar o diálogo com o movimento social e capacitar profissionais para desenvolver as atividades propostas (LEÃO, 2011, p.5).

Em Campos dos Goytacazes, desde o início, a Atenção à Saúde do Trabalhador teve um caráter curativo e uma lógica assistencialista, com foco na doença. Na década de 1970, surgiram as primeiras ações na cidade, com atendimento em setores do hospital da Sociedade Portuguesa de Beneficência, do Hospital dos Plantadores de Cana e da Santa Casa de Misericórdia de Campos.

A partir da década de 1990, surgiram novas preocupações com a efetiva relação entre saúde e trabalho, a partir da perspectiva da saúde do trabalhador, numa visão que vinha se expandindo no Brasil. Concomitantemente, os Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e de Medicina do Trabalho (SESMT), que eram também assistencialistas, e o trabalho das Comissões Internas de Prevenção de Acidentes (CIPA), comandadas pelos empregadores, atuavam no município, mas tinham pouco a contribuir, por não serem um modelo voltado aos interesses dos trabalhadores.

Como reflexo das posturas preconizadas pela Reforma Sanitária e pelo movimento dos trabalhadores, surgiram críticas ao modelo assistencialista e patronal. Foi, então, articulada a I Conferência Municipal de Saúde em prol da saúde do trabalhador, realizada em Campos no ano de 1991. As propostas levantadas nessa conferência foram fundamentais para a implantação das ações de saúde do trabalhador no município: realização de atividades de educação em saúde do trabalhador; organização do programa de saúde do trabalhador; incentivo ao

entrosamento dos setores saúde, trabalho e previdência, e estruturação do Conselho Municipal de Saúde do Trabalhador. No entanto, só em 1993, com a realização da II Conferência Municipal de Saúde, é que foram efetivamente lançadas as bases — os objetivos, a forma de gestão, e a estruturação — para a criação e operacionalização do programa de saúde do trabalhador (LEÃO, 2011, p.5).

Desde sua criação, no início da década de 1990, o Programa Saúde do Trabalhador (PST) organizou um sistema de informação em saúde do trabalhador, deu início ao atendimento aos acidentados do trabalho, formou o conselho gestor, por meio de parceria com sindicatos, desenvolveu ações preventivas e educativas em empresas, além de interagir com a Delegacia Regional do Trabalho (DRT), com o Instituto Nacional de Seguro Social (INSS) e outros setores da sociedade civil organizada. No entanto, oficialmente, o PST de Campos dos Goytacazes só foi instituído em 1997, por meio da lei municipal nº 6.397 e ratificado no decreto de nº 45/98.

O surgimento de um programa, cujo objetivo era analisar e intervir nas relações entre os processos produtivos da região e a saúde dos trabalhadores, claramente enfrentou oposição de setores conservadores, gestores da saúde, organizações políticas e sindicais aliados ao Capital (empresários, usineiros, etc.). O PST, uma vez criado, tinha a missão de ser um serviço de promoção à saúde dos trabalhadores (incluindo trabalhadores de empresas privadas, públicas, autônomos e informais), para prevenir doenças e acidentes decorrentes do trabalho. Isso ocorria através de medidas que controlavam os riscos existentes, eliminando-os ou reduzindo-os. Seriam suas principais atividades: a vigilância epidemiológica e sanitária, para estudo e controle dos riscos e agravos à saúde do trabalhador; a orientação, acompanhamento e/ou encaminhamento dos trabalhadores, vítimas de acidentes ou doenças decorrentes do trabalho, bem como a consequente recuperação e a reabilitação; e, finalmente, a fiscalização e controle das condições de produção e dos riscos de acidentes e/ou doenças decorrentes do trabalho. (LEÃO, 2011, p.7).

4.2 A implantação da RENAST no Município de Campos dos Goytacazes

Em 2006, com a expansão da RENAST, é implantado, no município de Campos dos Goytacazes, o CEREST regional. Na ocasião, Campos dos Goytacazes

já possuía uma população de 500.000 habitantes,²³ e, quando somada sua população com a de municípios vizinhos, como Macaé e São Francisco do Itabapoana, o número ultrapassava um milhão. Assim, pela portaria nº 614, da secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde, de 17 de agosto de 2006, foi implantado o CEREST, a partir do Programa Saúde do Trabalhador, PST, em Campos dos Goytacazes. Sua área de abrangência envolvia os municípios de Macaé, São Francisco de Itabapoana, Carapebus, Campos dos Goytacazes, Quissamã, Conceição de Macabu, São Fidelis e São João da Barra.

Em 2010, entre uma série de mudanças administrativas e organizacionais ocorridas no âmbito da secretaria municipal de saúde, foi implantado um Programa de Atenção à Saúde do Trabalhador, PAST, nos moldes do antigo e extinto PST. Como consequência, parte da equipe do CEREST passou para o PAST, e outros técnicos passaram a compor a nova equipe do CEREST, com outra coordenação. Essa fragmentação trouxe como consequência a criação de instâncias no governo municipal que tendem a ser de caráter meramente eleitoreiro (LEÃO, 2011, p. 9).

Das atividades desenvolvidas por esse CEREST regional, devido às tentativas frustradas de contato com sua coordenação, foi possível conhecer apenas as relatadas pela coordenadora, Sra. Amanda Santos Ribeiro, em entrevista exibida no portal da prefeitura municipal²⁴.

Diz o texto que o órgão atua promovendo o bem-estar do trabalhador, com ênfase nas ações preventivas. "Também prestamos assistência e orientamos os trabalhadores acometidos por doenças e acidentes relacionados ao trabalho. E, principalmente, servimos como retaguarda técnica para os municípios da regional", acrescentou a coordenadora, salientando que o órgão vai realizar reuniões itinerantes nos municípios da regional, "levando o nome de Campos como polo irradiador das ações de Saúde do Trabalhador".

Com relação ao Programa de Atenção à Saúde do Trabalhador – PAST, o contato foi bem mais fácil e a coordenadora, Sra. Mara Regina Freitas Carvalho, forneceu as seguintes informações sobre as ações ali desenvolvidas:

- desde 2010, está implantado um polo de notificação de acidentes de trabalho no Hospital Ferreira Machado, onde, para acompanhar os casos de

²³ Segundo planejamento da Secretaria de Estado de Saúde e defesa Civil do Rio de Janeiro, o município sede do CEREST regional deveria ter uma população superior a um milhão de habitantes

²⁴ Entrevista exibida no portal da Prefeitura Municipal de Campos dos Goytacazes no dia 25/01/2011.

acidente de trabalho que chegam à emergência desse hospital, são mantidos de plantão um enfermeiro do trabalho e um técnico de enfermagem. As demais unidades de saúde que prestam atendimento de urgência no município, não contam com esse serviço.

- em 2010 foi feito um trabalho de prevenção do câncer de pele entre os 500 pescadores da colônia de pesca da praia do Farol de São Tomé, com avaliação médica e distribuição de filtro solar. Segundo outro funcionário do Programa, esse trabalho não teve prosseguimento por falta de veículo para desenvolver esse tipo de ação, que requer deslocamento de equipe, e também por não terem conseguido mais as unidades de filtro solar.

Ainda segundo sua coordenadora, o PAST fez treinamento sobre Saúde do Trabalhador com os administradores e técnicos de enfermagem das Unidades Básicas de Saúde, mas considera pequeno o retorno em termos de ações por parte dessas unidades. Acrescentou que o PAST mantém um polo assistencial no mercado municipal onde, além de assistência médica, se faz também a vacinação dos feirantes.

Além dessas ações, o Programa vem concedendo alvará de saúde para ambulantes, num trabalho desenvolvido em parceria com a Subsecretaria de Posturas, já tendo 1468 ambulantes cadastrados.

Na sede do PAST funcionam um ambulatório de especialidades, com médico do trabalho, reumatologista, fisioterapeuta e psicólogo, e um setor de assistência jurídica.

Observa-se pelos relatos, tanto da coordenação do CEREST, em entrevista no site da prefeitura, quanto da coordenadora do PAST, que a maioria das ações executadas pelos dois órgãos tem um viés assistencialista muito acentuado, muitas vezes com atividades que reforçam a rede de atenção do município, enquanto que as atividades de Vigilância em Saúde, com ações de prevenção, de extrema relevância, ficam relegadas ao esquecimento.

Segundo a Portaria nº 1.823 do MS, em seu artigo 14, cabe ao CEREST, no âmbito da RENAST:

i-Desempenhar as funções de suporte técnico, de educação permanente, de coordenação de projetos de promoção, vigilância e assistência à saúde dos trabalhadores, no âmbito da sua área de abrangência;

ii- Dar apoio matricial para o desenvolvimento das ações de saúde do trabalhador na atenção primária em saúde, nos serviços especializados e de urgência e emergência, bem como na promoção e vigilância nos diversos pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde;

E atuar como centro articulador e organizador das ações intra e intersetoriais de saúde do trabalhador, assumindo a retaguarda técnica especializada para o conjunto de ações e serviços da rede SUS e se tornando polo irradiador de ações e experiências de vigilância em saúde, de caráter sanitário e de base epidemiológica.

O observado é que em Campos dos Goytacazes, talvez por falta de suporte técnico ou talvez porque os as ações assistenciais deem mais visibilidade político-eleitoral, essas atribuições estão longe de estar sendo cumpridas.

Há, também, uma grande subnotificação de acidentes e de patologias relacionadas ao trabalho, uma demora no diagnóstico das mesmas e, finalmente, uma postura negligente por parte dos médicos, na prática clínica diária, com relação à Saúde do Trabalhador.

É cada vez maior o consenso entre os gestores, educadores e trabalhadores do SUS, em todas as esferas de governo, que a formação, o desempenho e a gestão dos recursos humanos afetam profundamente a qualidade dos serviços prestados e o grau de satisfação dos usuários. A ausência de uma política de recursos humanos para a saúde, formulada e realizada sob a lógica da política pública, expressa nos princípios e diretrizes constitucionais da Seguridade Social e do SUS, compõe hoje, com a escassez de recursos, os dois maiores obstáculos ao desenvolvimento do SUS (Brasil – CNS, 2002), e consequentemente da RENAST.

É também senso comum entre as autoridades sanitárias do país a concepção de que o generalista é o perfil idealizado de profissional médico. No entanto, ao entrar na faculdade, desde os primeiros anos da graduação, os alunos são estimulados a participar de ligas de especialidades: liga de cardiologia, liga de nefrologia, liga de reumatologia, e mesmo os alunos interessados em saúde coletiva se sentem estimulados a formar sua própria liga. De modo geral, esses alunos são desencorajados a participar de atividades ligadas à saúde pública e até as atividades em Unidades Básicas de Saúde têm um enfoque ligado à especialização.

Há, então, um contrassenso, por parte dos técnicos do Ministério da Saúde e gestores em saúde, ao se observar a desvalorização dos profissionais que atuam nas clínicas básicas: o clínico geral, o pediatra e o ginecologista. São eles tratados

como profissionais de segunda linha, com remuneração sempre aquém da praticada para outras especialidades médicas. Observa-se um paradoxo entre o perfil idealizado para o médico e a valorização do profissional que adota esse mesmo perfil. Assim, antes de serem qualificados para que atuem no Sistema de Saúde, os profissionais médicos são precocemente direcionados para a especialização. Estranha e concomitantemente, é cobrada a presença de generalistas que queiram atuar em equipes do programa Saúde da Família no interior do país.

Tendo como foco a área de atenção à Saúde do Trabalhador, um aspecto a ser considerado é a forma periférica e marginal como vem sendo tratada, tanto no plano das políticas públicas, na organização de serviços, na formação de recursos humanos, quanto na delimitação dos processos saúde-doença. Um sinal da marginalidade da área está no fato de ainda não ter encontrado seu lugar, pois se apresenta fragmentada, ora ligada ao setor saúde, ora ligada a outros setores. Segundo DIAS,

... entre as explicações para a pouca importância dedicada ao tema na prática médica, são citados: a competição por espaço nos densos currículos dos cursos médicos, o pouco domínio sobre o tema saúde trabalho no meio acadêmico e uma visão distorcida de que se trata de uma disciplina de conteúdo leve e que pode ser aprendido ou resgatado em qualquer momento da vida profissional. Harmon atribui o desinteresse que as disciplinas do campo da Saúde Pública exercem sobre os alunos à identificação com práticas profissionais restritas ao mercado de trabalho oferecido pelo Estado, longe dos ideais de prestígio e sucesso financeiro almejados no exercício da profissão médica (DIAS et al., 2006).

O que se observa é que, por mais bem intencionadas que sejam as proposições das resoluções dos conselhos de classe profissional, das portarias ministeriais ou de leis sancionadas por qualquer poder, em qualquer instância, a Saúde do Trabalhador só receberá o cuidado que merece quando essas intenções saírem dos gabinetes, demonstrando que é real a valorização dada aos trabalhadores.

Em 01 de outubro de 2013²⁵, porém, indo de encontro a essa valorização, foi homologado um acordo histórico na justiça do trabalho, envolvendo três ações em trâmite no TRT, 1ª Região, que resultaram na cobrança de multa ao Município de

_

²⁵ Informações colhidas no Blog de José Paes Neto, ancorado no Jornal folha da Manhã, do município de Campos dos Goytacazes em 02 de outubro de 2013, às 18:30h.

Campos dos Goytacazes e sua prefeita. As ações referem-se ao descumprimento das obrigações de contratação, no município, mediante aprovação em concurso público de provas e provas e títulos, conforme previsto na Constituição Federal. Foram constatadas nos autos, terceirizações e contratações temporárias irregulares na Administração Pública Municipal.

Esse acordo resolveu uma Ação Civil Pública e duas execuções de descumprimento de termos de ajustamento de conduta, TAC, as quais totalizavam cerca de R\$ 1 bilhão. A realização do acordo envolveu tratativas da Justiça do Trabalho da 1ª Região com o Ministério Público do Trabalho e o Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro. "Trata-se de ocasião histórica, marcada pela quebra de paradigmas e voltada à mudança de cultura do trato municipal com a coisa pública, a começar pelo respeito aos princípios constitucionais da legalidade, moralidade, eficiência e imprescindibilidade do concurso público", observou o juiz auxiliar de Conciliação em 1º Grau Francisco Montenegro Neto, ressaltando que o cumprimento desse acordo vai refletir diretamente no bem-estar da coletividade e na qualidade de vida do cidadão campista. O valor total do acordo é de aproximadamente 100 milhões de reais.

Entre os ganhos sociais, destacam-se a substituição de trabalhadores terceirizados por candidatos aprovados em concursos públicos; realização de novo concurso público; implantação de projetos de profissionalização, esporte e música para jovens que cumprem medida socioeducativa; criação de um parque municipal de no mínimo 100 mil metros quadrados; construção de 20 escolas e creches; e instalação de ciclofaixas e bicicletários públicos, além de dotação do CEREST regional de Campos dos Goytacazes em estrutura física, equipamentos, materiais e servidores públicos, voltados à execução do Projeto de implantação do Centro de Referência em LER/DORT, até 31 de março de 2014.

O não cumprimento do acordo sujeitará o município e o chefe do executivo municipal, solidariamente, à multa cuja destinação será prioritariamente para as alternativas a serem apresentadas pelos Ministérios Públicos em litisconsórcio seguida de possível reversão para o Fundo de Amparo ao Trabalhador - FAT.

"Trata-se de um exemplo modelar do alcance da atuação do Judiciário Trabalhista, em 'parceirização' com os Ministérios Públicos litisconsortes" — afirmou o magistrado, que realizou a audiência juntamente com o desembargador Cesar Marques Carvalho, gestor Regional de Conciliação. O procurador-chefe em exercício

da Procuradoria Regional do Trabalho da 1ª Região, Fábio Goulart Villela, também destacou: "O acordo é emblemático por converter multa em políticas públicas".

Será mostrada a seguir a tabela V, montada com números informados pela coordenação do Programa de Atenção à Saúde do Trabalhador. Os dados são relativos aos anos de 2011, 2012 e até o mês de junho de 2013. Segundo a coordenação do PAST, a justificativa para a ausência de dados dos anos anteriores é que antes essa coleta de dados "não era feita".

Tabela 5: Acidentes de trabalho em Campos dos Goytacazes, segundo o PAST

						2011							
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
TÍPICO				53	44	39	49	61	12	57	63	43	421
TRAJETO			53	44	39	49	61	12	57	63	43	421	842
DOENÇA do TRAB.	243	97	81	29	47	51	61	87	78	58	83	54	969
TOTAL GERAL	243	97	134	126	130	139	171	160	147	178	189	518	2232
						2012							
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
TÍPICO	61	10	44			26	47	56	30	33	42	58	407
TRAJETO	31	101		98	125	91	96	93	73	119	64	66	957
DOENÇA do TRAB.	84		71	66	86	42	105	79	74	88	40	46	781
TOTAL GERAL	176	111	115	164	211	159	248	228	177	240	146	170	2145
						2013							
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	TOTAL					
TÍPICO	41	21	6			180	181	429					
TRAJETO	53	58	122	140	197	136	196	902					
DOENÇA do TRAB.	33	18	87	164	41			343					
TOTAL GERAL	127	97	215	304	238	316	377	1674					

Fonte: PAST- Campos dos Goytacazes

A tabela 6, a seguir, foi elaborada, confrontando os dados do Programa de Atenção à Saúde do Trabalhador com os dados da Previdência Social, embora isso só possa ser feito com relação ao ano de 2011, pois antes dessa data não há dados disponíveis no PAST, e após, os dados ainda não foram liberados pela Previdência Social.

Tabela 6: Acidentes de trabalho em Campos dos Goytacazes, segundo o PAST e o DATAPREV.

ANO	PAST Campos dos Goytacazes	DATAPREV
2011	2.232	1.376

Fonte: DATAPREV, 2011 e PAST Campos dos Goytacazes.

Embora não tenha valor estatístico, a tabela foi mantida para mostrar a discrepância entre os dados fornecidos pelo PAST e os do DATAPREV, no ano de 2011. As conclusões possíveis são: ou os dados do PAST estão superdimensionados ou esses dados não estão sendo repassados para a Previdência Social, principalmente se considerarmos que, além dos dados coletados na emergência do Hospital Ferreira Machado, não foi informada outra fonte de coleta de dados.

A relevância do tema saúde e segurança no trabalho é de tal ordem que basta observar os dados estatísticos para vermos que, no Brasil, em 2011, segundo dados da Previdência Social, aproximadamente 1 morte ocorreu a cada 3 horas, ocasionada por riscos decorrentes dos fatores ambientais do trabalho e, ainda, cerca de 81 acidentes e doenças do trabalho reconhecidos a cada 1 hora na jornada diária. Em 2011, observamos que cerca de 49 trabalhadores, por dia, não mais retornaram ao trabalho, devido à invalidez permanente ou morte.

Se for considerado exclusivamente o pagamento, pelo INSS, dos benefícios em razão de acidentes e doenças do trabalho, somado ao pagamento das aposentadorias especiais, decorrentes das condições ambientais do trabalho em 2011, encontra-se um valor da ordem de R\$ 15,9 bilhões/ano. Se forem adicionadas despesas como o custo operacional do INSS, mais as despesas na área da saúde e afins, o custo global atinge valor da ordem de R\$ 63,60 bilhões, segundo dados preliminares da Previdência Social.

A dimensão desses valores mostra a premência na adoção de políticas públicas voltadas à prevenção e proteção contra os riscos relativos às atividades laborais. A quantidade de casos, assim como a gravidade, geralmente apresentada como consequência dos acidentes do trabalho, e doenças relacionadas ao trabalho, muito além dos valores pagos, por si sós, evidenciam a necessidade urgente de construção de políticas públicas em Saúde do Trabalhador e a implementação de ações que objetivem transformar a realidade atual.

5 CONCLUSÃO

5.1 Uma avaliação sobre o quadro municipal

A rede municipal de atenção à saúde, em termos estruturais, exibe precariedades em suas instalações, equipamentos e insumos. Em termos organizacionais, no entanto, embora tenha um número satisfatório, menor desde o fim do PSF, e uma boa distribuição territorial das Unidades Básicas de Saúde, peca na qualidade da atenção. Embora tenha unidades de urgência e emergência que atendem de forma também satisfatória sua população e a de municípios vizinhos, deixa a desejar em termos de unidades de atenção secundária, muito centralizadas territorialmente, deixando boa parte do interior do município descoberta fazendo com que a integralidade da atenção fique comprometida e inviabilizando o bom funcionamento do sistema de referência e contra referência.

Embora exista no município um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, o CEREST regional, e um Programa de Atenção à Saúde do Trabalhador – PAST, a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – RENAST é uma desconhecida. Desconhecida dos trabalhadores e desconhecida da grande maioria dos profissionais de saúde.

Observa-se que o CEREST regional tem um viés claramente assistencialista em suas ações, falhando principalmente no seu papel de suporte técnico de educação permanente, de assegurar a oferta regional das ações e dos serviços de Saúde do Trabalhador e de orientar e ordenar essas ações, o que pressupõe no mínimo, segundo a Portaria 1.823 de 24 de agosto de 2012, a construção, em toda a Rede de Atenção à Saúde, de capacidade para a identificação das atividades produtivas e do perfil epidemiológico dos trabalhadores nas regiões de saúde definidas pelo Plano Diretor de Regionalização e Investimentos (PDRI) e a capacitação dos profissionais de saúde para a identificação e monitoramento dos casos atendidos que possam ter relação com as ocupações e os processos produtivos em que estão inseridos os usuários.

Ainda com relação ao CEREST e ao PAST há que ser dito que a continuidade do trabalho dos coordenadores está sempre comprometida pois para cada mudança de partido no poder municipal, e tem ocorrido muitas mudanças, há também uma nova coordenação (contratada mediante indicação), submetendo a política pública a

interesses político-partidário.

O fato de ter sido criado, em 2010, um Programa de Atenção à Saúde do trabalhador – PAST, nos moldes do antigo e extinto Programa Saúde do Trabalhador - PST, com profissionais em sua maioria contratados e uns poucos efetivos, trouxe descontinuidade e baixa qualidades nas ações desenvolvidas tanto pelo próprio PAST quanto pelo CEREST. Essa fragmentação gerou apenas mais uma instância no governo municipal e tende a ter um caráter meramente eleitoreiro. Assim, a política municipal de saúde do trabalhador fica ancorada na assistência, responsável por melhores dividendos político-eleitorais, em detrimento de ações de vigilância, e da articulação intrassetorial que é fraca e dos pactos intersetoriais que não existem.

O modelo de atenção da RENAST é o próprio modelo de atenção do Sistema Único de Saúde e está ancorado nos mesmos princípios de universalidade de acesso, integralidade da atenção, equidade e controle social, dentro de um determinado território, de forma hierarquizada e regionalizada, dando ênfase à estratégia da atenção básica e focado na Promoção da Saúde. Dessa forma a eficiência da política municipal para a Saúde do Trabalhador está tão comprometida quanto à atenção à saúde como um todo.

Também compromete a eficiência da RENAST, com não menor gravidade, a pouca familiaridade dos profissionais de saúde, entre eles os médicos, com as questões relativas à área de Saúde do Trabalhador. A subnotificação dos acidentes e, principalmente, das doenças relacionadas ao trabalho refletem o fato de que essas patologias muito provavelmente não estão sendo diagnosticadas ou há um grande desconhecimento da necessidade de notificação desses eventos, inviabilizando o desencadeamento das ações de Saúde do Trabalhador (vigilância sanitária, vigilância epidemiológica e vigilância ambiental) que acontecem a partir da identificação de um agravo à saúde.

Com relação às ações que referem-se ao descumprimento das obrigações de contratação, no município, mediante aprovação em concurso público de provas e provas e títulos, conforme previsto na Constituição Federal e à constatação de terceirizações e contratações temporárias irregulares na Administração Pública Municipal, resta observar que se não houver uma cobrança efetiva, será mais um, dentre muitos, acordo a não ser cumprido.

Concluindo, então, a Saúde do Trabalhador, considerando a evolução dos

conceitos referentes ao cuidado com a saúde de quem trabalha, em alguns setores vivemos no município de Campos dos Goytacazes, em um período anterior ao da "medicina de fábrica", a Medicina do Trabalho. A realidade mostra que temos aqui as piores relações trabalhistas, somos campeões nacionais em trabalho análogo ao trabalho escravo, estamos na maioria das vezes às voltas com as normas regulamentadoras e com todo o aparato da Saúde Ocupacional e em raríssimos momentos vemos os princípios da Saúde do Trabalhador serem postos em prática. Há um longo caminho a percorrer e fica a impressão de que, apesar do empenho e dedicação dos técnicos do ministério da Saúde, ocorre um arrefecimento da vontade política de que o SUS e, consequentemente a RENAST, funcionem. Mas esse é um outro trabalho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

A EVOLUÇÃO do emprego formal na Região Norte Fluminense: um enfoque sobre Campos e Macaé. Observatório Socioeconômico da Região Norte Fluminense: boletim técnico. Campos dos Goytacazes, mar. 2001.

ALMEIDA FILHO, N; ROUQUAIROL, M. Z. Introdução à epidemiologia moderna. Apce; ABRASCO: Salvador, 1990. 222 p.

ANTUNES, R.; ALVES, G. As mutações no mundo do trabalho na era da mundialização do capital. **Educação e. Sociedade**. Campinas, v. 25, n. 87, p. 335-351, maio/ago. 2004. Disponível em: http://www.cedes.unicamp.br. Acesso em: 20 abr. 2013.

AUDIÊNCIA pública reúne mais de 300 pessoas em Campos os Goytacazes. **Ministério Público do trabalho**, Rio de Janeiro, 12 jun. 2012. Disponível em: http://portal.mpt .gov.br/wps/portal/portaldo_mpt/comunicacao/noticias/conteudo_noticia/!ut/p/c4/04_SB8K8xLLM9MSSzPy8xBz9CP0os3hH92BPJydDRwN_E3cjA88QU1N3L7OgMC93I_2CbEdFAAovLRY!/?WCM_GLOBAL_CONTEXT=/wps/wcm/connect/mpt/portal+do+mpt/comunicacao/noticias/audiencia+publica+reune+mais+de+300+pessoas+em+campos+do+goytacazes>. Acesso em: 2 jun. 2013.

BRASIL. Constituição (1988) Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p.

BRASIL. Lei n.º 8.080 de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde: Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990. Seção 1, p. 18.055.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Doenças relacionadas ao trabalho- manual de procedimentos para os serviços de saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 580 p.

_____. **Projeto VIGISUS**: estruturação do sistema nacional de Vigilância em Saúde Brasília: Ministério da Saúde: Fundação Nacional de Saúde, 1998. 203 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro (MS/GM). Portaria n. 545, de 20 de maio de 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica - SUS 01/93. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 maio 1993.

_____. Portaria n.1.399, de 15 de dezembro de 1999. Regulamenta a NOB SUS 01/96 no que refere as competências da União, estados e municípios e Distrito Federal, na área de epidemiologia e controle de doenças, define a sistemática de financiamento e dá providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 dez. 1999. p. 78.

Portaria n. 2.437, de 7 de dezembro de 2005. Dispões sobre a ampliação e o fortalecimento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalho. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil , Poder Executivo, Brasília, DF, 9 dez. 2005. Seção 1 p. 78.
Portaria n. 1.823, de 23 de novembro de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil , Poder Executivo, Brasília, DF, 24 ago. 2012. Seção 1 p. 46.
Portaria n. 1.679, de 19 de setembro de 2002. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Nacional de Atenção Integral a Saúde do Trabalhador – RENAST, a ser desenvolvida de forma articulada entre Ministério da Saúde, as secretarias de saúde, os estados, do Distrito Federal e dos municípios. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil , Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 2002. Seção 1 p. 53.
Portaria n. 3.120 de 4 de julho de 1998. Aprova a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalho no SUS, na forma do anexo a esta portaria, com a finalidade de definir procedimentos básicos para o desenvolvimento das ações correspondentes. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil , Poder Executivo, Brasília, DF, 2 jul. 1998. p. 36.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Política de Saúde. Coordenação Geral de Política de Recursos Humanos. **Política de Recursos Humanos para o SUS:** balanço e perspectivas. Brasília, DF, : Ministério da Saúde, 2002. 31 p. Disponível em: http://livroaberto.ibict.br/handle/1/886>. Acesso em: 11 jun. 2013.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), Portaria n.º 3.214, de 8 de junho de 1978. Aprova as Normas Reguladoras – NR do Capítulo V, Título II, da Consolidação das Leis do Trabalho. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 6 jul. 1978. Seção 1, p. 10.423.

CASTELLS, M. A sociedade em rede. São Paulo: Paz e Terra, 1999.

CARVALHO, Y.M.; CECCIM, R.B. - Formação e educação em Saúde: aprendizados com a Saúde Coletiva. In: CAMPOS, G. W. et al. **Tratado de saúde coletiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz; São Paulo: Hucitec, 2009.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Dispões de normas especificas para médicos que atendam o trabalhador. Resolução n. 1.488 de 11 de fevereiro de 1988. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, 6 mar. 1998. Seção 1, p. 150.

CONSOLIDAÇAO das Leis do Trabalho. Colaboração de Antonio L. de Toledo Pinto, Mércia V. dos Santos Wint e Lívia Céspedes. 29. ed. Atual e aum. São Paulo: Saraiva, 2002.

- COUTINHO, J. C. S. **Indústria Cerâmica de Campos**: um retrato em preto e branco. 2005. Dissertação (Mestrado em Planejamento Regional e Gestão de Cidades) Universidade Candido Mendes, [s.l.], 2006.
- CRUZ, J. L. V. Emprego, crescimento e desenvolvimento econômico: notas sobre um caso regional. **Boletim Técnico do Senac.** Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, p., jan. /abr. 2003.
- DIAS, E. C.; HOEFEL M. G. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 817-828, out./dez. 2005.
- DIAS, E. C; RIGOTTO, R. M; Augusto, G.S.; CANCIO, J.; HOEFEL, M.G. Saúde ambiental e saúde do trabalhador na atenção primária à saúde no SUS: oportunidades e desafios. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 6, p. 2061-2070, 2009.
- DIAS, E. C.; SILVEIRA, A. M.; CHIAVEGATTO C. V.; RESENDE, N. P. O ensino das relações trabalho saúde doença na escola médica: percepção dos alunos e proposta de funcionamento na UFMG. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 30, n. 1, jan./abr. 2006
- DIAS, L. C. Os Sentidos da Rede: Notas para discussão. In: DIAS, L.C; SILVEIRA, R.L.L. (Org,) **Redes, sociedades e territórios**. Santa Cruz do Sul, Ed. UNISC, 2005.
- DIAS, L.C; SILVEIRA, R.L.L. (Org,) **Redes sociedades e territórios**. Santa Cruz do Sul: Ed. Unisc, 2005.
- GANTOS, M. C.; FRANCISCO, Q. S; CARVALHO, F.C. A. História, Memória Social e Fotografia: as usinas de açúcar de Campos dos Goytacazes no século XX. ENCONTRO REGIONAL DE HISTÓRIA, 18., 2006. **O historiador e seu tempo**: anais. Assis, SP: UNESP/Assis, 2006. Disponíve em: < http://www.anpuhsp.org.br/sp/downloads/CD%20XVIII/index.html >. Acesso em: 20 de jul. 2013.
- GOMEZ, C. M.; COSTA, S. M. F. T. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.13, supl. 1997.
- GOMEZ, C. M.; LACAZ, F. A. C. Saúde do trabalhador: novas-velhas questões. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v 10, n. 4, out./dez. 2005.
- HOEFEL, M. G, DIAS, E. C.; SILVA, J. M. 2005 A atenção à Saúde do trabalhador no SUS: a proposta de constituição da RENAST. **Ciência e Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, ano 4, v. 10, out./dez. 2005. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232005000400007&script=sci_arttext>. Acesso em: 10 mar. 2013.

- KOSHIRO, O. Rede de saúde do trabalhador para o estado de São Paulo. **Perspectiva**. São Paulo, v. 17, n.1, jan./mar. 2003.
- LAURELL, A. C.; NORIEGA, M. **Processo de produção e saúde:** trabalho e desgaste operário. São Paulo: Hucitec, 1989. 333p.
- LEÃO, L. H. C.; VASCONCELLOS, L. C. F. Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast): reflexões sobre a estrutura de rede **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**. Brasília, v.20, n.1, mar. 2011.
- MENDES, R.; DIAS, E. C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Revista de Saúde pública**. São. Paulo, n. 25, p. 341-349, 1991.
- OLIVEIRA, J. A. A.; TEIXEIRA, S. M. F. (Im) Previdência Social; 60 anos de história da previdência no Brasil. Petrópolis: Ed. Vozes, 1986.
- OLIVEIRA, N. A. **Ensino Médico no Brasil**: Desafios e prioridades, no contexto do SUS: um estudo a partir de seis estados brasileiros. 2007. 201 f. Tese (Doutorado em Ensino de Biociências) Instituto Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007.
- PRESO em operação da PF em Campos prestam depoimento. G1, 11 de mar. 2008. Disponível em: http://g1.globo.com/Noticias/Rio/0,,MUL346643-5606,00 Acesso em: 23 ago. 2013.
- RAMOS, I. S. et al. A indústria da cerâmica vermelha em Campos dos Goytacazes e a inclusão social de artesãs da baixada campista através do projeto Caminhos de Barro. **Scielo**, 2008. Disponível em: <www.scielo.br/ce/v54n331/a0354331.pdf, Acesso em: 13 mar. 2013.
- SILVA NETO, R.; MANSUR, F. U. Caracterização da cadeia produtiva de confecções no município de Campos dos Goytacazes. In: SIMPÓSIO DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO, 12., 2005, Bauru. **Anais**... Bauru: UNESP, 2005.
- TEIXEIRA, C. F; PAIM, J. S; VILASBOAS, A. L. SUS, Modelos assistenciais e vigilância da saúde. **IESUS.** Brasília, v. 7, abr./jun. 1998.
- VASCONCELOS, V. T. **As condições de vida e trabalho nas marmorarias do Norte Fluminense**: pó sem perfume mata trabalhadores no norte Fluminense. 2003. Dissertação (Planejamento Regional e Gestão de Cidades) Universidade Cândido Mendes, Campos dos Goytacazes, 2003.
- WALDMAN, C. A. As concepções de vigilância como instrumento de saúde pública e a implantação do SUS. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA, 1., 1992, Brasília. **Anais**... Brasília: Ministério da Saúde; Fundação Nacional de Saúde; CENEPI, p.45-51, 1992.

ANEXOS

Anexo 1:

De acordo com a Classificação de Schilling são consideradas doenças relacionadas ao trabalho:

- As doenças comuns (crônico-degenerativas, infecciosas, neoplásicas, traumáticas, entre outras.), eventualmente modificadas no aumento da frequência de sua ocorrência ou na precocidade de seu surgimento em trabalhadores, sob determinadas condições de trabalho. A hipertensão arterial em motoristas de ônibus urbanos, nas grandes cidades, exemplifica esta possibilidade;
- As doenças comuns que têm o espectro de sua etiologia ampliado ou tornado mais complexo pelo trabalho. A asma brônquica, a dermatite de contato alérgica, a perda auditiva induzida pelo ruído (ocupacional), doenças musculoesqueléticas e alguns transtornos mentais exemplificam esta possibilidade, na qual, em decorrência do trabalho, somam-se (efeito aditivo) ou se multiplicam (efeito sinérgico) as condições provocadoras ou desencadeadoras destes quadros nosológicos;
- Os agravos à saúde específicos, tipificados pelos acidentes do trabalho e pelas doenças profissionais. A silicose e a Asbestose exemplificam este grupo de agravos específicos.

Anexo 2:

PORTARIA № 1.823/ MS, DE 23 DE AGOSTO DE 2012, ART. 15

Art. 15. As equipes técnicas de saúde do trabalhador, nas três esferas de gestão, com o apoio dos CEREST, devem garantir sua capacidade de prover o apoio institucional e o apoio matricial para o desenvolvimento e incorporação das ações de saúde do trabalhador no SUS.

Parágrafo único. A execução do disposto no caput deste artigo pressupõe, no mínimo:

- I a construção, em toda a Rede de Atenção à Saúde, de capacidade para a identificação das atividades produtivas e do perfil epidemiológico dos trabalhadores nas regiões de saúde definidas pelo Plano Diretor de Regionalização e Investimentos (PDRI); e
- II a capacitação dos profissionais de saúde para a identificação e monitoramento dos casos atendidos que possam ter relação com as ocupações e os processos produtivos em que estão inseridos os usuários.

Anexos 3

PORTARIA Nº 1.823/ MS, DE 23 DE AGOSTO DE 2012, ART. 10º

O ART. 10.a atribui responsabilidades à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Município, em seu âmbito administrativo, além de outras que venham a ser pactuadas pelas Comissões Intergestores:

A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora alinha-se com o conjunto de políticas de saúde no âmbito do SUS, considerando a transversalidade das ações de saúde do trabalhador e o trabalho como um dos determinantes do processo saúde-doença. Está entre seus objetivos garantir a integralidade na atenção à saúde do trabalhador, que pressupõe a inserção de ações de saúde do trabalhador em todas as instâncias e pontos da Rede de Atenção à Saúde do SUS, mediante articulação e construção conjunta de protocolos, linhas de cuidado e matriciamento da saúde do trabalhador na assistência e nas estratégias e dispositivos de organização e fluxos da rede, considerando os seguintes componentes:

- a) atenção primária em saúde;
- b) atenção especializada, incluindo serviços de reabilitação;
- c) atenção pré-hospitalar, de urgência e emergência, e hospitalar;
- d) rede de laboratórios e de serviços de apoio diagnóstico;
- e) assistência farmacêutica;
- f) sistemas de informações em saúde;
- g) sistema de regulação do acesso;
- h) sistema de planejamento, monitoramento e avaliação das ações;
- i) sistema de auditoria; e
- j) promoção e vigilância à saúde, incluindo a vigilância à saúde do trabalhador:

São reiteradas e ampliadas as atribuições dos diversos atores envolvidos com a saúde do trabalhador, a saber: Gestores do SUS e das equipes técnicas e dos CEREST.

- I garantir a transparência, a integralidade e a equidade no acesso às ações e aos serviços de saúde do trabalhador;
- II orientar e ordenar os fluxos das ações e dos serviços de saúde do trabalhador;

- III monitorar o acesso às ações e aos serviços de saúde do trabalhador;
- IV assegurar a oferta regional das ações e dos serviços de saúde do trabalhador;
- V estabelecer e garantir a articulação sistemática entre os diversos setores responsáveis pelas políticas públicas, para analisar os diversos problemas que afetam a saúde dos trabalhadores e pactuar uma agenda prioritária de ações intersetoriais; e
- VI desenvolver estratégias para identificar situações que resultem em risco ou produção de agravos à saúde, adotando e ou fazendo adotar medidas de controle quando necessário.

E, em seu Art. 14, diz que cabe aos CEREST, Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, no âmbito da RENAST, desempenhar as funções de suporte técnico, de educação permanente, de coordenação de projetos de promoção, vigilância e assistência à saúde dos trabalhadores, no âmbito da sua área de abrangência; dar apoio matricial para o desenvolvimento das ações de saúde do trabalhador na atenção primária em saúde, nos serviços especializados e de urgência e emergência, bem como na promoção e vigilância nos diversos pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde; e atuar como centro articulador e organizador das ações intra e intersetoriais de saúde do trabalhador, assumindo a retaguarda técnica especializada para o conjunto de ações e serviços da rede SUS e se tornando polo irradiador de ações e experiências de vigilância em saúde, de caráter sanitário e de base epidemiológica.

As equipes técnicas de saúde do trabalhador, nas três esferas de gestão, com o apoio dos CEREST, devem garantir sua capacidade de prover o apoio institucional e o apoio matricial para o desenvolvimento e incorporação das ações de saúde do trabalhador no SUS. A execução do disposto no caput deste artigo pressupõe, no mínimo:

- I a construção, em toda a Rede de Atenção à Saúde, de capacidade para a identificação das atividades produtivas e do perfil epidemiológico dos trabalhadores nas regiões de saúde definidas pelo Plano Diretor de Regionalização e Investimentos (PDRI);
- II a capacitação dos profissionais de saúde para a identificação e monitoramento dos casos atendidos que possam ter relação com as ocupações e os processos produtivos em que estão inseridos os usuários.

Anexo 4:

PORTARIA Nº 1.823/ MS, DE 23 DE AGOSTO DE 2012, ART. 8º

A Portaria Nº 1.823, de 23 de agosto de 2012, em seu artigo A 8º, define que entre os objetivos da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora está a promoção da saúde e ambientes e processos de trabalhos saudáveis.

- a) estabelecimento e adoção de parâmetros protetores da saúde dos trabalhadores nos ambientes e processos de trabalho;
- b) fortalecimento e articulação das ações de vigilância em saúde, identificando os fatores de risco ambiental, com intervenções tanto nos ambientes e processos de trabalho, como no entorno, tendo em vista a qualidade de vida dos trabalhadores e da população circunvizinha;
- c) representação do setor saúde/saúde do trabalhador nos fóruns e instâncias de formulação de políticas setoriais e intersetoriais e às relativas ao desenvolvimento econômico e social;
- d) inserção, acompanhamento e avaliação de indicadores de saúde dos trabalhadores e das populações circunvizinhas nos processos de licenciamento e nos estudos de impacto ambiental;
- e) inclusão de parâmetros de proteção à saúde dos trabalhadores e de manutenção de ambientes de trabalho saudáveis nos processos de concessão de incentivos ao desenvolvimento, nos mecanismos de fomento e outros incentivos específicos;
- f) contribuição na identificação e erradicação de situações análogas ao trabalho escravo;
- g) contribuição na identificação e erradicação de trabalho infantil e na proteção do trabalho do adolescente; e
- h) desenvolvimento de estratégias e ações de comunicação de risco e de educação ambiental e em saúde do trabalhador.

Anexo 5:

Lei 8080/90

- I assistência ao trabalhador vítima de acidentes de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho;
- II participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho;
- III participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), da normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentem riscos à saúde do trabalhador
 - IV avaliação do impacto que as tecnologias provocam na saúde;
- V informação ao trabalhador e à sua respectiva entidade sindical e às empresas sobre os riscos de acidentes de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional;
- VI participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas;
- VII revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração a colaboração das entidades sindicais; e
- VIII a garantia ao sindicato dos trabalhadores de requerer ao órgão competente a interdição de máquina, de setor de serviço ou de todo ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores.

Anexo 6:

A Portaria Nº 1.823, de 23 de agosto de 2012, artigo 8º, define:

São objetivos da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora:

- I Fortalecer a Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) e a integração com os demais componentes da Vigilância em Saúde, o que pressupõe:
- a) identificação das atividades produtivas da população trabalhadora e das situações de risco à saúde dos trabalhadores no território;
- b) identificação das necessidades, demandas e problemas de saúde dos trabalhadores no território:
 - c) realização da análise da situação de saúde dos trabalhadores;
 - d) intervenção nos processos e ambientes de trabalho;
- e) produção de tecnologias de intervenção, de avaliação e de monitoramento das ações de VISAT (Vigilância em Saúde do Trabalhador);
- f) controle e avaliação da qualidade dos serviços e programas de saúde do trabalhador, nas instituições e empresas públicas e privadas;
 - g) produção de protocolos, de normas técnicas e regulamentares; e
 - h) participação dos trabalhadores e suas organizações;

Como estratégias, em seu Art. 9º a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora recomenda:

- I integração da Vigilância em Saúde do Trabalhador com os demais componentes da Vigilância em Saúde e com a Atenção Primária em Saúde;
- I) estímulo à participação dos trabalhadores e suas organizações, sempre que pertinente, no acompanhamento das ações de vigilância epidemiológica, sanitária e em saúde ambiental, além das ações específicas de VISAT.
- m) atualização e ou revisão dos códigos de saúde, com inserção de disposições sobre a vigilância em saúde do trabalhador e atribuição da competência de autoridade sanitária às equipes de vigilância em saúde do trabalhador, nos Estados e Municípios.

Recomenda ainda a análise do perfil produtivo e da situação de saúde dos trabalhadores, o que pressupõe:

- a) identificação das atividades produtivas e do perfil da população trabalhadora no território em conjunto com a atenção primária em saúde e os setores da Vigilância em Saúde;
 - b) implementação da rede de informações em saúde do trabalhador;
- c) definição de elenco de indicadores prioritários para análise e monitoramento;
- d) definição do elenco de agravos relacionados ao trabalho de notificação compulsória e de investigação obrigatória e inclusão no elenco de prioridades, nas três esferas de gestão do SUS;
 - e) revisão periódica da lista de doenças relacionadas ao trabalho;
- f) realização de estudos e análises que identifiquem e possibilitem a compreensão dos problemas de saúde dos trabalhadores e o comportamento dos principais indicadores de saúde;
- g) estruturação das estratégias e processos de difusão e comunicação das informações;
- h) garantia, na identificação do trabalhador, do registro de sua ocupação, ramo de atividade econômica e tipo de vínculo nos seguintes sistemas e fontes de informação em saúde, aproveitando todos os contatos do/a trabalhador/a com o sistema de saúde:
 - 1. Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM);
 - 2. Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIHSUS);
 - 3. Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN);
 - 4. Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIASUS);
 - 5. Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB);
 - 6. Registros de Câncer de Base Populacional (RCBP); e
 - 7. Registros de Câncer de Base Hospitalar (RCBH);
- i) articulação e sistematização das informações das demais bases de dados de interesse à saúde do trabalhador, como:
 - 1. Cadastro Nacional de Informações Sociais (CNIS);
 - 2. Sistema Unico de Benefícios (SUB);
 - 3. Relação Anual de Informações Sociais (RAIS);
 - 4. Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (CAGED);

- 5. Sistema Federal de Inspeção do Trabalho (SFIT);
- 6. Troca de Informação em Saúde Suplementar (TISS); e
- 7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE);
- 8. Outros sistemas de informações dos órgãos e setores de planejamento, da agricultura, do meio ambiente, da segurança pública, do trânsito, da indústria, comércio e mineração, das empresas, dos sindicatos de trabalhadores, entre outras.

Anexo 7:

As ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador

- Identificar e analisar a situação de saúde dos trabalhadores da área de abrangência;
- Analisar dados, informações, registros e prontuários de trabalhadores nos serviços de saúde, respeitando os códigos de ética dos profissionais de saúde;
- Planejar, executar e avaliar sobre situações de risco à saúde dos trabalhadores e os ambientes e processos de trabalho;
- Realizar ações programadas de Vigilância em Saúde do Trabalhador a partir de análises dos critérios de priorização definidos;
- Verificar a ocorrência de anormalidades, irregularidades e a procedência de denúncias de inadequação dos ambientes e processos de trabalho, apurar responsabilidades e recomendar medidas necessárias para promoção da saúde dos trabalhadores;
- Efetuar inspeções sanitárias nos ambientes de trabalho, identificar e analisar os riscos existentes, bem como propor as medidas de prevenção necessárias;
- Utilizar de recursos audiovisuais e outros que possibilitem o registro das ações realizadas:
- Garantir a participação de representantes dos trabalhadores e assessores técnicos nas ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador, inclusive quando realizadas em ambientes de trabalho;
- Estabelecer estratégias de negociação com os empregadores formalizadas por termos, acordos e outras formas, para promoção da saúde dos trabalhadores garantindo a participação dos trabalhadores;
- Realizar atividades de educação continuada para formação de profissionais da saúde e áreas afins bem como trabalhadores no que diz respeito à Vigilância em Saúde do Trabalhador.

Anexo 8:

Rede Sentinela:

Com o objetivo de produzir, sistematizar, analisar e disseminar informações em Saúde do Trabalhador, a RENAST prevê a organização da Rede de Serviços Sentinela em Saúde do Trabalhador.

O termo "sentinela" é usado para determinar serviços assistenciais de média e alta complexidade já instalados, e qualificados para garantir a geração de informação para tornar viável a vigilância em saúde.

Assim, a Rede Sentinela é composta por unidades de saúde (chamadas de unidades sentinela) que são responsáveis pelo diagnóstico, tratamento e notificação que resultarão em ações de prevenção, vigilância e intervenção em Saúde do Trabalhador.

Município Sentinela

A Portaria 2.728 de 11 de novembro de 2009 determina:

Art. 2º Os Municípios Sentinela serão definidos a partir de dados epidemiológicos, previdenciários e econômicos, que indiquem fatores de riscos significativos à saúde do

trabalhador, oriundos de processos de trabalho em seus territórios.

- § 1º Os Municípios Sentinela devem desenvolver políticas de promoção da saúde, de forma a garantir o acesso do trabalhador às ações integradas de vigilância e de assistência, em todos os níveis de atenção do SUS.
- § 2º Os critérios de definição dos Municípios Sentinela serão objeto de ato normativo do

Ministério da Saúde, a ser expedido após pactuação por meio da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) do SUS.

ANEXO 9

Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário - NTEP

A Previdência Social propôs ao Conselho Nacional de Previdência Social – CNPS, órgão de natureza quadripartite – com representação do Governo, Empresários, Trabalhadores e Associações de Aposentados e Pensionistas, a adoção de um importante mecanismo auxiliar para a caracterização de um acidente ou doença do trabalho: o Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário – NTEP.

O NTEP, a partir do cruzamento das informações de código da Classificação Internacional de Doenças — CID-10 e de código da Classificação Nacional de Atividade Econômica — CNAE aponta a existência de uma relação entre a lesão ou agravo e a atividade desenvolvida pelo trabalhador. A indicação de NTEP está embasada em estudos científicos alinhados com os fundamentos da estatística e epidemiologia. A partir dessa referência a medicina pericial do INSS ganha mais uma importante ferramenta-auxiliar em suas análises para conclusão sobre a natureza da incapacidade ao trabalho apresentada, se de natureza previdenciária ou acidentária.

O NTEP foi implementado nos sistemas informatizados do INSS, para concessão de benefícios, em abril/2007 e de imediato provocou uma mudança radical no perfil da concessão de auxílios-doença de natureza acidentária: houve um incremento da ordem de 148%. Este valor permite considerar a hipótese que havia um mascaramento na notificação de acidentes e doenças do trabalho.