

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DE PRODUÇÃO**

**O AMBULATÓRIO DE SAÚDE DO TRABALHADOR EM FLORIANÓPOLIS - SC
UM ESPAÇO DE RESISTÊNCIA NO ATENDIMENTO AO TRABALHADOR
ACIDENTADO E/OU DOENTE EM FUNÇÃO DO TRABALHO**

EDNA MARIA NIERO

**FLORIANÓPOLIS
MAIO/2000**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DE PRODUÇÃO

O AMBULATÓRIO DE SAÚDE DO TRABALHADOR EM FLORIANÓPOLIS - SC
UM ESPAÇO DE RESISTÊNCIA NO ATENDIMENTO AO TRABALHADOR
ACIDENTADO E/OU DOENTE EM FUNÇÃO DO TRABALHO

EDNA MARIA NIERO

Orientador: Prof. Dr. José Luiz Fonseca da Silva Filho

Co-Orientador: Prof. Osvaldo Oliveira Maciel

FLORIANÓPOLIS

MAIO/2000

EDNA MARIA NIERO

**O AMBULATÓRIO DE SAÚDE DO TRABALHADOR EM FLORIANÓPOLIS - SC
UM ESPAÇO DE RESISTÊNCIA NO ATENDIMENTO AO TRABALHADOR
ACIDENTADO E/OU DOENTE EM FUNÇÃO DO TRABALHO**

DISSERTAÇÃO APRESENTADA AO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM ENGENHARIA NA ÁREA DE CONCENTRAÇÃO ERGONOMIA

FLORIANÓPOLIS

MAIO/2000

O AMBULATÓRIO DE SAÚDE DO TRABALHADOR EM FLORIANÓPOLIS - SC

Um espaço de resistência no atendimento ao trabalhador acidentado e/ou
doente em função do trabalho

EDNA MARIA NIERO

Esta dissertação foi julgada adequada para obtenção do Título de Mestre em Engenharia de Produção, área de concentração Ergonomia, e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção.

RICARDO MIRANDA BARCIA, Ph.D.

Coordenador do Curso

BANCA EXAMINADORA:

PROF. DR. JOSÉ LUIZ FONSECA

DA SILVA FILHO

Orientador

PROF. DR. GLAYCON MICHELS

PROF. DR. FRANCISCO ANTÔNIO

PEREIRA FIALHO

Ao “Projeto Universidade na Roça”, que trouxe a realidade da saúde pública ao meu universo e delineou os caminhos, que ainda hoje trilho. Aos trabalhadores, a quem dedico grande parte de minha vida profissional, no intuito de uma vida digna. Para todos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço emocionada

Ao Prof. José Luiz Fonseca da Silva Filho, pela oportunidade;

Ao Prof. Osvaldo Maciel, pela disponibilidade e gentileza;

À Leonor de Queiroz Lima e Thaís Helena Lippel, pela amizade e valiosas contribuições;

Ao Cláudio Soares da Silveira e Marcelo Fontanella Webster, pela compreensão de terem tido aos seus cuidados uma profissional dividida;

À minha família nuclear, pela energia e carinho à distância;

Ao Celso, pelo amor e partilha;

Ao Jacir e Denize, pela imensurável amabilidade;

Aos amigos do coração, pela paciência e cumplicidade.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO 1	
A MEDICINA E OS TEMPOS	15
1.1. - A FORMAÇÃO DO MÉDICO	21
1.2. - A SAÚDE/DOENÇA COMO PROCESSO SOCIAL	25
CAPÍTULO 2	
DA MEDICINA DO TRABALHO À SAÚDE DO TRABALHADOR	29
2.1. - A MEDICINA DO TRABALHO	29
2.2. - A SAÚDE OCUPACIONAL	32
2.3. - A DISTÂNCIA ENTRE A TEORIA E A PRÁTICA	36
2.4. - A SAÚDE DO TRABALHADOR	44
CAPÍTULO 3	
SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHADOR:	
ALGUNS ASPECTOS DA EVOLUÇÃO JURÍDICA	53
3.1. - REFORMA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL	59
3.2. - O COMUNICADO DO ACIDENTE DE TRABALHO	60
3.2.1. - Sub-registro dos Acidentes de Trabalho	63
CAPÍTULO 4	
O AMBULATÓRIO DE SAÚDE DO TRABALHADOR	74
4.1. - O FLUXO DE ATENDIMENTO NO AMBULATÓRIO DE SAÚDE DO TRABALHADOR	80
4.2. - O ATENDIMENTO NO AMBULATÓRIO DE SAÚDE DO TRABALHADOR	
Apresentação dos Dados e Discussão Preliminar	86
CAPÍTULO 5	
VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR	100
5.1. - ACIDENTES DE TRÂNSITO QUE SÃO ACIDENTES DE TRABALHO ..	105
CONSIDERAÇÕES FINAIS	107
ANEXOS	116
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	148

LISTA DE SIGLAS

AST – Ambulatório de Saúde do Trabalhador

CAT – Comunicação de Acidente de Trabalho

CIT – Centro de Informações Toxicológicas

CIPA – Comissão Interna de Prevenção de Acidentes

CLT – Consolidação das Leis do Trabalho

DDT - 2, 2 - (P - Clorofenil - 1, 1, 1) - Tricloroetano. Inseticida Organoclorado

DETRAN – Departamento de Trânsito

DRT – Delegacia Regional do Trabalho

EPI – Equipamento de Proteção Individual

HU – Hospital Universitário

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INSS – Instituto Nacional de Seguridade Social

ISO – International Organization Standardization

NOST – Norma Operacional de Saúde do Trabalhador

OIT – Organização Internacional do Trabalho

OMS – Organização Mundial de saúde

OPAS – Organização Pan Americana de Saúde

PAIR – Perda Auditiva Induzida por Ruído

PCMSO – Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional

PEA – População Economicamente Ativa

PMF – Prefeitura Municipal de Florianópolis

SAME – Serviço de Atendimento Médico

SESMT – Serviço Especializado de Segurança e Medicina do Trabalho

SUS – Sistema Único de Saúde

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1 – Distribuição dos atendimentos, segundo o tipo de agravo.
- Figura 2 – Distribuição dos atendimentos segundo o ramo de atividade.
- Figura 3 – Distribuição dos atendimentos segundo o local de residência.
- Figura 4 – Distribuição dos atendimentos segundo a origem dos encaminhamentos.
- Figura 5 – Distribuição dos trabalhadores segundo o vínculo empregatício.
- Figura 6 – Distribuição dos trabalhadores segundo o sexo.
- Figura 7 – Distribuição dos trabalhadores segundo a faixa etária.
- Figura 8 – Distribuição dos trabalhadores segundo a atividade profissional.
- Figura 9 – Distribuição dos atendimentos segundo o diagnóstico.

RESUMO

O binômio trabalho-saúde tem sido objeto de estudo e intervenção do campo da Saúde do Trabalhador, ainda em construção no Brasil. Com perspectiva interdisciplinar, esta área vem se desenvolvendo com um aporte teórico, a partir do qual as contradições de classe existentes no mundo do trabalho das sociedades capitalistas, são tidas como fundamentais para o entendimento da produção do adoecimento.

Esta dissertação aborda o trabalhador doente através de um olhar sobre o coletivo, ou seja, a saúde é um direito coletivo que é compartilhado pessoalmente por todos os indivíduos. É dessa maneira que a Saúde do Trabalhador procura entender os sinais e sintomas, possibilitando perscrutar e identificar para além das queixas listadas em palavras da classificação médica.

A concepção democrática e cientificamente estabelecida do conceito de saúde, leva em conta a relação trabalho-saúde. Entendida em termos amplos, significa uma vida longa, digna, prazerosa, onde seja possível a realização plena do ser humano. Vista como um processo, a saúde é fruto de condições básicas de vida e trabalho que se articulam e se expressam sob a forma de riscos específicos, determinadas historicamente e socialmente. Estes riscos são representados por condições patogênicas físicas, químicas e biológicas e também por condicionantes de origens psíquicas e sociais das mais variadas índoles, que atuam isolada ou conjuntamente.

O Ambulatório de Saúde do Trabalhador – convênio entre a Prefeitura Municipal de Florianópolis e a Universidade Federal de Santa Catarina – é um serviço médico aberto à toda população trabalhadora, urbana e rural, com carteira assinada ou não, empregados, desempregados, aposentados, trabalhadores em empresas públicas ou privadas. Tem como objetivos principais a assistência a trabalhadores portadores de doenças relacionadas ao trabalho e ser uma referência para a rede pública de saúde, sindicatos e empresas.

Além dos cuidados e tratamentos médicos normais, a *atitude* que se deve ter diante de uma doença que o trabalhador apresente é diferente da atitude que se tem frente a uma doença *comum*. Direitos previdenciários e trabalhistas só são concedidos a partir do diagnóstico,

registro e encaminhamento correto do trabalhador doente ou acidentado. No que se refere à compreensão das relações entre trabalho e saúde, esta transita desde uma visão biologicista e individual, como o da medicina do trabalho, passando pela saúde ocupacional que incorpora o coletivo (grupos de risco) chegando até à Saúde do Trabalhador cujo objeto de interesse e análise incluem primordialmente as relações sociais que se estabelecem no processo de trabalho. Essas relações são pensadas em um campo multi e trans-disciplinar, de abordagem coletiva e exige na sua formulação a participação dos trabalhadores, revelando aspectos que devem se refletir na organização e prática dos serviços de saúde, na rede do Sistema Único de Saúde. Apesar da definição legal desta atribuição e do processo de participação e de pressão por parte do movimento social e de profissionais que atuam ou se relacionam com o setor saúde, uma série de dificuldades obstaculizam a plena efetivação da saúde do trabalhador. Estas dificuldades são de diversas ordens e níveis de complexidade e vão desde a grave, estrutural e prolongada crise econômica e social do país até a questões de ordem conceitual, metodológica e administrativa que permeiam as instituições de saúde. Para este enfrentamento, o presente trabalho aponta uma forma de atuação em âmbito profissional, assumindo o atendimento integral do trabalhador portador de doença relacionada ao trabalho.

ABSTRACT

The duet work and health has been the subject of many studies in Brazil. This area today has a large theoretical support in which the contradictions found in the work system are the basis to understand and to treat all the sicknesses developed in different work places.

This present dissertation focus on the sick worker through a colletive looking, because health is a right shared by everyone. The medicine focus on the worker's sickness tries to comprehend signs and symptoms, identifying them beyond the complaints enlisted in the medical classification. The democratic and scientific conception of health must consider the relationship between work and health. Here health is understood as a result of the basic conditions of life and work that are lincked and expressed in specific risks determined historically. These risks are represented by physical, chemical and biological patogenic conditions and by social factors acting on the work force.

The "Ambulatório de Saúde do Trabalhador de Florianópolis" is a medical service open to all the workers of our region from the urban or rural areas, public or private companies, unemployed or retired. Its goal is to give assistance and help these workers to treat and cure the sicknesses related to their activities and to be a reference point to Public Health Service, Labor Unions and companies. Together with care and the normal medical treatments, we consider that a different attitude is necessary regarding people showing sicknesses taken in their work places. This task is stronger because the social welfare rights are respected if all the procedures are correctly made. That's why it's very important to analyse and understand the social relationship stablished in the work process. Among many difficulties found are the economic crisis of the country and the concepts, methodology and management of the health institutions. However, if the workers don't participate it's difficult to uncover the aspects that are fundamental elements for a better practice of the health care in the Public Health System. To deal with it, this dissertation shows one way to act professionally, giving the workers with sicknesses brought from their work places a complete and effective assistance.

INTRODUÇÃO

Ao contrário dos animais, para viver os seres humanos precisam produzir, precisam trabalhar. O trabalho é, portanto, um modo pelo qual os homens se relacionam com a natureza, com a qual vivem historicamente, uma relação insubstituível, procurando dela apropriar-se, transformando-a e adaptando-a às suas necessidades (Oliveira, 1981). Para Marx (1993), o trabalho é, primeiramente, um ato que se passa entre o homem e a natureza. O homem desenvolve em relação à natureza o papel de uma potência natural. As forças, de que o corpo é dotado, braços, pernas, cabeça e mãos, ele as coloca em movimento, a fim de apropriar-se das matérias, dando-lhes uma forma útil à sua vida. Em um sistema social onde a grande maioria da população dispõe apenas de sua própria força de trabalho para garantir sua subsistência, o corpo é visto fundamentalmente como instrumento de trabalho. Faz parte do cotidiano da população, desde a infância até a morte, tanto nas áreas urbanas como nas rurais.

O trabalho não é uma atividade abstrata ou que os homens¹ realizem segundo seu livre arbítrio, mas ao contrário, como atividade material, depende de determinados meios materiais para sua realização (Oliveira, 1981). Muitas vezes, a relação ser humano-trabalho é conflitiva. O trabalho pode ser percebido ora como indesejado, constrangedor, impedindo o viver; ora percebido como algo que dá sentido à vida e define identidade pessoal (Fialho e Santos, 1995).

¹ A autora concorda plenamente com Patrício (1996: 16), quando afirma que ao falar de homens tem bem claro que se refere à raça humana e não ao macho. Juntamente com a linguagem escrita, temos nós mulheres é que nos preocupar com a **linguagem das ações do cotidiano**, em “como agimos” em relação às nossas questões com os homens.

Pode-se entender o trabalho, como o principal meio de utilização da energia humana, o eixo em torno do qual giram e gravitam as outras esferas da existência (Simoni, 1993). Mais do que viabilizar a subsistência, dá sentido à sua existência.

Através da literatura e da experiência de vida, entende-se o trabalho, neste estudo, como um importante fator capaz de gerar agravos à saúde, implicando em riscos e formas específicas de adoecer e morrer. A doença, por sua vez, é um processo biológico mais antigo que o homem; antigo como a própria vida, porque é um atributo da vida.

Um organismo vivo é uma entidade lábil em um mundo de fluxo de mudanças. A doença e a saúde, a nível individual, são aspectos desta instabilidade onipresente, são expressões das relações mutáveis entre componentes do corpo. Fenômeno biológico, as causas da doença são procuradas no reino da natureza, mas no homem a doença possui ainda uma outra dimensão, nele a doença não existe como *natureza pura*, sendo mediada e modificada pela atividade social e pelo ambiente cultural que tal atividade cria (Capra, 1982), num dado momento historicamente determinado. A doença representa uma dupla ameaça, tanto no sentido de afetar sua saúde como sua capacidade produtiva.

E a saúde tem sido entendida de diferentes modos, que variam desde a *ausência de doenças*, a forma mais comum de se ver esta condição vital, passando por exemplo, pela definição da Organização Mundial de Saúde – OMS, como *bem-estar* físico, mental e social (Kalichman e Souza, 1994).

Como processo contínuo, a saúde é mesmo uma experiência de bem-estar, resultante de um equilíbrio dinâmico, que envolve os aspectos físico e psicológico do organismo e que reflete uma resposta criativa aos desafios ambientais. Como a condição de uma pessoa depende de seu ambiente natural e social, não pode haver um nível absoluto de saúde, que seja independente desse ambiente.

A saúde, portanto, não é um conceito abstrato e, para Capra (1982), embora todas as pessoas saibam o que significa sentir-se saudáveis, é impossível definir precisamente tal estado. A saúde é uma experiência subjetiva; algo que pode ser conhecido intuitivamente, mas não descrito ou quantificado. O que é saudável ou doente, normal ou patológico, são ou insano, varia de cultura para cultura.

Assim é, que o conceito de vida não pode ser definido com precisão. E a qualidade da vida, pode ser compreendida como uma condição de existência dos homens, referida ao modo de viver em sociedade, isto é, dentro dos limites que são colocados, em cada momento histórico, para se viver o cotidiano. Para Patrício (1996), o ser humano saudável, que vive momentos de prazer e felicidade, tem sua capacidade imunológica aumentada. “Ter quantidade de vida é importante, mas é diferente do ter qualidade de vida. Principalmente quando se sabe que o organismo feliz resgata mais facilmente seu estado de equilíbrio, haja vista que estados de desequilíbrios são provenientes de mal-estar, insatisfações e sofrimento” (Patrício, 1996:98).

A partir de uma nova consciência, a consciência do estado de inter-relação e interdependência essencial de todos os fenômenos – físicos, biológicos, psicológicos, sociais e culturais – as imagens sobre a qualidade de vida no trabalho remetem a outras concepções: de uma cosmovisão diferente, mais complexa e mais completa, holística (Capra, 1982).

Em nossa sociedade, essa concepção ou abordagem reconhecerá que o ambiente, criado por nosso sistema social e econômico, baseado numa visão de mundo fragmentada e reducionista, tornou-se uma série ameaça à nossa saúde. Para ter sentido, essa abordagem holística pressupõe profundas mudanças em nossas estruturas educacionais, científicas, tecnológicas que possam alterar as estruturas sociais e econômicas, cuja hegemonia tem sido estabelecida, muitas vezes, com o uso da violência, explícita ou não (Capra, 1982: 313).

A Lei que regulamenta o Sistema Único de Saúde² – SUS – no país, estabelece que a saúde “tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o *trabalho*, a renda, a educação, o transporte, o lazer, e o acesso aos bens e serviços essenciais: os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país”.

A saúde é fruto, portanto, de condições básicas de vida e trabalho que se articulam e se expressam sob a forma de riscos específicos, muitas vezes fáceis de serem apontados, e, não raro, situações altamente agressivas não tão perceptíveis aos olhos despreparados (Dejours, 1999).

A relação entre o trabalho e as doenças foi descrita, já em 1700, por Bernardino Ramazzini, um italiano, professor de medicina, em seu clássico “*DE MORBIS ARTIFICUM DIATRIBA*”, obra que foi traduzida sob o título de *As doenças dos trabalhadores*:

“Enquanto exercia minha profissão de médico, fiz frequentes observações, pelo que resolvi, escrever um tratado sobre as doenças dos operários....ninguém, que eu saiba, pôs o pé nesse campo onde se podem colher messes não desprezíveis acerca da sutileza e da eficácia das emanções. Não somente pela maneira como se encontram, como também pelas condições de vida e ofício, serão consideradas as doenças e estabelecidas suas curas....contudo, para obter um feliz resultado na cura, será sempre bom que o médico fique a par do ofício que costuma exercer aquele que precisa de tratamento”(Ramazzini, 1992:15 e 17).

Ramazzini reconhecia a necessidade de abordar a medicina e a higiene levando em conta sua inserção no social. E Laurell (1982) corrobora essa visão, ao afirmar que o vínculo entre o processo social e o biológico, do binômio saúde-doença, se expressa no modo concreto de trabalhar, cujo caráter social é evidente.

² Lei nº8.080/90 - Ministério da Saúde.

O ponto principal deste estudo, portanto, numa análise que, se quer crer, não seja isolada, é a Saúde do Trabalhador, ou melhor dizendo, a saúde dos seres humanos trabalhadores. Aqui, entendida e tratada, dentro do conceito de saúde do cidadão, como um direito social constitucionalmente previsto, porém nem sempre assegurado.

Assim, com base na vivência profissional da autora, apesar dos instrumentos limitados e que permitem apenas apreensões parciais, com fundamentação num referencial técnico e teórico de abordagens variadas, busca-se compreender o processo de adoecimento em função do trabalho. Deseja-se contribuir assim, para um *diagnóstico* mais adequado da morbidade da população considerada, e a necessidade de *intervenções* dos diversos atores sociais sobre os processos de trabalho, com o intuito de *prevenção* de novos casos. A ação interdisciplinar, na assistência e vigilância em Saúde do Trabalhador, é uma das perspectivas na contribuição do entendimento do processo de adoecimento. A municipalização das ações de vigilância em Saúde do Trabalhador confronta-se diretamente com a ausência de dados, para uma análise epidemiológica da questão saúde-trabalho, no município de Florianópolis. E esta é uma das *justificativas* para a realização deste estudo.

Como objetivo geral, o presente estudo apresenta o Ambulatório de Saúde do Trabalhador, que é uma instância de atenção à saúde e o trabalho desenvolvido por este espaço, onde se desenvolve grande parte da atuação profissional da autora. A demanda é abrangente e os dados gerados têm limitações. A estatística torna-se peculiar e por isso mesmo, sem possibilidade de comparação com o estado e a nação. As dificuldades iniciam-se nas empresas e vão até a Previdência Social com as negativas em reconhecer as doenças relacionadas ao trabalho. A imensa precariedade de recursos humanos e de meios diagnósticos também dificultam o desenvolvimento deste trabalho.

Realizar o levantamento dos agravos e outras informações sobre os atendimentos efetuados no Ambulatório de Saúde do trabalhador³, e apresentar estes resultados, com a finalidade de intervenções adequadas para a prevenção de novos casos, são os objetivos específicos. Através da atuação e do “olhar” do Ambulatório de Saúde do Trabalhador detecta-se além do que é “visível”, além do que é detectado pela rede básica de saúde e ambulatórios de medicina do trabalho de empresas.

Os instrumentos e procedimentos utilizados foram entrevistas com trabalhadores através das consultas médicas para avaliação denexo causal⁴, realizadas no Ambulatório de Saúde do Trabalhador, no período de setembro/94 a junho/99, registradas em prontuário médico, e análise de documentos e relatórios estatísticos de instituições governamentais.

A partir da vivência e experiência cotidianas, bem como da análise das informações e da revisão da literatura, esta dissertação quer contribuir para o entendimento do processo saúde-trabalho-doença, como compromisso profissional no campo da saúde dos trabalhadores.

O estudo da saúde do trabalhador busca explicações sobre o adoecer e o morrer das pessoas, trabalhadores em particular, através do estudo dos processos de trabalho, das relações sociais do mundo do trabalho, de forma articulada com o conjunto de valores, crenças, idéias e representações sociais (Mendes e Dias, 1994).

O caráter alienado do trabalho, o processo de deformação e mutilação do trabalhador dão ao trabalho feições nada engrandecedoras. Avaliar e solucionar a agressão sofrida pelos trabalhadores é muito difícil em nossa conjuntura. Os gritantes contrastes de nosso país, nos aspectos social, econômico, cultural e tecnológico, estão refletidos no mundo do tra-

³ Fonte dos encaminhamentos dos trabalhadores, estabelecimento ou não do nexocausal, diagnósticos prevalentes, entre outras.

⁴ Demonstração técnica de que a doença e/ou lesão foi causada pelo trabalho ou pelas condições em que o trabalho é desenvolvido.

balho e na saúde dos trabalhadores. A qualidade das relações de trabalho, o processo e organização de trabalho sadios, a especificidade no atendimento aos trabalhadores doentes, assumem a prioridade nesse estudo.

Entende-se por Saúde do Trabalhador um conjunto de ações que se destinam à promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho. Abrange entre outras, assistência ao trabalhador vítima de acidente do trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho, participação, no âmbito de competência do SUS, em avaliações, controle e fiscalização dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes nos ambientes de trabalho e avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde, conforme o estabelecido na Lei nº8.080/90 (Brasil, 1990).

O direito à saúde implica garantir trabalho em condições dignas, com amplo conhecimento e controle dos trabalhadores sobre o processo e o ambiente de trabalho. O trabalho é que deve estar em função do homem e não o homem em função do trabalho; o homem é o elemento principal.

O princípio consagrado nas convenções internacionais, de que o trabalho deve adaptar-se ao homem, adquire lineamentos concretos, com o aparecimento efetivo da ergonomia, a partir dos anos 50. Esta disciplina, tem por objetivo o estudo científico das relações do homem com o seu ambiente de trabalho, conjugando conhecimentos multidisciplinares, com o propósito de promover melhorias contínuas nas condições de trabalho (Oliveira, 1998: 120-121). A ergonomia torna-se uma *ciência do homem*, na medida em que transfere o foco do trabalho para o homem – transfere o foco da coisa para **quem** faz a coisa (Fialho, 1998); portanto, pode ser uma ferramenta de grande utilidade na prevenção de doenças físicas e mentais na medida em haja participação dos trabalhadores no levantamento de informações e na formulação de propostas de modificação do processo de trabalho.

A questão da incorporação de ações de saúde relacionadas aos agravos ocasionados pelo trabalho, na rede de serviços, vem sendo preocupação das agências internacionais de saúde (OMS/OPAS) desde o final da década de 70.

Até a década de 80, os serviços de Saúde Pública no Brasil, não se responsabilizavam pela saúde dos trabalhadores. Havia um entendimento de que esta área estava exclusivamente ligada ao Ministério do Trabalho.

De maneira geral, os serviços de saúde constituem-se em *locus* do exercício de práticas de saúde fundamentadas numa concepção reducionista dos conceitos de saúde-doença. A medicina do trabalho/saúde ocupacional, igualmente, adotam a abordagem das relações saúde-trabalho-doença, que privilegia a idéia cartesiana do corpo como máquina, exposto a agentes e fatores de risco.

A partir dessa época, no contexto da transição política que, na área da saúde, ganha uma inusitada feição com a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde e, posteriormente da 1ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, iniciou-se um processo de desenvolvimento de experiências institucionais e políticas na área de saúde do trabalhador com tentativas de implantação de ações no setor. Em suas formas mais elaboradas, essas ações foram denominadas de Programas de Saúde do Trabalhador, atribuindo as responsabilidades dos *cuidados primários de saúde*⁵ às autoridades locais – municipais e estaduais. A 8ª Conferência Nacional de Saúde realizada em março de 1986, veio fortalecer o papel dos municípios no desenvolvimento de ações em saúde

⁵ Por cuidados primários de saúde entende-se a necessidade de levar a atenção à saúde o mais próximo possível do lugar onde residem e trabalham as pessoas. Também a saúde no trabalho passou a ser um dos seus objetivos (Alma-Ata, 1978).

do trabalhador. A partir dessa Conferência, a 1ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador em dezembro do mesmo ano, evidenciou a necessidade premente do surgimento de uma nova consciência em relação à conquista de condições dignas de trabalho e saúde, tão almejadas

A Saúde do Trabalhador vem romper com a concepção hegemônica que estabelece a relação da doença com o trabalho baseada em um agente específico ou em um grupo de fatores de risco presentes no ambiente de trabalho. Além da participação do trabalhador no processo produtivo, sua subjetividade deve ser considerada.

Porém, se a partir da municipalização da saúde, vários municípios implantam, a partir do início dos anos 80, os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, há uma fragilização dessas experiências programáticas. O campo das relações Produção-Saúde é um campo de atividades teóricas e práticas, subordinado de maneira abrangente e complexa, às relações capital/trabalho na ordem capitalista. O reconhecimento das contribuições, oriundas dessas experiências, não deve ocultar o fato de que sua não consolidação deveu-se à resistência intencional das políticas institucionais em incorporar as ações de saúde do trabalhador, à precariedade da rede pública e às dificuldades presentes no relacionamento com os movimentos dos trabalhadores, que, além de não conseguirem unidade programática para atuação na área, obtiveram apenas avanços isolados no processo de desenvolvimento da *consciência sanitária*, apontada por Berlinguer como essencial para a realização de mudanças estruturais no campo da saúde (Carmo *et al*, 1995: 445). A cidadania corresponde à *consciência dos direitos* e o *ser sujeito da história*..

Em Santa Catarina, a Secretaria Estadual de Saúde criou e normatizou o Programa de Saúde do Trabalhador, em 1993 (Anexo A). Esse programa, que a princípio teria o papel de coordenar, programar e avaliar as ações relacionadas com a saúde dos trabalhadores no estado,

pouco avançou, e está sendo rediscutido, com a elaboração de uma nova Portaria estadual. Nessa nova etapa do processo, em que pese as divergências e dificuldades, participam atualmente, técnicos de saúde do trabalhador de três municípios (Florianópolis, Joinville e Blumenau).

Em setembro de 1994, o município de Florianópolis, através da Secretaria de Saúde e Desenvolvimento Social oferece à Universidade Federal de Santa Catarina uma alternativa para a assistência à saúde dessa população. Um Convênio entre as duas instituições estabelece uma importante parceria, objetivando a implantação do Ambulatório de Saúde do Trabalhador - AST (Anexo B).

O AST funciona no espaço físico do Hospital Universitário⁶ da Universidade Federal de Santa Catarina, com profissional cedida pela Secretaria Municipal de Saúde. É um serviço médico que faz o diagnóstico de doenças relacionadas ao trabalho, ao qual é previsto o acesso a todos os trabalhadores, urbanos e rurais, com carteira assinada ou não, empregados, desempregados, aposentados, trabalhadores em empresas públicas ou privadas. Serve de referência para sindicatos, rede pública de saúde, empresas, profissionais de saúde e para o Ministério do Trabalho.

O AST vem, adicionalmente, preencher uma lacuna na legislação federal vigente que prevê a obrigatoriedade de manter em seus quadros um Serviço Especializado de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT), com a presença de um médico do trabalho, somente às empresas com mais de 100 trabalhadores⁷.

⁶ O Hospital Universitário é considerado de porte médio; possui 260 leitos e é inteiramente público.

⁷ Caso a empresa pertença ao grau de risco máximo em sua atividade principal, como por exemplo, construção civil, extração de minérios, metalúrgicas, fabricação de madeiras. Portaria nº3.214/78 - Norma Regulamentadora nº4 - Ministério do Trabalho.

Os registros da Previdência Social não exprimem o universo dos acidentes de trabalho ocorridos pois, efetivamente, a população economicamente ativa (PEA) brasileira está estimada em cerca de 65 milhões de pessoas, e não mais do que uns 22 milhões são *segurados* da previdência social e portanto, cobertos pelo seguro contra acidentes de trabalho (INSS, 1998). Trabalhadores submetidos aos estatutos do funcionalismo público a nível federal, estadual ou municipal, trabalhadores que não contribuem para a previdência social, como os que trabalham na economia informal, e todos os que não possuem *carteira assinada* são excluídos das estatísticas oficiais. Além disso, é de conhecimento público a subnotificação de acidentes de trabalho em nosso país. As estatísticas não expressam a realidade e por isso mesmo, não são confiáveis (Mendes, 1995; Wunsch Filho, 1995; Valente e Settimi, 1998). Esse conjunto de categorias não forma um conjunto de indivíduos que compartilham a mesma experiência em relação aos riscos e agravos à saúde. É heterogêneo, e por isso mesmo de difícil abrangência.

O SUS porém, presta assistência a uma grande parcela dessa população. A notificação do acidente/doença profissional de trabalhadores atendidos na rede básica de saúde poderá vir a ser realidade e contribuir, sobremaneira, para que as estatísticas geradas pelo Ambulatório de Saúde do Trabalhador permitam planejar, mais especificamente, as ações neste campo, em Florianópolis. O banco de dados do AST, por exemplo, poderá ser umas das fontes de informações que deverão nortear as ações de vigilância em saúde do trabalhador no município, com a detecção de novos casos e a prevenção de novos agravos. O atendimento está de acordo com as premissas do SUS⁸ e intenta ser uma questão de respeito aos direitos

⁸ Universalidade e equidade do acesso aos serviços de saúde e a integralidade da assistência; regionalização e a hierarquização da rede de serviços de saúde; descentralização, com direção única em cada esfera de governo, com ênfase na municipalização; a igualdade de assistência à saúde; o direito à informação; a participação da comunidade; capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência, entre outros.

dos cidadãos. Resguardando-se o território de abrangência do AST que foi idealizado, inicialmente, para atender somente municípios, tornou-se referência, e expandiu seu alcance para a região da Grande Florianópolis e interior do estado. O convênio com a Universidade Federal de Santa Catarina e a atuação nas dependências do Hospital Universitário, que atende a toda população do estado, além de apenas dois outros municípios de Santa Catarina possuírem serviço municipal com atenção em saúde do trabalhador, permitiu que o trabalho do AST atendesse trabalhadores de outras regiões de Santa Catarina. Através do olhar dos trabalhadores sobre seu próprio trabalho, o “Ambulatório” já subiu a serra, esteve no oeste e nas lavouras do sul, subiu andaimas, entrou nas metalúrgicas e na agroindústria. Evidente é, que os trabalhadores vindos de longe, são os que normalmente, na clínica diária, definimos como *complexos*. São trabalhadores demitidos na vigência de doença profissional ou demitidos ainda em vigência de licença médica devido a doenças. Eles vêm para investigação porque em seus locais de origem, provavelmente, não conseguiriam saber que, por exemplo, a causa de seus pelos e cabelos estarem caindo, de sua persistente dor de cabeça ou cefaléia é o efeito tóxico dos produtos químicos presentes nos biocidas, que usaram na lavoura durante muitos anos.

A preocupação com a saúde e segurança dos trabalhadores constitui-se num dos temas de mais elevado poder aglutinador.

Os conflitos da relação saúde-trabalho detectados a partir da vivência da atuação no Ambulatório de Saúde do Trabalhador, são permeados por interesses de diversos atores:

Trabalhadores em geral e vítimas de acidentes ou doenças do trabalho, que não possuem conhecimento suficiente acerca de saúde e segurança no exercício do trabalho; trabalhadores da saúde – técnicos – que labutam para que esse conhecimento e a necessária assistência chegue a outros trabalhadores;

Empregadores que têm questões econômicas de exigência de qualidade total. Muitas vezes não providenciam treinamento e conhecimentos sobre segurança e condições de trabalho suficientes aos trabalhadores, além de não informarem, oficialmente, a real situação sobre acidentes ou doenças;

Governos, pois a saúde e segurança no trabalho tem interfaces com o sistema produtivo e geração de riqueza nacional, mas carece de políticas de saúde e ambiente, além de fiscais e técnicos, para aplicabilidade das leis;

Sociedade: que enfrenta as perdas econômicas e humanas em virtude da perda ou redução da capacidade para o trabalho.

Para Valente e Settimi (1998), cabe ao poder público o papel fundamental de mediar negociações com o objetivo de proteger a saúde e segurança dos trabalhadores, buscando a colaboração da sociedade, e do empresariado e sindicatos em particular. Significa auxiliar no rompimento da lógica do lucro acima de tudo, do oportunismo e do corporativismo, em prol da luta pela preservação da integridade dos direitos do trabalhador brasileiro, especialmente no campo da saúde.

Assim, entendendo que ação e reflexão são componentes inseparáveis e amparado por outras experiências espalhadas pelo Brasil, o trabalho no AST tem a pretensão de ser um foro de resgate da dignidade perdida pelo desemprego, pelo sub-emprego e pelas condições insalubres e/ou perigosas em que o trabalho é realizado; quer também, clarear os caminhos que deverão ser trilhados, na árdua tarefa de trazer de volta a saúde perdida em função do trabalho exercido em condições inadequadas e, principalmente, ser a referência que deve legalmente trazer à tona e restabelecer os parques direitos, conquistados a duras penas, e que são perdidos na burocracia das instituições governamentais e empresariais.

A caracterização donexo causal entre o agravo à saúde e a atividade profissional desenvolvida, o registro adequado do acidente ou doença do trabalho que confere proteção legal aos trabalhadores, além do tratamento e encaminhamento apropriados que cada caso requer, são a mola propulsora desses intentos.

Este estudo está voltado para *tendências* – insegurança no emprego; desemprego; mercado informal; *ideologias* – legislações que induzem à subnotificação de doenças do trabalho; perdas para o trabalhador; demissões quando o trabalhador já não é tão produtivo; e outras *determinações*, características do fenômeno que se propõe a analisar – a demanda do Ambulatório de Saúde do Trabalhador (Minayo, 1996). Trata-se, pois, de um estudo de caso, onde o processo de atendimento ambulatorial corresponde a um evento que é observado mais profundamente em seu real contexto.

Baseia-se em categorias fundamentais, como saúde-trabalho-doença, entre outros, sob o prisma de diversos autores. Esta contribuição deseja ser uma inserção com uma atuação ampla, e desprovida ao máximo de preconceitos e principalmente de apegos, próprios aos conceitos e valores que povoam o mundo em que a autora transita: da medicina do trabalho e das legislações concernentes ao mundo do trabalho. Nestes campos, o trabalhador é comumente visto como um *paciente* que apresenta uma doença que vai ou não necessitar de um *benefício legal*. Até onde vai a limitação de tempo e a capacidade da autora de dialogar com seus referenciais, parece não haver bibliografia ou teoria que dê conta dessa totalidade e contemple todas as expectativas.

CAPÍTULO 1

A MEDICINA E OS TEMPOS

O sistema de saúde, ou seja, o processo intermediário entre a vida e a morte, onde indivíduos de uma mesma sociedade, limitada a um ambiente, tentaram encontrar conceitos, atribuições, fatores e agir, segundo sua cultura e meios disponíveis, é tão antigo quanto as descobertas das primeiras organizações humanas (Bueno e Osso, 1992:6).

Em culturas sem escrita no mundo inteiro, a origem da doença e o processo de cura associam-se a forças pertencentes ao mundo dos espíritos, e grande variedade de rituais e práticas curativas foram desenvolvidos para lidar com a doença. Entre eles, o fenômeno do xamanismo oferece um certo número de paralelos com algumas das psicoterapias modernas.

O xamã é um homem ou uma mulher capaz de ingressar, à vontade, num estado incomum de consciência a fim de estabelecer contato com o mundo dos espíritos, no interesse e em benefício dos membros de sua comunidade. Nas sociedades sem escrita, com pequena diferenciação de papéis e instituições, o xamã é usualmente o líder religioso e político, além de médico; é, portanto, uma figura muito poderosa e carismática. À medida que as sociedades evoluem, a religião e a política tornam-se instituições separadas, mas a religião e a medicina mantêm-se geralmente ligadas (Capra, 1982: 300).

A característica predominante da concepção xamanística de doença é a crença de que os seres humanos são partes integrantes de um sistema ordenado, em que toda doença é consequência de alguma desarmonia em relação à ordem cósmica. Com grande frequência, a doença também é interpretada como castigo por algum comportamento imoral.

As idéias xamanísticas acerca das causas das enfermidades estão intimamente ligadas ao ambiente social e cultural do paciente. Enquanto o foco da medicina científica ocidental incide sobre os mecanismos biológicos e os processos fisiológicos que produzem a evidência da enfermidade, a principal preocupação do xamanismo está relacionada com o contexto socio-cultural em que a enfermidade ocorre; tem na concepção e causas das doenças uma consequência de desarmonia e desequilíbrio por influências ambientais, nos padrões psicológicos e nas relações sociais. Um médico ocidental indagado sobre a etiologia de uma doença discorrerá acerca de bactérias ou perturbações fisiológicas; um xamã mencionará, muito provavelmente, a competição, o ciúme e a cobiça, bruxas e feiticeiros, a ação maldosa de um membro da família do paciente ou alguma outra situação em que o paciente ou seus parentes desrespeitaram a ordem moral (Capra, 1982: 301).

Nas tradições xamanísticas, homens e mulheres são considerados o resultado do fato de serem parte de um grupo social.

Na cultura ocidental, a concepção do organismo vivo como máquina separa a mente e o corpo; a doença é vista como um mau funcionamento de mecanismos biológicos, e a saúde é entendida como a ausência da doença.

Em nossa sociedade, a concepção sistêmica da vida reconhece que o meio ambiente criado por nosso sistema social e econômico, baseado numa visão de mundo fragmentada e reducionista, tornou-se uma séria ameaça à nossa saúde. Para ter sentido, essa abordagem deve ser acompanhada de profundas mudanças em nossa tecnologia e em nossas estruturas sociais e econômicas.

O conceito de saúde, como equilíbrio dinâmico, é compatível com essa abordagem e com muitos modelos tradicionais de saúde e cura, entre eles, a tradição hipocrática⁹. Para desenvolvermos esse conceito de saúde, não precisamos abrir novos caminhos, mas podemos aprender com os modelos médicos existentes em outras culturas. As comparações entre os sistemas médicos, porém, devem ser feitas com todo cuidado. Qualquer sistema de assistência à saúde, inclusive a medicina ocidental moderna, é um produto de sua história e existe dentro de um certo contexto histórico, ambiental e cultural (Capra, 1982: 299).

A medicina hipocrática emergiu de uma antiga tradição grega de cura e tem como principais temas a saúde como um estado de equilíbrio, a importância de influências ambientais, a interdependência da mente e do corpo e o poder curativo inerente à natureza. O processo de cura estava associado a deidades. Primitivas deusas curativas eram *Hygieia* – a deusa da saúde e *Panakeia* – deusa da prevenção e terapia.

No âmago da medicina hipocrática está a convicção de que as doenças não são causadas por demônios ou forças sobrenaturais, mas são fenômenos naturais que podem ser cientificamente estudados e influenciados por procedimentos terapêuticos e pela judiciosa conduta de vida de cada indivíduo. Assim, a medicina deveria ser exercida como uma disciplina científica, baseada nas ciências naturais, abrangendo tanto a prevenção de doenças como seu diagnóstico e terapia. Essa atitude formou a base da medicina científica até hoje, da qual a autora é egressa, embora os sucessores de Hipócrates, em sua maioria, não tenham atingido a amplitude de visão e a profundidade filosófica manifestas nos escritos hipocráticos.

⁹ Hipócrates nasceu por volta de 400 a.C..

A saúde, de acordo com os escritos hipocráticos, requer um estado de equilíbrio entre influências ambientais, modos de vida e os vários componentes da natureza humana. Esses componentes são descritos em termos de *humores e paixões*, que têm de estar em equilíbrio. A doutrina hipocrática dos humores pode ser reenunciada em termos de equilíbrio químico e hormonal, referindo-se a importância das paixões à interdependência da mente e do corpo, fortemente enfatizada nos textos. Hipócrates era não só um observador perspicaz dos sintomas físicos, mas também deixou excelentes descrições de muitas perturbações mentais que ainda ocorrem em nosso tempo.

Hipócrates e os gregos tinham a palavra *crisis*, que significa o momento em que os sintomas estão claros para se fazer o diagnóstico, mas, antes que os sintomas estejam claros, há um momento de inexistência. Por exemplo, uma pessoa está com febre mas não se sabe o que tem. Após algum tempo, pode-se saber, se o que tem é rubéola, amigdalite ou só uma gripe. Um bom médico saberá analisar os pequenos sinais que lhe permitirão emitir um diagnóstico precoce que será bastante útil para o enfermo. Esquecer a arte da medicina, esquecer a intuição, é um erro (Capra, 1982).

Considerada sob o aspecto científico, a medicina está firmemente empenhada em diminuir as incertezas dos que a praticam, aumentando assim sua racionalidade. A regulamentação da profissão médica objetiva proteger a saúde da comunidade e garantir a boa prática profissional. Uma boa prática médica deve incluir elementos de resolutividade, eficiência (em termos biológicos, econômicos e psicossociais), segurança e respeito ao ser humano. Em síntese, deve incorporar elementos de sabedoria e compaixão, de intenção consciente e moralmente justificada para cada ato, de decisões tomadas com correção e coração (Dantas, 1999: 8-9).

Uma formação não é apenas o diploma; na medicina deve-se combinar o conhecimento das partes com o holístico – que consiste em ver a totalidade, ou seja, o corpo, o espírito, o ambiente cultural, a família... A chamada medicina alternativa, no fundo, desenvolve-se em função da falta de uma medicina, digamos, normal, compatível com os critérios descritos acima (Morin, 1999).

É preciso lembrar que a Medicina tem de história, quase o tempo que o *Homo sapiens* se sabe existir no planeta. A ciência que hoje pratica-se com tanto orgulho e êxito, tem 300 anos. O enorme prestígio desfrutado pela Medicina ao longo de toda a sua história, nunca precisou da influência da ciência para se impor (Rigatto, 1999). Rigatto afirma que seria pouco razoável supor que todos os personagens que vestiram a roupagem de médico, desde o pagé ao sacerdote, ao feiticeiro, tenham meramente desempenhado um papel de ficção. Apesar de contarem com recursos praticamente nulos, do ponto de vista técnico, todos os que exerceram a profissão médica foram de alguma forma, úteis à sociedade de seu tempo. A explicação que se tem, e que cresce no embasamento científico atual, é a de que o gesto médico, quando praticado da maneira mais autorizada para a época em que é esboçado, mobiliza no doente, reservas por ele mesmo insuspeitadas e que o tornam mais forte e mais capaz de, eventualmente, superar o mal que o aflige. A cada dia, tem-se menos dúvidas de que a maior dádiva à disposição do homem contra os males que sobre ele se abatem, são as forças que estão no seu interior e que precisam vir à tona.

A limitação da relação médico-paciente, grande parte das vezes, precede a limitação da ciência – ao **não ouvir o outro**, não há possibilidade de diagnóstico adequado, quanto mais de cura.

A crescente negativa de os médicos, atualmente, discutirem com seus pacientes, problemas que extrapolam os territórios dominados pela ciência, e delimitados pelas especialidades, tem sido uma das maiores causas do crescimento das chamadas, medicinas alternativas. Os limites da ciência podem esgotar-se para o médico. Mas, se a vida ainda não se esgotou para o paciente, ele certamente procurará outros recursos. O certo é que para as pessoas doentes, não faz muita diferença se o seu problema está no território científico ou não-científico da Medicina. O importante é que o médico esteja disposto a encarar, a analisar, a tomar a melhor atitude possível para minorar seu problema, independentemente de um selo de garantia de domínio científico da matéria (Rigatto, 1999).

O Conselho Federal de Medicina (Resolução CFM nº1.499/98 – Anexo C) proíbe as práticas terapêuticas não reconhecidas pela comunidade científica – as práticas alternativas de saúde – cromoterapia, aromaterapia, florais, fitoterapia, etc. Porém, jejuns, cantorias, uso de plantas para alterar a consciência e curar doenças, são tão antigos como terapia, quanto a própria história (Donadrian, 1999). E Manu (1999) pergunta: o que é alternativo? O que é feito há 10 mil anos ou o que é feito há 200 anos? Fitoterapia ou alopatia?

Quanto ao processo de cura, Hipócrates reconheceu as forças curativas inerentes aos organismos vivos, forças a que chamou *o poder curativo da natureza*. O papel do médico consistia em ajudar essas forças naturais mediante a criação de condições mais favoráveis para o processo de cura. Esse é o significado original da palavra *terapia*, que deriva do grego *therapeuin* (dar assistência, cuidar de). Além de definir o papel do terapeuta como o de um assistente para o processo de cura natural, os escritos hipocráticos também contêm um rigoroso código de ética médica, conhecido como o Juramento Hipocrático, que permaneceu até os dias de hoje como o ideal da profissão médica.

A tradição hipocrática com sua ênfase na inter-relação fundamental de corpo, mente e meio ambiente, representa um ponto alto da filosofia médica ocidental que exerce tanta atração em nosso tempo quanto há 2500 anos (Capra, 1982: 305).

A saúde é realmente um fenômeno multidimensional, que envolve aspectos físicos, psicológicos e sociais, todos interdependentes. A representação comum de saúde e doença, como extremos opostos, de algo contínuo e unidimensional, é muito enganadora. A doença física pode ser contrabalançada por uma atitude mental positiva e por um apoio social, de modo que o estado global seja de bem-estar. Por outro lado, problemas emocionais ou o isolamento social podem fazer uma pessoa sentir-se doente, apesar de seu bom estado físico (Capra, 1982: 315).

Afirmar que um distúrbio tem causas puramente psicológicas seria tão reducionista quanto acreditar que existam doenças puramente orgânicas, sem quaisquer componentes psicológicos. Pesquisadores e clínicos estão hoje cada vez mais conscientes de que virtualmente todos os distúrbios são psicossomáticos, no sentido de que envolvem uma interação contínua de corpo e mente em sua origem, desenvolvimento e cura (Capra, 1982: 32).

A forma como os médicos, de maneira geral, têm tratado as doenças e especificamente as doenças que apresentam os trabalhadores, remontam ao século passado e à medicina do trabalho.

1.1. - A FORMAÇÃO DO MÉDICO

A concepção de causação social, isto é, das relações entre as condições de vida e trabalho das populações e o aparecimento das doenças, dá-se no final do século XVIII (Barata, 1994). O ambiente, origem de

todas as causas de doenças, deixa, momentaneamente, de ser natural para revestir-se do social. É nas condições de vida e trabalho do homem que as causas das doenças deverão ser buscadas.

No entanto, a medicina, enquanto uma prática técnica que se pretende científica, toma o corpo, através de sua formalização ao nível da ciência biológica, como uma estrutura anátomo-fisiológica, fragmentado e parcelado (Ramos *et al*, 1990). Porém, o corpo humano não é uma máquina a ser analisada em termos de suas partes. O organismo vivo renova-se e substitui suas células continuamente:

“assim, o pâncreas substitui a maioria de suas células de 24 em 24 horas; o revestimento do estômago é substituído de três em três dias; nossos leucócitos são renovados em 10 dias e 98 por cento da proteína do cérebro é refeita em menos de um mês. Todos esses processos são regulados de modo a que o padrão geral do organismo seja preservado, e essa notável capacidade de automanutenção persiste em uma grande variedade de circunstâncias, incluindo a mudança de condições ambientais e muitas espécies de interferência. Uma máquina enguiçará se suas peças não funcionarem da maneira rigorosamente predeterminada, mas um organismo manterá seu funcionamento num ambiente variável, mantendo-se em condição operacional e regenerando-se através da cura e da regeneração. O poder de regeneração das estruturas orgânicas diminui com a crescente complexidade do organismo. Planárias, pólipos e estrelas-do-mar podem regenerar seu corpo quase inteiramente, a partir de um pequeno fragmento; lagartos, salamandras, caranguejos, lagostas e muitos insetos são capazes de renovar um órgão ou membro perdido; e animais superiores, incluindo os humanos, podem renovar tecidos e assim curar ferimentos.

Ainda que sejam capazes de se manter e se regenerar, os organismos complexos não podem funcionar indefinidamente. Eles se deterioram gradualmente no processo de envelhecimento e, finalmente, sucumbem por exaustão, mesmo quando relativamente pouco afetados. Para sobreviver, essas espécies desenvolveram como que uma “superoficina”. Em vez de substituírem as partes danificadas ou gastas, substituem o organismo todo. Esse, evidentemente, é o fenômeno da reprodução, característico de toda vida.”(Capra, 1982:265).

O processo de formação do médico está calcado fundamentalmente, no modelo clínico – centrado na consulta médica – caracterizado pelo predomínio de uma concepção biologicista e fragmentária da doença, em sua dimensão individual, com ênfase nas ações curativas (Gonçalves, 1986).

A formação do médico brasileiro muito se baseia na literatura de origem americana e ocidental, organicista, sem a preocupação de contextualizar a situação social e de saúde da população, sem qualquer discussão sobre o papel social da medicina e da atuação médica (Ramos *et al*, 1990). Esta especificidade do ato técnico traz consequências ao nível do *diagnóstico* e conduta sobre as queixas e problemas apresentados pelos usuários de serviços de saúde. Permite-se assim, que espancamentos virem hematomas, que dramas e conflitos, advindos de um cotidiano violento e violentador, sejam entendidos e *tratados* como patologias ou doenças mentais, ou seja, que problemas familiares e sociais se transformem em problemas estritamente biológicos e atinentes aos atos médicos, de forma também exclusiva (Kalichman e Souza, 1994).

Já em 1700, Ramazzini alertava para as atitudes descontextualizadas na medicina:

“Eu, quanto pude, fiz o que estava ao meu alcance, e não me considerei diminuído visitando, de quando em quando, sujas oficinas (já que, em nossa época, a medicina tende para o mecanicismo, de certo modo, e as escolas nada mais tratam senão de automatismo) afim de observar segredos da arte mecânica. Das oficinas dos artífices, portanto, que são antes escolas de onde saí mais instruído, tudo fiz para descobrir o que melhor poderia satisfazer o paladar dos curiosos, mas, sobretudo, o que é mais importante, saber aquilo que se pode sugerir de prescrições médicas preventivas ou curativas, contra as doenças dos operários.” Ramazzini (1992: 17).

A condição primordial, para que um ser possa exercer um ato comprometido, é a sua capacidade de atuar e refletir.

O saber sobre o organismo, o reconhecimento de patologias, a capacidade de intervir no corpo do homem e de restabelecer a saúde ou de restaurar a vida, confere ao médico, numa sociedade de classes e competitiva como a nossa, um poder extremamente vasto.

É preciso ver tanto a unidade humana – que é fundamental, não só do ponto de vista genético, anatômico, cerebral, mental e afetivo – quanto as diversidades, sabendo respeitá-las (Morin, 1999). Para Capra (1982), a doença física é apenas uma das muitas manifestações de um desequilíbrio básico do organismo. A influência do paradigma cartesiano sobre o pensamento médico, levou os médicos a se concentrarem na máquina corporal e a negligenciarem os aspectos psicológicos, sociais e ambientais da doença. Essa constatação é corroborada por Morin (1999) exemplificando: “...um órgão humano como o fígado. Seu contexto não se limita somente ao organismo em si, mas também à alimentação da pessoa, e esta depende da cultura, além de ser influenciada por distúrbios psicológicos que podem estar ligados ao contexto social. É muito difícil, portanto, separar um órgão do organismo, um organismo do espírito e o todo do contexto familiar ou cultural”.

Em medicina, enxergar o organismo humano como um sistema vivo, cujos componentes estão todos interligados e interdependentes, em interação contínua com seu meio ambiente físico e social, sendo constantemente afetado por ele, mas podendo também agir sobre ele e modificá-lo, significa chegar a um conhecimento mais profundo do que é ser médico.

Aqui está posta a importância dos paradigmas que orientam as práticas em saúde, destacando a necessidade de uma re-orientação da formação dos profissionais, especialmente os que atuam na área de Saúde do Trabalhador.

1.2. - A SAÚDE/DOENÇA COMO PROCESSO SOCIAL

O binômio saúde-doença deve ser abordado não apenas como se comporta em cada indivíduo – olhar clínico – mas como ele se distribui entre os trabalhadores, como coletividade, categoria ou classe social – olhar epidemiológico¹⁰ (Mendes e Dias, 1994).

Uma das formas, amparada no conceito clínico, reconhece a doença enquanto alteração morfo-funcional do corpo. Biologicamente tratado, este corpo perde outras características que possui, tais como suas especificações sociais ou culturais. Esta conceituação de doença localiza a condição vital de que trata, no âmbito do corpo individual. Outra forma, a abordagem epidemiológica da doença, a reconhece como um evento coletivo, característico da vida em sociedade e de seus diferentes grupamentos, num dado momento histórico. A doença pode se manifestar individualmente, mas a epidemiologia se apropria das questões referentes às causas que a determinam (Mendes e Dias, 1994).

Numa estrutura social de classes, as necessidades das classes dominantes, se expressam como se fossem as necessidades da sociedade em seu conjunto e condicionam o conceito de saúde e doença (Laurell, 1982). Para Foucault (1982), é o poder, o qual é essencialmente repressivo, que reprime a natureza, os indivíduos, os instintos, uma classe. Ressalta, pois, a dimensão política da questão.

¹⁰ A epidemiologia permite fazer o diagnóstico da situação de saúde de uma população. Estuda a distribuição da doença na população e a identificação dos fatores que influenciam esta distribuição. São informações expressas em índices, coeficientes, taxas. Busca responder a perguntas como: quem são os acometidos? Onde eles estão? Quando ocorre o problema?

Como em qualquer outro campo da ciência, a produção de conhecimentos, na medicina, está orientada ideologicamente, isto, é, sofre influência dos interesses dos vários grupos e classes que compõem a sociedade.

Tais influências manifestam-se no fato de que determinados temas de pesquisa recebem mais verbas para sua execução do que outros, considerados menos importantes, bem como modelos metodológicos que orientam a pesquisa, propriamente dita, e condicionam, de antemão, as conclusões. Na medicina, por exemplo, a visão do indivíduo, como entidade puramente biológica, deixa de lado todo um universo de fenômenos socio-culturais que interferem na origem e desenvolvimento de um sem número de doenças, limitando desta forma a compreensão científica dos fenômenos estudados (Oliveira, 1981).

Pode-se, como exemplo, citar uma doença que atinge aproximadamente 10 milhões de brasileiros. A doença de Chagas¹¹ é uma parasitose exclusiva do continente americano. A *causa* do mal é um protozoário, o *Trypanosoma cruzi*, transmitido às pessoas por um inseto, o *barbeiro*. Exclui-se, nesta explicação, qualquer referência ao ambiente social dos indivíduos, isto é, ao complexo de relações sociais que não permite ao indivíduo defender-se da doença. É como se não existisse qualquer relação entre a doença e a sociedade. A concepção de que a causa da doença de Chagas é o *T. cruzi* levou a que durante anos se atuasse no sentido de exterminar o inseto transmissor, *detetizando* as

¹¹ Doença parasitária que pode ter manifestações cardíacas, digestivas. O modo de transmissão primária é a vetorial, que se dá através das fezes dos triatomídeos ("barbeiros"). A transmissão transfusional ganhou grande importância em virtude da migração de indivíduos infectados para áreas urbanas com ineficiente sistema de controle das transfusões de sangue.

habitações de pau-a-pique onde vivem as pessoas suscetíveis ao mal. Evidentemente a doença não foi extinta, além de, possivelmente, ter se comprometido um pouco mais a saúde daquelas pessoas através do uso intensivo de DDT no seu ambiente. A relação entre saúde e sociedade, na concepção da doença, não foi levada em conta (Oliveira, 1981).

Não obstante as evidências mostrarem as limitações da concepção biológica da doença e da prática que a sustenta, é inegável que esta impulsionou a geração do conhecimento médico durante muito tempo (Laurell, 1982). A medicina do trabalho seria uma expressão desta orientação.

Parece claro, especialmente no cenário latino-americano, que a medicina clínica não oferece solução satisfatória para a melhoria das condições de saúde da coletividade. O discurso médico é um discurso ideológico, legitimador da estrutura social na sua totalidade. A explicação científica que a medicina nos oferece sobre uma doença consiste em situá-la no plano estritamente biológico dos indivíduos, fato que retira da doença o caráter social, isto é, o modo como se relaciona com o restante dos grupos no processo de trabalho da sociedade. O fato de que o conceito de doença tenha um componente claramente ideológico não quer dizer que seja falso, senão que é parcial, isto é, que não deixa ver além de uma parte da problemática. O vínculo entre o processo social e o processo biológico do binômio saúde-doença se expressa por exemplo, no modo concreto de trabalhar, cujo caráter social é evidente e ao mesmo tempo biológico, pois implica em determinadas atividades neuro-musculares, metabólicas, etc. (Laurell, 1982).

A natureza social da doença não se verifica no caso clínico, mas no modo característico de adoecer e morrer nos grupos humanos. Ainda que, provavelmente, a *história natural* da tuberculose, por exemplo, seja diferente, hoje, do que era há cem anos, não é nos estudos dos tuberculosos que vamos apreender melhor o caráter social da doença,

mas nos perfis epidemiológicos¹² que os grupos sociais apresentam. O caráter social do processo saúde-doença manifesta-se, empiricamente mais claro, a nível da coletividade que do indivíduo (Laurell, 1982).

O entendimento de que os homens adoecem e morrem de determinadas maneiras, ainda mais porque participam de relações sociais, inclusive as do mundo do trabalho, coloca o imperativo de mudança da concepção hegemônica, pelos profissionais da área. Assim, a medicina clínica e a epidemiologia abordam, conscientemente, o problema de modo distinto, já que a primeira tem por finalidade o aprofundamento da investigação na doença individual e a segunda pretende avançar na compreensão dos processos coletivos (Laurell e Noriega, 1989).

Na segunda metade dos anos 60, o modelo da medicina clínica começa a evidenciar sua ineficiência num cenário mundial de vários e poderosos movimentos sociais que começam a questionar o sentido da vida, o valor da liberdade, o significado do trabalho, a autoridade. Novos valores abalam a questão mística e sagrada do trabalho.

¹² O perfil epidemiológico é constituído considerando o tipo de patologia e a frequência que determinado grupo apresenta em um dado momento.

CAPÍTULO 2

DA MEDICINA DO TRABALHO À SAÚDE DO TRABALHADOR

2. 1 - A MEDICINA DO TRABALHO

A Medicina do Trabalho, como uma especialidade médica, surge na primeira metade do século XIX, com a Revolução Industrial na Inglaterra. A força de trabalho, naquela época, estava submetida a condições de vida e trabalho tão desumanos que, se não houvesse uma intervenção, o processo tornaria inviável sua própria sobrevivência e reprodução (Oliveira, 1998: 55). O impacto do trabalho sobre a saúde dos trabalhadores era insustentável.

O serviço de Medicina do Trabalho constituiu-se então, durante muito tempo, num instrumento de manutenção da submissão dos trabalhadores, controlando diretamente o exercício do trabalho. Partia-se do princípio de que o trabalhador estava exposto a riscos específicos devendo ser protegido pelos médicos do trabalho, orientados pela teoria da unicausalidade, ou seja, para cada doença, um agente etiológico.

Durante muito tempo, para responder às expectativas do capital e dos empregadores, o serviço de medicina do trabalho, deveria basicamente, ser um serviço dirigido por pessoas de inteira confiança do empresário e que se dispusessem a defendê-lo; estar centrado na figura do médico; ter, como atribuição do médico do trabalho, a seleção de candidatos ao emprego que trarão menos problemas futuros – doenças, absenteísmo - e atenção à adaptação física e mental dos trabalhadores, distribuindo-os em tarefas correspondentes às aptidões destes;

prevenir, como uma função eminentemente médica, os danos à saúde, resultantes dos riscos do trabalho; arcar com a responsabilidade da ocorrência dos problemas de saúde; manter o bem-estar físico e mental dos trabalhadores, promovendo um rápido retorno da força de trabalho à produção em casos de doenças, muitas vezes sem o seu completo restabelecimento.

Para Carmo *et al* (1995:441), ainda hoje, a prática de seleção dos mais aptos não difere, em essência, das determinações que fixavam, no período fascista italiano, as atribuições do médico da fábrica: ele deveria examinar os trabalhadores antes de serem admitidos para constatar se tinham os requisitos especiais de resistência à ação dos agentes nocivos aos quais deviam expor-se. Não é à-toa que Oliveira e Teixeira, *apud* Mendes e Dias (1991: 342), citam a seguinte declaração atribuída a Henry Ford: “o corpo médico é a seção de minha fábrica que me dá mais lucro”. O ato médico em sentido amplo responde às necessidades de lucro do capital investido no setor.

O rápido avanço no conhecimento do código genético humano revela *loci* responsáveis pela suscetibilidade individual a doenças que podem ser desencadeadas ou agravadas por conta de exposições ocupacionais ou ambientais. Intensos esforços de pesquisa, em biologia molecular, direcionam-se para identificar os marcadores biológicos de diferentes doenças, a exemplo da asma e de diferentes tipos de cânceres. Isso significa para o futuro a possibilidade de maior controle da força de trabalho mediante a definição de critérios biológicos de seleção. Com base nesse fato – a capacidade de selecionar indivíduos de acordo com a sua suscetibilidade genética para determinados tipos de atividades, com riscos específicos de exposição nos ambientes de trabalho – novas questões éticas surgirão nas relações de trabalho (Wunsch Filho, 1995: 290).

A influência do pensamento positivista na Medicina reflete-se na atribuição de promover a *adaptação* do trabalhador ao trabalho, bem como na *manutenção de sua saúde*. O mecanicismo que sustenta o desenvolvimento da *administração científica do trabalho*, onde os princípios de Taylor, ampliados por Ford, só existem para justificar a produtividade, encontram, na Medicina do Trabalho, uma aliada. A improvisação deve ceder lugar ao planejamento, o empirismo à ciência, e a divisão do trabalho deve ser bem definida (Fialho e Santos, 1995). As exigências de tempo e ritmo de trabalho, nesse método de racionalização, geram esgotamento físico, e a falta de domínio do saber fazer neutraliza a atividade mental dos operários (Dejours, 1992). Cognitivamente, nada é exigido do trabalhador. Ele é um corpo à serviço.

Segundo Guedes (1998), remonta ao início do século as primeiras ações relacionadas à saúde dos trabalhadores no país, quando categorias profissionais mais organizadas alcançaram algumas conquistas, através das chamadas mútuas sindicais. Tais benefícios restringiam-se à esfera previdenciária e eram concedidos após a ocorrência de algum dano físico ao trabalhador. Essas negociações ocorreram diretamente entre empregados e empregadores, sem a tutela do Estado.

O discurso médico-higiênico acompanhou o início do processo de transformação política e econômica deste século e entendia que, a desorganização social e o mau funcionamento da sociedade eram as causas das doenças. Cabia à medicina refletir e atuar sobre seus componentes naturais, a organização de espaços urbanos e institucionais, visando neutralizar todo perigo possível. O poder é exercido ao nível do cotidiano – nas fábricas, nos consultórios, nos hospitais (Foucault, 1982). As investigações dos higienistas *demonstraram*, por exemplo, que o pauperismo urbano era, antes de mais nada, resultado da resistência da população pobre às normas elementares de asseio, moral e bons costumes (Costa, 1987).

Subsequentemente, o país experimentou um processo acelerado de industrialização com a implantação de vários setores produtivos. Nesse sentido, destacam-se os períodos Getúlio Vargas, Juscelino Kubitchek e o regime militar, quando as atividades petrolíferas, a indústria siderúrgica, o setor metalúrgico, com especial destaque para as montadoras automobilísticas e, mais recentemente, as produções petroquímicas e químicas, consolidaram um parque industrial expressivo. Esse processo, desordenado e carente de planejamento, trouxe enormes impactos ao meio ambiente e à saúde dos trabalhadores envolvidos.

2. 2 - A SAÚDE OCUPACIONAL

É nesse cenário que surge a Saúde Ocupacional, avançando numa proposta multidisciplinar, com base na Higiene Industrial, relacionando ambiente de trabalho/corpo do trabalhador. Incorpora a teoria da multicausalidade, na qual um conjunto de fatores de risco é considerado na produção da doença, avaliada através da clínica médica e de indicadores ambientais e biológicos de exposição e efeito. Enfatiza a utilização de equipamentos de proteção individual, em detrimento dos que poderiam significar a proteção coletiva. Nessa perspectiva, são imputados aos trabalhadores os ônus por acidentes e doenças, concebidos como decorrentes da ignorância e da negligência (Mendes e Dias, 1991).

As questões de saúde e trabalho que vinham sendo estudadas nas escolas de Saúde Pública, influem na estratégia de intervenção do controle dos riscos ambientais nos locais de trabalho. O paradigma dominante da doença a conceitua como um fenômeno biológico individual (Laurell, 1982).

Seguia-se a vertente da teoria bacteriológica, e as *suscetibilidades individuais* explicavam as doenças e acidentes do trabalho. As atividades, que desejava-se multidisciplinares, porém, são desenvolvidas de modo desarticulado e dificultadas pelos embates corporativos; os micro poderes se exercem mesmo ao nível do cotidiano (Foucault, 1982). O trabalhador continua a ser visto como o *objeto* das ações de saúde, apesar do modelo enfocar a questão do coletivo; a capacitação de recursos humanos, bem como a produção de conhecimento e a tecnologia não conseguem acompanhar o ritmo das mudanças dos processos de trabalho. A saúde ocupacional mantém, dessa forma, o referencial da Medicina do Trabalho, calcado no mecanicismo; considera o trabalho como um problema ambiental que expõe os trabalhadores, individualmente, a agentes físicos, químicos, biológicos, fatores ergonômicos e outros, que os faz sofrer acidentes e ficar doentes.

Esse entendimento do trabalho reproduz a dicotomia indivíduo-ambiente, que obscurece a compreensão das relações sociais que determinam tanto o trabalhador, individualmente, como o próprio ambiente. Este conceito reproduz a forma tradicional da medicina encarar a doença, isto é, como um fenômeno biológico individual.

Os acidentes do trabalho e doenças profissionais são, assim, vistos como infortúnios do trabalho: uma fatalidade. As concepções sociais na determinação das doenças não são consideradas¹³. A questão da causalidade das doenças é bem simples: para cada doença um agente etiológico que deve ser identificado e combatido.

¹³ Para Asa C. Laurell (1982), “por processo saúde-doença da coletividade entendemos o modo específico pelo qual ocorre, nos grupos, o processo biológico de desgaste e reprodução, destacando como momentos particulares a presença de um funcionamento biológico diferente, com consequências para o desenvolvimento regular das atividades cotidianas, isto é, o surgimento da doença.”

A saúde significa, para o mercado, a disponibilidade do uso da força de trabalho. A doença representa uma ruptura nessa lógica (Wünsch Filho, 1995).

Se, de um lado, a gênese dos acidentes e mortes nas atividades laborativas encontram raízes na maneira como o processo produtivo se organizou no país, por outro lado, o papel desempenhado pelos aparelhos do Estado e seu aparato jurídico, contribuíram substancialmente para a conquista de um indicador internacional tão negativo. Apesar dos escassos registros e das subnotificações de acidentes no trabalho, o Brasil foi arrolado, pela conceituada Organização Internacional do Trabalho - OIT, como o recordista mundial em mortes no trabalho, na década de 80.

Merece destaque, ainda, a edição da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, implantada na década de 40 pelo governo Vargas, que regulamenta as relações capital x trabalho. A CLT tolhe a liberdade de organização autônoma dos trabalhadores e instaura a tutela do Estado sobre a classe trabalhadora e suas entidades sindicais. Posteriormente, foram enunciadas regulamentações acerca dos ambientes de trabalho. O ambiente, é externo ao trabalhador, e suas características mais visíveis são detectadas por instrumentos que avaliam quantitativamente os riscos ambientais que são os *limites de tolerância* e os *limites biológicos máximos permitidos*.

A descoberta, a fabricação e uso de novas substâncias químicas coloca a possibilidade de intoxicações. O corpo humano, bem como o conjunto dos outros seres vivos, podem se fragilizar diante de gases, vapores, poeiras e resíduos líquidos ou sólidos que provocam doenças e mortes, a curto ou longo prazo. Uma série de substâncias atualmente proibidas e restritas, já foram consideradas inofensivas ou de efeito desconhecido. Além disso, a noção de que toda substância química possa ter limites de concentrações fixos abaixo dos quais tornam-se inofensivas vem se desmoronando (Deppe, 1992: 422-423).

Nesse âmbito, a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA, representa mera atribuição legal de gerências políticas das empresas na área de saúde e segurança, evidenciando os aspectos autoritários da legislação editada, onde as análises dos acidentes são manipulados e realizadas à margem dos sindicatos. Ademais, consolida-se a *ideologia da culpabilidade*, quando tais análises colocam a vítima como o principal responsável pelo acidente, através do anacrônico conceito de *ato inseguro*, ainda hoje, infelizmente, hegemônico (Bonciani, 1996; Guedes, 1998).

Acidentes de trabalho envolvem fatores sistêmicos e individuais. Os fatores individuais não devem ser supervalorizados – *atos inseguros* remetem a culpabilidade do acidente exclusivamente ao trabalhador. Se uma simples divagação ocasionar um acidente, é porque o ambiente de trabalho é que é inseguro; não dispõe de proteções coletivas satisfatórias. A ênfase na busca de responsabilidades individuais, nas investigações de acidentes, alerta para a tendenciosidade das conclusões nessas investigações. É preciso estar atentos para tais investigações, que tendem a resultar na culpabilização das vítimas e em dificuldades para a adoção de medidas preventivas efetivas (Vidal, 1997). Carmo *et al* (1995), discute, ainda, a produção da consciência culposa, destacando que, traduzem uma preocupação ciosa do capital pelo trabalho, mas no pressuposto falseado de que o trabalhador detém algum controle sobre o processo e a organização do trabalho.

Para Lacaz (1997 a:138) “a Medicina do Trabalho/Saúde Ocupacional adotam a abordagem das relações saúde-doença-trabalho, que privilegia a idéia cartesiana do corpo como máquina, exposto a agentes e fatores de risco, apreendendo as consequências do trabalho para a saúde, como resultado da interação do corpo-hospedeiro com os agentes de natureza física, química, biológica, mecânica, existentes no ambiente.”

A saúde ocupacional concentra seus estudos na análise dos *riscos* presentes nos locais de trabalho e de suas repercussões na saúde dos trabalhadores, considerados individualmente, e com explicações de caráter pontual e biologicista. Esta visão, que define a doença como resultado do desequilíbrio na interação entre o hóspede e seu ambiente, esconde as profundas diferenças que resultam da organização produtiva, e permitem uma atuação limitada com relação aos problemas de saúde. A maior parte da medicina contemporânea tem uma visão mecanicista da vida. A descrição reducionista de organismos pode ser útil e, em alguns casos, necessária. Ela só é perigosa quando interpretada como se fosse a explicação completa.

Os serviços de saúde constituem o *locus* privilegiado do exercício de práticas de saúde fundamentadas numa concepção reducionista de saúde-doença. A medicalização e o cunho ideológico das instituições médicas fazem parte dessa concepção.

A formação inadequada e acrítica dos profissionais de saúde é um fator facilitador da postura medicalizante.

2.3. – A DISTÂNCIA ENTRE A TEORIA E A PRÁTICA

Os efeitos negativos do modelo de medicina clínica começam a evidenciar-se. Sofre críticas. Inicia-se o surgimento de programas de assistência primária com uso de tecnologia simplificada e ênfase na participação comunitária. É nesse clima de intensas discussões teóricas e de práticas alternativas, que o conceito de determinação social do processo saúde-doença ganha força. A centralidade desse modelo, colocada no trabalho enquanto organizador da vida social, aumenta os

questionamentos à medicina do trabalho e à saúde ocupacional. O reconhecimento dos direitos fundamentais dos trabalhadores – como o direito à informações dos riscos ambientais, das medidas de controle adotadas pelos empregadores, dos resultados dos exames médicos e das avaliações ambientais – servem como referência para a elaboração de leis nos Estados Unidos e Europa.

A década de 70 presencia transformações dos processos de trabalho nos países desenvolvidos. Há uma tendência da migração da força trabalhadora do setor secundário (indústria) para o terciário (serviços).

As empresas multinacionais transferem parte de suas produções para os países subdesenvolvidos e especialmente as tarefas mais insalubres, monótonas e as operações mais perigosas, que envolvem riscos ambientais e individuais para a saúde. Os custos são menores e o controle tecnológico continua com o país-sede, onde as regulamentações são bem definidas e rígidas, assim como a organização da sociedade. Os países subdesenvolvidos aceitam essa transferência, com a suposição de amenizar o desemprego e criar divisas.

As *novas tecnologias* introduzidas (automação e informatização) geram profundas modificações na organização do trabalho e fortalecem novamente o taylorismo que privilegia a gerência e a apropriação dos conhecimentos dos trabalhadores.

No *campo*, as relações de trabalho começam a se transformar na medida em que, para atingir boa produtividade é adotado um *pacote tecnológico* baseado na mecanização e no uso intensivo de agrotóxicos. Esses produtos trazem o risco de intoxicações para os trabalhadores do campo, que fazem seu uso sem a menor proteção, e causam danos consideráveis ao meio ambiente, especialmente pela contaminação dos recursos hídricos e do próprio solo e suspeita-se, pelo envenenamento da fauna. As repercussões passam a ser, então, sobre a saúde de toda a população e não somente para

quem manuseia e aplica o produto. O registro dessas ocorrências é ainda mais precária do que a notificação dos acidentes de trabalho, no meio urbano. Quase que exclusivamente, somente as intoxicações agudas chegam a ter algum tipo de registro pela exuberância do quadro clínico. Não se sabe os números reais para as intoxicações crônicas, de origem ocupacional.

Por essa época (década de 70), *inspirado* na Recomendação nº112 da OIT de 1959 sobre os serviços de medicina nos locais de trabalho, o Ministério do Trabalho institucionaliza os Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho¹⁴ - SESMT, de caráter privado, para as grandes empresas, dimensionados quanto ao número de profissionais, em função do grau de risco estimado para ocorrência de acidentes do trabalho. A atuação destes serviços é pautada, de novo, no modelo cartesiano. Não são consideradas as relações da organização do processo de trabalho. As doenças oriundas dessas relações são catalogadas como doenças crônico-degenerativas ou distúrbios mentais, sem relação com o trabalho. Nos exames admissionais, acabam por fazer a seleção dos sadios, deixando os duvidosos, os aparentemente problemáticos e os que tiveram antecedentes de doença ocupacional na angústia do desemprego (Oliveira, 1998: 300).

Para Carmo *et al* (1995), esses serviços especializados contêm uma fragilidade técnica e política muito grande, uma vez que os profissionais são assalariados pela empresa e sem respaldo legal para contrariar os interesses patronais, restringem-se à adoção de medidas paliativas diante dos riscos. Essa medida delegou às empresas o controle da saúde dos trabalhadores. A falta de investigação adequada dos acidentes de trabalho é uma prática institucionalizada que é embasada na identi-

¹⁴ Portaria nº3.460/75 do Ministério do Trabalho e Previdência Social - NR 4.

cação de atos e condições inseguros – conceitos bastante difundidos em nosso meio. As medidas de prevenção propostas por esses serviços pautam-se em tais conceitos e raramente vão além das propostas de *conscientização dos trabalhadores, reorientação dos empregados, treinamento dos envolvidos*¹⁵; contribuem ainda para a ocorrência de acidentes a insuficiência de empenho das empresas no tocante a análise de risco e análise ergonômica de tarefas.

A exposição aos riscos pode ser, na maioria das vezes, adequadamente controlada, mas isto implica em gastos considerados supérfluos pela maior parte dos empresários. Sabe-se que as fontes de risco devem preferentemente ser controladas, mas o que se assiste (quando se assiste) é a preferência pela utilização de equipamento de proteção individual – EPI, desconfortáveis e de eficácia muito contestada, e causadores até, em muitos casos, de efeitos secundários.

A legislação de higiene e segurança do trabalho prevê, para um número limitado de atividades, o pagamento de insalubridade ou periculosidade. No entanto, é comum que num mesmo ambiente fechado se encontrem, por exemplo, trabalhadores utilizando tintas (e recebendo adicional), e trabalhadores desempenhando outras tarefas, mas, da mesma maneira, se intoxicando com a tinta.

Se é fácil detectar condições agressivas quando está presente algum agente físico, químico ou biológico, é verdade também que existem situações altamente agressivas devido a outras circunstâncias, e que estão intrinsecamente ligadas à exploração do trabalho. Por exemplo, o ritmo exigido pela produção, a monotonia da atividade, a exposição do corpo para realizar o trabalho, movimentos forçados e pesos excessivos,

¹⁵ Os trabalhadores, de acordo com Brandão (1998), não podem crer em palavras *gurúnicas*, só porque quem fala quer que assim seja.

a inadequação da máquina ao corpo do trabalhador, a falta de fiscalização ou manutenção das condições das máquinas e instrumentos, a poluição e a falta de higiene de trabalho, utilização de EPI inadequados, utilização de máquinas inseguras e a falta de ventilação, entre outros fatores, são igualmente agressivos e podem estar relacionados não só a doenças ditas profissionais quanto a acidentes do trabalho.

Pouco tempo depois, na medida em que se mostram ineficazes como órgãos de prevenção dos efeitos danosos das relações saúde/trabalho, e totalmente sem autonomia frente aos interesses empresariais, os SESMT começam a perder credibilidade. A partir da atuação social dos trabalhadores e de profissionais da rede pública de saúde, começa a ganhar força uma conjuntura que vem facilitar o reaparecimento da saúde pública com atuação nas relações saúde/trabalho, buscando implementar ações de vigilância em saúde do trabalhador, visando a prevenção de acidentes do trabalho e doenças relacionadas com o trabalho.

As conseqüências desse processo social de mudanças são identificadas por Mendes e Dias (1991), tais como, questionamentos, por parte dos trabalhadores, de procedimentos da saúde ocupacional, como exames médicos admissionais e periódicos, de cunho discriminatório; estudos de efeitos comportamentais provocados pela exposição a produtos químicos abalam os critérios de *proteção à saúde*, e os *limites de tolerância* da toxicologia são questionados; as novas tecnologias nos processos de trabalho introduzem novos riscos à saúde, de difícil medicalização; as modificações dos processos de trabalho como a migração dos trabalhadores para o setor terciário, automação e informatização conferem à morbidade, causada pelo trabalho, um cunho diferente (doenças cardiovasculares, distúrbios mentais, estresse, câncer, podem ter sua origem no trabalho); as novas exigências postas à saúde ocupacional, em

países desenvolvidos e grandes empresas do terceiro mundo, não correspondem, na verdade, às existentes na imensa maioria dos estabelecimentos de trabalho e no setor informal de trabalho no Brasil, onde as condições de risco para a saúde dos trabalhadores constituem graves problemas, ainda sem perspectiva de solução.

Em que pesem as adversidades estabelecidas pelo estado de exceção, surge no Brasil, no final da década de 70/início dos anos 80 – no contexto da transição política, gerada pelo encerramento da ditadura militar – um forte movimento pela democratização, cujas maiores expressões, no tema em questão, são o movimento sindical e os movimentos pela reforma da saúde. Este processo social se desdobrou em uma série de iniciativas e se expressou nas discussões da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986. A conquista do SUS na Constituição Federal de 1988, traduz alguns dos principais anseios desses movimentos¹⁶. A saúde, nela incluída a saúde do trabalhador, passa a ser considerada um dos direitos inalienáveis do cidadão e o Estado tem o dever de assegurá-la a todos, sem distinção. Não se tem dúvidas de que esse processo político-social foi decisivo para a mudança do enfoque de saúde estabelecida na Constituição Federal.

Sob o lema **saúde é direito de todos e dever do Estado**, revela-se um importante deslocamento teórico conceitual do tema *saúde* de um campo estritamente biológico para o campo político e histórico da construção dos direitos (Bosi, 1994).

Na sequência, a Lei 8.080/90 (Lei Orgânica de Saúde - parágrafo 3º do artigo VI), reafirmou e regulamentou os princípios definidos na Carta Magna, estabelecendo o conceito e definindo as competências do SUS na área de saúde do trabalhador, entre elas a assistência ao acidentado do trabalho e ações de vigilância nos ambientes de trabalho (Anexo D).

¹⁶ Constituição Federal de 1988 – Título VII, Cap. II, Seção II, artigos 196 a 200.

Por outro lado, frente ao desgaste político do Ministério do Trabalho junto à sociedade – em especial junto aos trabalhadores – articulado com outras iniciativas no campo da saúde dos trabalhadores, o Ministério do Trabalho que atua na fiscalização dos ambientes de trabalho, com base no artigo 168 da CLT, e com respaldo na Convenção 161 da OIT¹⁷, re-escreve a Norma Regulamentadora nº 7 da Portaria nº3.214/78 em 29.12.94. Esta Norma Regulamentadora trata do Plano de Controle Médico e Saúde Ocupacional (PCMSO), como parte integrante do conjunto mais amplo de iniciativas da empresa no campo da saúde dos trabalhadores e, segundo a norma, deve considerar as questões incidentes sobre o indivíduo e a coletividade de trabalhadores, privilegiando o instrumental clínico-epidemiológico na abordagem da relação entre sua saúde e o trabalho. O PCMSO deve ter caráter de prevenção, rastreamento e diagnóstico precoce dos agravos à saúde, relacionados ao trabalho, além da constatação da existência de casos de doenças profissionais ou danos irreversíveis à saúde dos trabalhadores (Oliveira, 1998).

O PCMSO deve incluir, entre outros, a realização obrigatória dos exames médicos (admissional, periódico, demissional, de retorno ao trabalho e de mudança de função). Para cada exame médico realizado, o médico emitirá o Atestado de Saúde Ocupacional que deve conter, no mínimo:

- os riscos ocupacionais específicos, passíveis de causarem doenças, existentes na atividade do empregado. Exemplo:
 - a) Técnico de radiologia: radiação ionizante
 - b) Fundidor de grades de baterias: intoxicação por chumbo

¹⁷ Convenção nº161 e Recomendação nº171 sobre os serviços de *saúde no trabalho*, cujas principais características são o princípio de ampla *participação* dos trabalhadores, a atuação em equipes *multiprofissionais* e a sua implementação principalmente a partir de políticas públicas (OIT, 1985).

- c) Auxiliar de enfermagem em hospital geral: risco biológico
- d) Britador de pedras: poeira mineral e ruído
- e) Digitador: movimentos repetitivos
- f) Gerente de supermercado: não há riscos ocupacionais específicos
- indicação dos procedimentos médicos a que foi submetido o trabalhador. Exemplo:
 - a) Ruído: audiometria
 - b) Chumbo: plumbemia e ALA urinário¹⁸
 - c) Radiação ionizante: hemograma
 - d) Poeira mineral: radiografia de tórax
 - e) Movimento repetitivo: exame clínico
- definição de apto ou inapto para a função específica

Observa-se que não há preocupação com a grave questão dos efeitos da exposição simultânea a diversos agentes agressivos.

O Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional do Ministério do Trabalho é de competência do empregador e tem como objetivos, identificar os problemas dos ambientes de trabalho, propor soluções e seguir um cronograma para a realização dos trabalhos. Nota-se a concessão de muitos poderes ao médico responsável pelo PCMSO, sem especificar os instrumentos para respaldar sua atuação. Essa carência de regulamentação pode tornar os programas preventivos em meros documentos de gabinete, exigíveis por lei, mas distantes da realidade do trabalhador.

Todas as empresas, que admitam trabalhadores como empregados, são obrigadas a manter um PCMSO e aqui está posta uma questão corporativista. Médicos de todas as especialidades partem para os cursos de Medicina do Trabalho.

¹⁸ Exames complementares no sangue e urina para detecção de exposição ao chumbo.

2.4. - A SAÚDE DO TRABALHADOR

O campo da Saúde do Trabalhador possui como objeto de investigação o processo saúde e doença dos trabalhadores na sua relação com o trabalho, ou ainda, a relação entre processos de trabalho e saúde, como campo recente de conhecimentos e práticas no interior da saúde pública e que busca romper com as abordagens fragmentadas, reducionistas e escamoteadoras, presentes na medicina do trabalho e na saúde ocupacional.

Pensar o cenário onde se desenvolve a Saúde do Trabalhador, compreende resgatar uma história que se inicia no final dos anos 70; enfatizar que este campo do conhecimento, das relações saúde-doença-trabalho, surgiu a partir da Medicina Social latino-americana e, assinalar a sua vertente programática, o que o coloca na interface com a Saúde Coletiva, diferenciando-o da saúde ocupacional e da medicina do trabalho (Laurell, 1991).

Ao nível da rede pública dos serviços de saúde, começam a surgir, na década de 80, programas de saúde do trabalhador, com a participação destes e de suas organizações – movimento sindical em parte sensibilizado com os temas ligados à saúde e segurança dos trabalhadores – e outras organizações do campo democrático. Inicialmente em estados como São Paulo, Minas Gerais, Rio Grande do Sul e Rio de Janeiro. Em Santa Catarina, a Secretaria Estadual de Saúde cria e normatiza seu programa de saúde do trabalhador em 1993, sem que haja continuidade.

Para Mendes e Dias (1994:385), “a Saúde do Trabalhador aparece sob práticas diferenciadas em diversos momentos e regiões dentro de um mesmo país, mantendo os mesmos princípios: trabalhadores buscam ser reconhecidos em seu saber, questionam as alterações nos processos de trabalho, particularmente a adoção de novas tecnologias, exercitam o direito à informação e a recusa ao trabalho perigoso ou arriscado à saúde...”.

A Saúde do Trabalhador tem a proposta de conhecer e intervir sobre a realidade e somar forças com o movimento social. É, por natureza, um campo interdisciplinar e multiprofissional. As ações dos programas de saúde do trabalhador trouxeram à tona, um perfil então *submerso* em relação à morbidade das doenças relacionadas ao trabalho. As doenças do trabalho que surgiam no interior das fábricas ficavam sob o controle dos SESMT, mas agora os programas de saúde do trabalhador detectam e trazem à tona essas doenças. Saturnismo¹⁹, benzenismo, entre outras, começam a ser diagnosticadas.

Segundo Mendes e Dias (1994), a atenção à saúde dos trabalhadores, que faz parte da atenção à saúde da população em geral, apresenta algumas características próprias, como a complexidade da atuação em saúde do trabalhador requer a colaboração/participação de várias áreas de conhecimento – medicina, toxicologia, ergonomia, sociologia, antropologia, engenharia, informática, administração, economia, ciência política, psicologia; na atenção à saúde dos trabalhadores são indissociáveis as ações preventivas, de promoção e proteção da saúde, de recuperação e reabilitação, numa abordagem integrada capaz de agregar as dimensões do individual e do coletivo, o biológico e o socio-político-cultural, o preventivo e o curativo; sustenta-se na emergência do operariado urbano; discute os limites epistemológicos da medicina do trabalho e da saúde ocupacional; discute a determinação social do processo saúde-doença; se fortalece no crescimento dos direitos dos trabalhadores – inscritos em leis, normas, decretos – alcançados através de lutas por suas reivindicações fundamentais, entre as quais, por saúde no trabalho; amplia o papel dos serviços de atenção à saúde e à vigilância do trabalho nocivo (insalubre/perigoso).

¹⁹ Intoxicação pelo chumbo.

O objetivo é criar condições favoráveis para que os conhecimentos da clínica, da engenharia, da toxicologia, da ergonomia, da epidemiologia, das ciências humanas e sociais, possam suprir a necessidade de responder a demandas concretas, sendo capazes de flexibilizarem suas fronteiras, estabelecendo interfaces entre seus diversos campos conceituais/metodológicos e arquitetando novas práticas que permitam formas mais abrangentes e totalizadoras de compreender e aproximar-se da realidade.

Nessa perspectiva, o quantitativo não se opõe ao qualitativo, o mensurável não nega o imensurável, os determinantes imediatos não são descontextualizados dos gerais, o saber teórico dos técnicos se abre à contribuição do conhecimento adquirido no cotidiano dos trabalhadores (Minayo e Costa, 1997).

As atividades em Saúde do Trabalhador mostram os impactos do trabalho sobre a saúde, questionam as práticas dos serviços de medicina do trabalho nas empresas e instrumentalizam os trabalhadores em suas reivindicações por melhores condições de saúde e trabalho. Esses serviços têm o mérito de trazer para dentro do sistema de saúde a discussão de questões, tais como, novos conceitos do processo saúde-doença; perfil de morbidade e mortalidade relacionada ao trabalho; análise crítica dos serviços de saúde e das políticas públicas; denúncia das péssimas condições de trabalho; assistência específica e dirigida aos trabalhadores.

Para Mendes e Dias (1994), o processo saúde-doença dos seres humanos e sua relação com o trabalho é central na Saúde do Trabalhador. Busca-se a compreensão do processo de determinação da doença nos moldes da Epidemiologia Social. A saúde do trabalhador quer romper com a concepção hegemônica que estabelecia

nexo causal entre a doença e um agente específico ou entre a doença e um grupo de fatores de riscos presentes no ambiente de trabalho; quer superar o ponto de vista que limita sua participação no social, exclusivamente ao processo produtivo, sem considerar a subjetividade. E para esses mesmos autores (1991), nesse *novo* jeito de lidar com as questões de saúde, relacionadas ao trabalho, os trabalhadores podem contar com dois apoios importantes que somam esforços na luta por melhores condições de saúde e trabalho. A assessoria técnica especializada por parte de profissionais comprometidos com a luta dos trabalhadores, num processo de decodificação do saber acumulado e de socialização das informações e a contribuição, ainda que limitada, dos serviços públicos de saúde que com seus técnicos ao nível de instituições públicas como as universidades, a rede de serviços de saúde, a fiscalização do trabalho, estudam os ambientes e as condições de trabalho, levantam riscos e constatam danos à saúde, produzem conhecimentos, prestam assistência e fiscalizam as exigências legais.

A influência da saúde coletiva e da saúde pública configuraram a Saúde do Trabalhador como uma área de práticas e saberes em construção, que tem como alvo o processo saúde e doença dos grupos humanos, em sua relação com o trabalho. Assume os pressupostos do SUS, onde todos os trabalhadores devem ter acesso garantido a todos os níveis de atenção à saúde.

A Saúde do Trabalhador incorporou da saúde pública uma prática sanitária de atenção e vigilância em saúde que não dissocia a assistência da prevenção, articulando ações individuais e curativas com ações coletivas de vigilância da saúde. Pauta-se nos estudos de morbi-

mortalidade²⁰ que, para conhecer o perfil de uma população emprega os indicadores de saúde²¹ que, de maneira contraditória, indicam dano, doença ou morte.

Como eixo norteador, a saúde do trabalhador tem nas suas atividades o entendimento das questões relativas à saúde e trabalho na ótica da epidemiologia social que enfatiza as determinações sociais da doença numa ótica abrangente e questionadora (Mendes e Dias, 1994).

A identificação de situações de risco e avaliação de impactos sobre a saúde provocados por procedimentos de gerenciamentos de riscos ou mudanças tecnológicas, configuram o agir epidemiológico em saúde do trabalhador.

A dimensão *biológica* aparece, claramente, na referência às doenças, à fisiologia, às patologias. A *social*, na forte referência aos determinantes sociais dos agravos à saúde da população e, finalmente, a *afetiva* quando se constata uma forte valorização do componente simbólico e dos aspectos afetivos envolvidos no ato de curar e de sentir saudável (Bosi, 1994).

Segundo Valente e Settimi (1998), o Brasil vive um período de transição epidemiológica, com padrões de morbimortalidade que, em vários aspectos, podem ser considerados como típicos de países modernos e desenvolvidos, no crescente aumento das doenças cardiovasculares,

²⁰ Coeficiente de morbidade: coeficiente de incidência que expressa o número de pessoas da população considerada que adoeceram durante o período de tempo especificado; Coeficiente de mortalidade: coeficiente calculado tendo o número de óbitos ocorridos na população durante o período indicado (geralmente um ano) como numerador. O coeficiente geral de mortalidade inclui as mortes por todas as causas e é expresso como número de óbitos por 1000 habitantes ao passo que o coeficiente específico de mortalidade inclui apenas os óbitos devidos a uma doença, e é geralmente referido na base de 100 mil habitantes.

²¹ Os indicadores de saúde são dados utilizados na produção de análise sobre a situação de saúde e suas tendências, subsidiando os processos de decisão e controle das políticas e ações de saúde, nos âmbitos dos poderes públicos. Ex.: mortalidade infantil, mortalidade materna, doenças infecciosas prevalentes (Ministério da Saúde, 1999).

neoplasias e causas externas²². Concomitantemente, apresenta indicadores de países pobres e pouco desenvolvidos, no retorno de endemias antigas, como dengue, febre amarela, cólera, malária, entre outras.

Além de não termos superado as condições de vida próprias da pobreza e subdesenvolvimento, acrescentamos novos riscos e novas formas de morrer, caracterizando um duplo perfil de morbi-mortalidade.

As transformações no campo do trabalho – novas tecnologias, novos métodos de organização do trabalho – refletem na saúde dos trabalhadores. O trabalho desenvolvido no meio urbano, sem controle cognitivo, realizado em turnos, e sob pressões para o aumento de produtividade, desencadeiam sofrimento psíquico e quebram os ciclos biológicos naturais do ser humano trabalhador.

Este padrão de desenvolvimento faz com que a relação saúde-trabalho apresente diferentes facetas. As diversidades epidemiológicas dos agravos à saúde dos trabalhadores variam desde as doenças provocadas pela introdução de *novas tecnologias* e pela organização do trabalho, passando pelas *contaminações* por cancerígenos, solventes e metais pesados; pela surdez de milhares de operários dos mais diversos ramos da produção; pelo gravíssimo problema dos agrotóxicos e acidentes com máquinas agrícolas nas atividades rurais, até chegar aos efeitos para a saúde do trabalho escravo de crianças e mulheres (Lacaz, 1997b).

Riscos controláveis e mesmo elimináveis continuam a fazer parte do cotidiano da maioria dos trabalhadores. Intoxicações por metais pesados, principalmente chumbo e mercúrio, exposição maciça a amian-

²² Lesões, envenenamentos, violência urbana, acidentes de trânsito. A violência urbana está diretamente ligada à inúmeros fatores que compõem uma sociedade profundamente doente. Entre esses fatores destacam-se a cultura do lucro e do consumo a qualquer preço, a péssima distribuição de riquezas materiais, e o descaso para com as riquezas espirituais e culturais (Minayo, 1999).

to, com casos de asbestose e câncer pulmonar relatados, mutilações, especialmente de mãos e dedos, infelizmente, não são coisas do passado (Carmo *et al*, 1995: 433).

Além das doenças do trabalho clássicas, a Saúde do Trabalhador discute as doenças psicossomáticas, a saúde mental, o estresse, que nada mais são do que sobrecargas impostas, que influem poderosamente sobre a percepção que o sujeito tem sobre seu próprio corpo.

Doenças que pesam sobre os trabalhadores com o pavor da demissão e consequente precarização da vida, são fatores que, somados à sobrecarga de trabalho, vão afetando a saúde física e mental (Dejours, 1999).

Para não perder o emprego, o trabalhador *ameaçado* produz acima de seu limite, expondo-se mais aos acidentes de trabalho e às doenças profissionais e, por viver estressado, apresenta maiores índices de hipertensão arterial, úlceras pépticas e doenças nervosas. Isto acontece porque, como afirma Christophe Dejours (1999: 16): *“apesar do sofrimento mental que não pode mais passar ignorado, os trabalhadores continuam em seus postos de trabalho, expondo seu equilíbrio e funcionamento mental à ameaça contida no trabalho, para enfrentar uma exigência ainda mais imperiosa: sobreviver.”*

Sob o domínio do medo “é insuportável trabalhar”, denuncia Dejours. A médio prazo, o desempenho cai e quem hoje se acha empregado, amanhã pode ser mais um no rol de demissões. Aquele que perde seu trabalho perde, com ele, o direito de contribuir para a sociedade e, portanto, não pode mais obter reconhecimento. Quem se encontra desempregado há muito tempo perde algo que, no fundo, é a reivindicação mais forte, o direito de ser útil à sociedade. Ninguém pede para não fazer nada. A maioria de nós quer trabalhar. E não pelo prazer de sofrer, mas porque espera alguma coisa em troca.

Para Dejours, se o trabalho fosse livremente escolhido e sua organização flexível, poderia adaptar-se às necessidades do corpo e variações do espírito, o que o tornaria muito prazeroso.

O desgaste, variável subjetiva, é difícil de ser evidenciado objetivamente – a inteligência das pessoas, a dor que elas sentem, o que elas colocam de si mesmas no trabalho. A subjetividade não faz parte do mundo visível. O sofrimento no trabalho é controlado por estratégias defensivas específicas, para nos proteger do que o sofrimento provoca em nós. A consciência de participar de alguma coisa que a gente reprova é incompatível com a continuidade do trabalho. As psicopatologias mostram a suscetibilidade individual e coletiva à sistemas de produção e constituem-se em inadaptabilidade humana.

O corpo torna-se frágil sem o seu protetor natural que é o aparelho mental. O trabalho transforma-se em causa de doenças e desencadeador de sofrimento mental. Todo o trabalho exige e merece a inteligência do homem.

Acidentes e doenças do trabalho, mal tratadas e subdiagnosticadas, contribuem para alterar o ciclo vital esperado para os seres humanos, modificando sua expectativa de vida e acionando, precocemente, os mecanismos de envelhecimento e múltiplas deficiências. O saber-fazer, com competência e prazer, resgata a inteligência do homem na execução do trabalho (Wisner, 1994).

Para melhor compreender, como riscos ou cargas e exigências, se manifestam concretamente nos processos de trabalho, é necessário o instrumental desenvolvido pela ergonomia, com base na distinção entre tarefa prescrita e atividade real. Essa distinção, previsível, diante da variabilidade de condições de trabalho, ocorre sobretudo, em face de situações que exigem a interferência constante dos trabalhadores para manter a con-

tinuidade da produção ou prevenir eventos acidentários. Um processo de investigação, que objetive formular propostas de transformação, requer um minucioso trabalho empírico que capte e potencialize o saber e os processos psíquicos mobilizados na atividade (Minayo e Costa, 1997). Dessa forma, demonstra-se a importância da articulação entre as abordagens individual e coletiva, ou seja, assistência e vigilância e os diferentes instrumentos e abordagens de investigação dos ambientes de trabalho.

A medicina do trabalho e a saúde ocupacional têm, como objetivo, o controle de doenças específicas que acometem determinadas populações. Essa proposta, não consegue abranger as repercussões na saúde do ser humano, o qual está dinamicamente inserido num processo de trabalho. O trabalho, como parte integrante da vida das pessoas, tem que ser abordado em sua relação com o processo saúde-doença das mesmas. Assim, a Saúde do Trabalhador, com suas ações, se coloca estrategicamente, como veículo, para uma melhor condição de vida e saúde à todos (Wunsch Filho, 1995).

Trabalhadores terceirizados, subcontratados, em trabalhos precários, excluídos progressivamente do mercado formal, cujos corpos estão precocemente lesados, formam um contingente de trabalhadores desprotegidos, ignorados pelas empresas, em constante rotação, sem direito à assistência e ao controle de sua saúde ou sem reconhecimento da condição de cidadão – trabalhador doente. Esses, representam os grandes desafios para a investigação e intervenção, no âmbito da Saúde do Trabalhador (Minayo e Costa, 1997).

Para isso, é importante que se façam breves considerações, sobre a questão jurídica na proteção à saúde do trabalhador.

CAPÍTULO 3

SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHADOR:

ALGUNS ASPECTOS DA EVOLUÇÃO JURÍDICA

Ramazzini, já no prefácio de sua obra, escrita em 1700, deixa uma recomendação que continua válida:

“Não só nos tempos antigos, mas também na nossa época, os governos bem constituídos têm criado leis para conseguirem um bom regime de trabalho, pelo que é justo que a arte médica se movimente em favor daqueles que a jurisprudência considera de tanta importância, e empenhe-se como até agora tem feito, em cuidar da saúde dos operários, para que possam, com a segurança possível, praticar o ofício a que se destinaram.” (Ramazzini, 1992: 16).

Acidentes do trabalho envolvem aspectos legais e trabalhistas, sequelas e mutilações, ansiedades e medos, perdas e danos...

Merece ser enfatizado também, o reconhecimento do caráter essencialmente conflituoso das relações capital e trabalho, premissa que é negada sistematicamente pelo sistema corporativo (Bonciani *et al*, 1996).

Para tão complexa e abrangente questão do ponto de vista jurídico, faz-se necessário uma breve análise da legislação. O Brasil se caracteriza por possuir um grande número de leis e também por apresentar um alto índice de descumprimento e desrespeito à legislação.

Para Carmo *et al* (1995), a evolução jurídica e institucional brasileira, na área de Saúde do Trabalhador, torna relevante conceitos como *risco profissional* que, como implicação prática, entre outras, têm servido como argumento aos empresários, na isenção de responsabilidade pelos acidentes de trabalho. As idéias de *erro do trabalhador*, *fatalidade* e acidentes que ocorrem *por acaso*, estão contidas em muitas definições de acidente do trabalho. Riscos que são neutralizáveis ou, completamente passíveis de eliminação, ainda fazem parte do cotidiano dos trabalhadores, em nosso país.

Os interesses da produção capitalista e a capacidade de pressão e resistência dos trabalhadores, mediados pelo Estado, resultou em leis e decretos sobre as condições e ambientes de trabalho e sobre os procedimentos que visam à reparação dos danos e agressões sofridos pelos trabalhadores. O quadro legal é confuso e contraditório, uma vez que reflete múltiplos interesses. As relações entre saúde e trabalho encontram-se nas esferas do Ministério do Trabalho e Emprego, Ministério da Saúde e Ministério da Previdência e Assistência Social. Existe uma superposição de atribuições entre elas, que necessita ser sanada, evitando o desperdício de recursos e tentando superar a competição entre os órgãos, todos eles executores da mesma política, e sustentados pela mesma fonte de recursos²³.

A CLT, vigente desde novembro/1943, disciplina a questão das condições de segurança e saúde no trabalho (Título II, Capítulo V) e trata da ergonomia nos arts. 198 e 199, sob o título genérico “Da prevenção da fadiga”. Atualmente, as normas ergonômicas, assim como todo o capítulo de segurança e saúde no trabalho, da CLT, estão regulamentados na Portaria nº3.214/78, do Ministério do Trabalho.

A Constituição Federal, promulgada em 1988, e a Lei Orgânica da Saúde nº8.080/90, propõem, como modelo de reorganização do sistema de saúde, o SUS, de caráter público, formado por uma rede regionalizada e hierarquizada, descentralizada, com gestor único em nível de governo, e com os usuários participando do seu controle. A Constituição Federal introduziu um conceito ampliado de saúde no seu artigo 196 e tem vários artigos de interesse mais próximo para a saúde dos trabalhadores²⁴. A Lei Orgânica da Saúde conceitua saúde do trabalhador, detalha ações previstas e estabelece as competências do SUS.

²³ A seguridade social é financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, estados, distrito federal, municípios e de contribuições sociais.

²⁴ Artigo 7º XXII/XXVIII; artigos 129, 200 e 225.

Na esfera da Previdência Social, as Leis nº8.212 e 8.213 de 24 de julho de 1991, dispõem sobre a organização da Seguridade Social e sobre os Planos de Benefícios da Previdência. Essas leis abriram caminho para a efetivação dos direitos previdenciários dos trabalhadores previstos na Constituição Federal. O Decreto nº3.048, de 6 de maio de 1999, regulamenta a Lei nº8.213/91 e no que se refere aos acidentes e doenças profissionais, destacam-se:

- responsabilidade da empresa na adoção de medidas coletivas e individuais de proteção e segurança da saúde dos trabalhadores;
- participação dos trabalhadores na fiscalização;
- caracterização do acidente de trabalho/doença profissional;
- garantia da estabilidade no emprego, por um ano, aos segurados que se incapacitarem para o trabalho, por mais de 15 dias;
- contém a lista de doenças profissionais no anexo II do Decreto nº3.048/99;
- o empregador é obrigado, sob pena de multa, a comunicar à Previdência Social a ocorrência de acidente do trabalho, através da Comunicação de Acidente do Trabalho²⁵ (CAT), até o primeiro dia útil seguinte ao da ocorrência (Anexo E). No caso de doença profissional ou do trabalho, considera-se como dia do acidente a data do início da incapacidade para o trabalho ou o dia em que for concluído o diagnóstico, prevalecendo o que ocorrer primeiro;
- se a empresa não proceder a comunicação do acidente, poderão emitir a CAT, o próprio acidentado, seus dependentes, a entidade sindi-

²⁵ Instrumento utilizado para desencadear procedimentos administrativos para recebimento de benefícios junto ao Instituto Nacional de Seguridade Social - INSS. Trabalhadores públicos e autônomos, entre outros, não têm seus acidentes de trabalho notificados junto ao INSS.

cal competente, o médico que o assistiu ou qualquer autoridade pública. Nestes casos, não prevalecem os prazos mencionados anteriormente. Porém, a empresa não está isenta da responsabilidade pela falta do cumprimento da exigência de emissão;

- ação regressiva contra os responsáveis (empresas) que negligenciem, quanto às normas de segurança e saúde do trabalho, contribuindo, desta forma, na ocorrência dos infortúnios laborais.

Para Mendes e Dias (1994), quando se pretende estudar o impacto do trabalho ou dos processos de trabalho sobre a saúde dos trabalhadores, pode-se classificá-los em dois grandes grupos de ocorrência, os danos que se manifestam de forma aguda – acidentes de trabalho (incluindo os de trajeto) e intoxicações agudas – e os danos que se manifestam de modo insidioso – doenças profissionais típicas e doenças relacionadas ao trabalho.

A Lei nº8.213, de 24 de julho de 1991, que dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social, regulamentada pelo Decreto nº3.048 de 6 de maio de 1999, define esses danos:

Os **acidentes de trabalho - tipo ou típico** são aqueles que ocorrem pelo exercício do trabalho, a serviço da empresa, causando lesão corporal ou perturbação funcional, resultando em incapacidade para o trabalho (temporária ou permanente, total ou parcial) ou morte. A sua caracterização depende do estabelecimento de nexo causal entre o acidente e o exercício do trabalho. Nos períodos destinados à refeição ou ao descanso, ou por ocasião da satisfação de outras necessidades fisiológicas, no local do trabalho ou durante este, o empregado é considerado no exercício do trabalho. Para Lert *et al* (1984), o acidente do trabalho se caracteriza por apresentar simultaneamente, lesão física, categoria social reconhecida e definida por lei, e categoria econômica, pela valorização monetária codificada das incapacidades físicas.

Os **acidentes** ocorridos no local e horário do trabalho, em consequência de ato de agressão, sabotagem ou terrorismo praticado por terceiro ou companheiro de trabalho; ofensa física intencional, inclusive de terceiro, por motivo de disputa relacionada com o trabalho; ato de imprudência, de negligência ou de imperícia de terceiro, ou de companheiro de trabalho; desabamento, inundação, incêndio e outros casos fortuitos decorrentes de força maior.

Os **acidentes** ocorridos fora do local e horário de trabalho, desde que na execução de ordem ou na realização de serviços sob a autoridade da empresa; na prestação espontânea de qualquer serviço à empresa para lhe evitar prejuízo ou proporcionar proveito; em viagem a serviço da empresa, inclusive para estudo, quando financiada por esta, dentro de seus planos para melhorar capacitação de mão-de-obra, independentemente do meio de locomoção utilizado, inclusive veículo de propriedade do segurado.

Os **acidentes de trajeto ou de percurso** são aqueles que ocorrem no percurso da residência para o local de trabalho ou deste para aquela, qualquer que seja o meio de locomoção. Em sua grande maioria, ocorrem no trânsito com envolvimento de veículos a motor. Inúmeras jurisprudências vêm consolidando que, somente alterações importantes do trajeto, para satisfação de interesses pessoais, descaracterizam o acidente como sendo de trajeto. Considera-se inclusive, acidentes envolvendo trabalhadores cumprindo aviso prévio, enquanto procuram novo emprego,

As **doenças profissionais** são aquelas produzidas ou desencadeadas pelo exercício do trabalho, própria ou *peculiar* a determinadas atividades, e consta de uma relação de agentes patogênicos, considerados causadores de doenças profissionais ou do trabalho, listados no Anexo II, do Decreto nº3.048/99.

As **doenças relacionadas ao trabalho** são as adquiridas ou desencadeadas em função de condições especiais, em que o trabalho é realizado e com ele *se relacione* diretamente. Não pressupõe o princípio da inerência. Também são consideradas as doenças provenientes de contaminação accidental do empregado no exercício do trabalho e as doenças endêmicas, quando resultantes de exposição ou contato direto, determinado pela natureza do trabalho.

Sabemos que a dificuldade em caracterizar a natureza *ocupacional* dos agravos à saúde, principalmente nas novas doenças profissionais e nas doenças profissionais de longa latência, reside no fato de que onexo causal com o trabalho é eminentemente epidemiológico, cada vez mais amplo e complexo (Laurell, 1989). O médico do trabalho tem um campo de atuação extremamente amplo, pois compreende a fisiologia do trabalho, a higiene industrial, a toxicologia e as doenças profissionais (Fialho e Santos, 1995).

Para Vidal (1991), “é sempre útil frisar que o termo Ergonomia recobre vários significados, desde a formulação de conhecimentos sobre a pessoa humana úteis para o desenvolvimento de produtos – o que constitui o paradigma clássico da ergonomia – a uma vertente contemporânea cujo foco se dá na situação de trabalho e que, por isso mesmo engloba os conhecimentos clássicos, com a necessidade de compreensão do contexto onde a atividade humana se concretiza. Nesta última acepção busca-se entender a atividade de uma pessoa em situação, construída face a uma lista de determinantes evidenciáveis, o que orienta e seleciona o emprego dos conhecimentos clássicos, ao mesmo tempo que chama a atenção para outros constituintes da situação de trabalho que aquela abordagem não pôde, ou não optou por considerar”.

3.1. - REFORMA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL

A reforma da Previdência Social, efetivada através da Emenda Constitucional nº20, publicada no Diário Oficial da União de 16 de dezembro de 1998, deu início à mudanças na concepção do sistema previdenciário brasileiro.

O inciso 10º, do artigo 201, da Emenda Constitucional nº20, traz o retorno da privatização do acidente de trabalho já experimentada na década 1950/1960²⁶: *“Lei disciplinará a cobertura do risco de acidente do trabalho, a ser atendida concorrentemente pelo regime geral de previdência social e pelo setor privado.”* E no artigo 202, o regime facultativo complementar: *“O regime de previdência privada, de caráter complementar e organizado de forma autônoma em relação ao regime geral de previdência social, será facultativo, baseado na constituição de reservas que garantem o benefício contratado, e regulado por lei complementar”*.

As empresas seguradoras privadas há muito tempo almejam acabar com o monopólio estatal do seguro de acidentes do trabalho, porque o seguro é super-avitário. Pode-se vislumbrar que, certamente, o contribuinte/segurado será o mais prejudicado. As empresas seguradoras privadas é que não serão desfavorecidas.

Pode-se inferir que o modelo de privatização poderá trazer problemas da seguinte ordem:

- pequenas empresas não conseguirão pagar o seguro de acidentes de trabalho e seus trabalhadores ficarão desamparados;

²⁶ Até 1967, a cobertura de acidentes de trabalho era feita por companhias seguradoras privadas com as quais as empresas assinavam apólices para cobrir a atenção médica e os benefícios previdenciários relativos aos acidentados.

- algumas empresas poderão segurar, apenas, os grupos de empregados cuja função é considerada de maior risco. Os demais ficarão desamparados;
- o trabalhador segurado, que se acidenta, ficará percorrendo os caminhos entre a empresa seguradora, que exige do médico-assistente o preenchimento de formulários que gerarão os pagamentos previstos, e o médico, que muitas vezes se nega a preencher, a exemplo do laudo médico da CAT, agora por não ser pago por esse serviço.

E o direito do trabalhador, de ter assegurado o registro do acidente/doença, fica comprometido. O próximo item versará sobre essa questão.

3.2 - O COMUNICADO DO ACIDENTE DE TRABALHO

A notificação do acidente de trabalho é estabelecida pela Lei nº8.213/91. O empregador, é obrigado, sob pena de multa, a comunicar à previdência social, a ocorrência de acidentes do trabalho e doenças profissionais, através da emissão da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), até o primeiro dia útil seguinte ao da ocorrência e de imediato à autoridade policial competente, em caso de acidente fatal.

A maioria dos serviços públicos, atende aos trabalhadores acidentados do trabalho e portadores de agravos relacionados ao trabalho, sem a devida atenção aos procedimentos de diagnóstico, registro e notificação e sem o devido encaminhamento aos setores assistenciais e aos setores responsáveis pela vigilância em saúde.

Apesar das *dificuldades*, a autora entende, que, além dos cuidados e tratamentos médicos normais, a *atitude* que se deve ter diante de uma doença que o trabalhador apresente é diferente da atitude que se tem diante de uma doença comum, isto é, não causada pelo trabalho. *Direitos* previdenciários e trabalhistas só são concedidos a partir do diagnóstico, registro na CAT e encaminhamento correto do trabalhador doente e/ou acidentado²⁷. O médico é, então, o primeiro mediador do acesso do trabalhador aos direitos sociais a que faz jus, quando responde afirmativa ou negativamente à questões específicas do Laudo de Exame Médico, constante da CAT.

Segundo Valente e Settimi (1998), os sistemas de informação, de abrangência nacional, com dados referentes à saúde do trabalhador são, via de regra, de difícil acesso e com características técnicas que dificultam a sua utilização para fins epidemiológicos. Isto torna difícil o estabelecimento de um diagnóstico preciso da realidade da saúde dos trabalhadores no Brasil.

A Comunicação de Acidente do Trabalho – CAT, é a principal fonte de informações sobre acidentes de trabalho e doenças profissionais no Brasil. Esse documento é registrado pela previdência social para fins de controle dos pagamentos de benefícios aos trabalhadores acidentados ou acometidos por doenças do trabalho e não para fins epidemiológicos (Mendes, 1995). A previdência social está estruturada sob a lógica da indenização ao dano sofrido. Esse documento está praticamente restrito às regiões urbanas e, exclusivamente, aos trabalhadores da economia formal que possuem contratos de trabalho regidos pela CLT – com carteira assinada.

²⁷ Para efeito legal, acidente ou doença significam o mesmo. Antes, o benefício era diferenciado. Na esteira da retirada de benefícios dos trabalhadores, igualou-se doença comum com doença profissional.

Os registros da Previdência Social não exprimem o universo dos acidentes do trabalho ocorridos, uma vez que, por exemplo, em 1998, existiam menos de 22 milhões de segurados²⁸ da Previdência, para uma população economicamente ativa (PEA) de 65 milhões de pessoas (INSS, 1998). De acordo com o IBGE, dos trabalhadores brasileiros, apenas 50% são contribuintes da Previdência Social; a outra metade encontra-se no setor informal da economia. Segundo Wunsch Filho (1995), da perspectiva da saúde, os trabalhadores da economia informal estão à margem das estatísticas. Não existem registros de acidentes e doenças do trabalho, inexistindo morbimortalidade ocupacional nesse setor que tende a crescer em virtude da terceirização. Há um desconhecimento quase absoluto para os casos que atingem o setor informal. Estão excluídos, também, os funcionários públicos, trabalhadores autônomos, trabalhadores rurais e empregadas domésticas.

Mesmo com as limitações relativas às fontes (INSS, atendimentos ambulatoriais e ações de vigilância), podemos perceber que os acidentes de trabalho são eventos frequentes em nosso meio. Foram notificados em 1998:

- 401.254 acidentes no trabalho em nível nacional (DATAPREV/INSS/CAT/1998);
- 16.453 acidentes do trabalho em Santa Catarina (INSS/CAT/SC/1998);

²⁸ O número de trabalhadores segurados do INSS é um dado de difícil interpretação; é estimado com base no cadastro geral de empregados e desempregados do Ministério do Trabalho, que o elabora baseado nas informações fornecidas pelos sindicatos de categorias por meio dos boletins de homologação. Entram também os trabalhadores avulsos, tais como, estivadores, carregadores de bagagens em rodoviárias, médicos residentes e os desempregados em *período de graça* que não estão contribuindo, mas ainda estão cobertos pelos benefícios da previdência social.

Considerando o expressivo contingente da PEA excluída das estatísticas, por não contribuírem para a Previdência Social, pode-se inferir que, a incidência de acidentes do trabalho é muito maior do que a apresentada oficialmente.

É de conhecimento público que existe sub-registro de acidentes do trabalho, principalmente quando o acidente não é grave e o trabalhador não precisa afastar-se de suas atividades profissionais. Por outro lado, à medida que a gravidade aumenta, o sub-registro diminui, especialmente nos casos fatais (Ministério da Previdência Social, 1998).

3.2.1. - Sub-registro dos Acidentes de Trabalho

Na ocorrência e distribuição dos acidentes do trabalho, vários fatores contribuem e interagem entre si.

O estudo dessas ocorrências não comporta explicações óbvias. Embora previsíveis e preveníveis, os acidentes de trabalho são fenômenos complexos e que exigem abordagem de intervenção também complexa.

Numa análise sumária, a subnotificação dos registros dos acidentes do trabalho fica evidente. O IBGE aponta a influência dos cursos sobre segurança no trabalho ministrados pelas empresas públicas e particulares contribuindo para a diminuição dos acidentes de trabalho. Essa explicação não é suficiente e não se sustenta em nenhum critério científico ou estatístico bem definido ou comprovado.

Por outro lado, as mudanças na legislação de benefícios do INSS não parecem ser suficientes para justificar o sub-registro, mas estimularam a subnotificação de acidentes por parte das empresas. A Lei 6.367 de 19/10/76 transferiu o pagamento dos primeiros 15 dias de afastamento por acidente de trabalho ao empregador.

Os acidentes de trânsito, inúmeras vezes, são acidentes do trabalho, mas não aparecem como tal; desemprego e redução da oferta de emprego formal – com carteira assinada – nos centros urbanos, devido aos efeitos gerados pela recessão econômica; a garantia de emprego por doze meses ao segurado que sofreu acidente do trabalho, após a cessação do auxílio-doença acidentário, prevista atualmente, pelo artigo 346 do Decreto nº3.048/99, aumenta os sub-registros.

Como consequência da modernização em grandes e médias empresas, houve incorporação da informática e da robótica e novas técnicas de gerenciamento empresarial. Essas condições por si só, não diminuem os acidentes, mas essas empresas diminuíram a necessidade numérica da força de trabalho, exposta aos acidentes. Os acidentes diminuíram, mas por conta do aumento do desemprego. Porém, mais da metade da PEA está em empresas de pequeno porte, onde o risco de acidentes é grande, incluídos aí a zona rural – sítios e granjas, e na região urbana, oficinas, escritórios, lojas. Aqui é numerosa a força de trabalho e, conseqüentemente, o risco de acidentes aumenta. A população exposta é maior e as condições de trabalho piores. Ocorre que nesse setor, o número de trabalhadores que não são segurados da Previdência Social, também é muito maior.

Pergunta-se também, se as novas formas de organização do trabalho e técnicas de gestão empresarial estariam contribuindo para a redução do número de acidentes do trabalho. Os programas de qualidade total sofreram distorções aqui no Brasil. Para conceder esses certificados, os critérios utilizados pelas empresas de consultoria são baseados em parâmetros de instituições estrangeiras. Acidentes de trabalho atrapalham a imagem e a evolução da empresa. Uma empresa com poucos acidentes de trabalho registrados, alcança mais facilmente os critérios ISO e

consumidores no exterior. Além disso, costumam terceirizar fases mais problemáticas da produção, com maiores riscos aos trabalhadores: essa *assepsia* empresarial, talvez possa explicar a queda do número dos acidentes de trabalho, nas grandes empresas. Essas etapas tendem a ser transferidas para entidades produtivas menores, onde, muitas vezes, o trabalhador não tem contrato formal de trabalho. Dessa forma, é claro que o número de acidentes *diminui*. Um bom exemplo dessas categorias seriam os fumicultores, avicultores e suinocultores, que atuam num regime de “integração” com as empresas.

Nesse tipo de relação de trabalho, a dominação do capital industrial sobre o produtor é total. A empresa não só monopoliza a compra do produto, como também, a venda dos insumos necessários para produzi-lo. Além disso, através de vistorias periódicas de seus técnicos, ela não só orienta o produtor, como controla sua obediência às instruções dadas.

A assistência à saúde desses pequenos proprietários inexistente por parte da agroindústria. Eles são considerados trabalhadores autônomos e como tal devem buscar sua própria cobertura de saúde, ao contrário dos trabalhadores diretos assalariados da mesma empresa.

Ainda assim, os registros de acidentes e/ou doenças de trabalho são periodicamente sistematizados pelo INSS. As críticas incidentes sobre esses dados são muitas. A qualidade e fidedignidade deixam a desejar. A CAT apresenta um importante viés, decorrente da reconhecida subnotificação dos acidentes de trabalho em geral, e mais especificamente, das doenças do trabalho. Todavia, tendo que optar entre manter-se na ignorância, por razões de exigências técnicas, ou utilizar-se da documentação deficiente que oferecem as estatísticas oficiais, a escolha ainda é a última alternativa.

Pode-se, assim, extrair informações e formular hipóteses. Apesar destas limitações, o fato de a CAT ser um documento oficial, padronizado, cuja abrangência de nível nacional talvez só encontre paralelo com o atestado de óbito, faz com que ela se constitua numa importante fonte de informações sobre os acidentes de trabalho.

Deve ficar claro, porém, que essas informações não vão permitir mais que uma interpretação de tendências e de diferenças qualitativas.

Outras fontes de informações são alternativas e com abrangência limitada não se constituindo em séries históricas:

- Ambulatórios de saúde do trabalhador em raras regiões do SUS. *Os dados do Ambulatório de Saúde do Trabalhador (PMF/UFSC) estariam aqui incluídos.*
- Ambulatórios de Saúde Ocupacional, como o serviço médico do SESI – serviço social da indústria
- Ambulatórios médicos, de poucos sindicatos dos trabalhadores;
- Ambulatórios de empresas.

A partir da análise das informações geradas por diferentes fontes²⁹ podemos inferir algumas características gerais dos acidentes de trabalho no Brasil:

- as notificações são baixas em todo o Brasil, mas principalmente nas regiões Norte, Centro-Oeste e Nordeste; quase 90% dos registros provêm das regiões Sul e Sudeste;
- a maior parte dos acidentes atinge trabalhadores na faixa etária dos 20 aos 34 anos de idade;

²⁹ INSS/DATAPREV/CAT – Ministério da Previdência Social. 1998. INSS/CAT/SC (1998).

- a principal causa de mortes por acidentes do trabalho registrados no país são os acidentes de trânsito. Atinge principalmente trabalhadores envolvidos com sistemas de transportes e, ainda, os que exercem suas atividades extramuros da empresa;
- os condutores de veículos a motor constituem a categoria mais afetada pelas mortes decorrentes diretamente do trabalho;
- as regiões Centro-Oeste e Nordeste apresentam alta letalidade. As notificações ocorrem quando há óbitos;
- a agricultura é a principal fonte geradora de acidentes no trabalho (Brasil e Santa Catarina);
- a construção civil vem em 2º lugar (Brasil) e 4º lugar (Santa Catarina).

Infelizmente, são muito comuns os casos em que o profissional que atende o acidentado, seja por desconhecimento, por temores injustificados ou por pressão do empregador, recusa-se a preencher a CAT. Essa recusa tem implicações éticas, econômicas, trabalhistas e na prevenção de novos casos, pois se não há o registro desses eventos, não haverá ações de vigilância nos ambientes e processos de trabalho (Carmo, 1995: 438).

Para os profissionais em saúde do trabalhador que se deparam quotidianamente com a subnotificação de registros de doenças/ acidentes do trabalho e com a dificuldade de estabelecimento donexo causal, esses fatores terão como última consequência, a desproteção do trabalhador sob o ponto de vista legal.

Uma vez diagnosticado um acidente do trabalho, doença profissional ou doença relacionada ao trabalho, alguns procedimentos se impõem. O serviço de saúde deve estar capacitado para fornecer o tratamento e o acompanhamento médico do paciente e para notificar o agravo. Para que o trabalhador tenha acesso ao seguro de acidente do trabalho, obrigatório e ainda estatal (deverá ser transferido à iniciativa privada –

art. 201 da Emenda Constitucional nº20/98)), deverá ter seu acidente/doença comunicado à Previdência Social, através da Comunicação de Acidente do Trabalho e ser submetido à perícia de acidentes de trabalho, que reconhecerá o nexo e estabelecerá os benefícios a que faz jus.

Segundo a OIT (1999), a cada ano ocorrem, no mundo, mais de um milhão de mortes relacionadas com o trabalho, enquanto que centenas de milhões de trabalhadores, são vítimas de acidentes e estão expostos profissionalmente a produtos e processos perigosos. Estimativas moderadas mostram que os trabalhadores sofrem aproximadamente, duzentos e cinquenta milhões de acidentes do trabalho e cento e sessenta milhões de doenças relacionadas ao trabalho, cada ano. Em média, 3 mil pessoas morrem, diariamente, *por causa do trabalho*, ou seja, 2 por minuto. Aproximadamente um quarto das mortes, implica trabalhadores expostos a substâncias perigosas que produzem graves enfermidades, como o câncer ou problemas cardiovasculares, respiratórios ou do sistema nervoso. As mortes e lesões particularmente, apresentam altos índices nos países em desenvolvimento, onde existem grandes quantidades de trabalhadores em atividades primárias e de extração, como a agricultura, a exploração florestal, a pesca e a mineração – algumas das indústrias mais perigosas do mundo.

O amianto, por exemplo, é responsável pela morte de 100 mil trabalhadores por ano, segundo a OIT. O número de mortes relacionadas com o trabalho, supera a média atual de mortes em acidentes de trânsito (990 mil), conflitos armados (502 mil), violência (563 mil) e pela AIDS (312 mil), afirma a OIT.

No Brasil, dos acidentes de trabalho registrados no ano de 1998, 329 mil incapacitaram trabalhadores temporariamente; 14 mil permanentemente, e cerca de 4 mil trabalhadores morreram por causa do trabalho

(INSS/1998). Pressupomos que esses números são subestimados e escondem a violência dos processos de trabalho, em que estão envolvidos operários da indústria e da construção civil, trabalhadores do campo e da cidade. Muitas vezes sabemos dos acidentes de trabalho através de jornais.

Os dados do INSS, além de se referirem apenas aos acidentes registrados, excluindo portanto, todos os que ocorrem em trabalhadores não contemplados pelos direitos acidentários, sofrem de reconhecida subnotificação e, no caso das doenças profissionais, também do subdiagnóstico (Carmo, 1995:439).

O subregistro tende a aumentar em momentos de recessão econômica, em função do maior número de trabalhadores desempregados ou engajados no mercado informal, e mesmo dentre os segurados contemplados pelos direitos acidentários, aumenta a pressão para que não haja registro de eventuais acidentes. Também, em função dos procedimentos restritivos, por parte da Previdência Social, da incapacidade diagnóstica dos serviços de saúde da rede pública, do comprometimento com o interesse patronal, da maioria dos serviços das empresas, e de uma prática assistencial sintomática, de grande parte dos médicos (Machado e Minayo, 1990:128).

O trabalho, com carteira assinada, tem uma estabilidade muito tênue, pois à menor menção de diminuição de produtividade, faltas ao serviço mediante atestado médico ou tentativas de registro e regularização de situações de agravo à saúde causados pelo trabalho, os empregadores reagem com ameaças de demissão. Em relação às *proteções* que as leis conferem ao trabalhador, em caso de doenças/acidentes do trabalho, a informação inexistente para a maioria dos trabalhadores. E quando são informados, muitas vezes optam por não procurar recurso apropriado, devido ao temor de ficar desempregado. Essa atitude está arraigada na **crença**, verdadeira, de que, ao procurar um serviço médico ou a

orientação de sindicatos/advogados trabalhistas, será demitido. Inúmeras vezes isso realmente ocorre. Muitos médicos, sem formação em medicina do trabalho e saúde do trabalhador, têm dificuldade em visualizar a possibilidade da doença estar ligada à função desempenhada e em estabelecer onexo causal. Muitos deles, também na condição de empregados de empresas, obrigam-se a sonegar o diagnóstico de doença profissional, porque agora, ele também, o médico, pode ser dispensado se *estiver ao lado do trabalhador*.

Durante muito tempo (até 1991), a notificação dos acidentes de trabalho foi responsabilidade exclusiva das empresas, e como o número de acidentes é um dos parâmetros pelo qual as empresas são analisadas, para obtenção de benefícios fiscais e empréstimos do governo, a contribuição para a subnotificação foi imensa. Essa realidade começou a mudar, lentamente, somente a partir da década de 80 quando os sindicatos de categorias começaram a se preocupar mais com o problema. Não há dúvida que os acidentes leves ou os que não necessitam de afastamento do trabalho, são o alvo mais fácil da subnotificação. O subregistro, do ponto de vista previdenciário, é bem menor no caso de acidentes graves e, principalmente, nos casos fatais, por suas repercussões sociais. Embora escapem das estatísticas de mortalidade, baseadas na análise da causa básica da morte, constante no atestado de óbito. Essas informações são bem confiáveis e representam o indicador mais fidedigno para estimar o potencial de gravidade, além das sequelas e mutilações imputadas ao trabalhador, que afetam seriamente a **qualidade de vida futura**.

Os dados estatísticos referentes a acidentes de trabalho, então, não correspondem à realidade concreta onde transitamos. Somente a atenção integral à saúde do trabalhador pode minimizar os subregistros de doenças profissionais, em nosso meio.

Para Barata (1997), a falta de comprometimento dos sucessivos governos em minimizarem a exclusão social, fabricada e aperfeiçoada pelo paradigma vigente no nível socioeconômico, é fato evidente. As Políticas Públicas não atendem, minimamente, as necessidades dos seres humanos. A atual política que norteia as atividades do sistema de saúde é profundamente ineficaz e ineficiente, dadas as precárias condições de saúde da população brasileira, em particular, as condições de saúde da classe trabalhadora.

No setor saúde, a despeito do princípio constitucional “saúde é dever do Estado e direito de todos”, a degradação sistemática do atendimento médico-hospitalar, em prejuízo das camadas mais pobres da população, constitui, no presente, a face mais agressiva da exclusão social, neste país. Há deterioração das estruturas físicas dos serviços, do financiamento para o setor, da fiscalização estatal sobre os serviços conveniados. Hospitais fechados ou em estado pré-falimentar; equipamentos obsoletos ou inexistentes; leitos escassos, UTIs desativadas; profissionais desmotivados; longas filas de espera; usuários indignados e frustrados, compõem a crônica diária de um sistema que é a única alternativa para os 130 milhões sem amparo nos planos de saúde.

O descomprometimento do Estado se evidencia na carência de uma população exaurida por condições de vida e trabalho extremamente difíceis, agravada ainda, pela qualidade ruim de muitos serviços de saúde aos quais é obrigada a recorrer. O que se observa na realidade dos serviços públicos está muito distante da tão almejada garantia do direito à saúde. Além dos acidentes de trabalho, o trabalhador enfrenta muitas dificuldades ao necessitar dos serviços de assistência à saúde e do acesso aos direitos previdenciários.

A Previdência Social pauta-se, muito mais, por tentar negar os benefícios a que tem ou deveria ter direito o trabalhador acidentado do que por penalizar as empresas responsáveis pelos acidentes (Carmo, 1995:433).

O SUS, a quem compete como uma de suas atribuições, o atendimento ao acidentado do trabalho e a vigilância em saúde do trabalhador, tem sérios problemas na implantação e funcionamento de serviços especializados, com essa finalidade.

As doenças profissionais, que necessitam, muitas vezes, de inúmeras provas de causa e efeito, para serem estabelecidas, contribuem com a decadência física e mental do trabalhador, especialmente se os órgãos que estabelecem o direito aos seguros, obstaculizam seu reconhecimento (Wisner, 1994).

As dimensões negativas para o trabalhador advindas dessa postura – não reconhecimento das doenças do trabalho – são substancialmente maiores do que as conhecidas. Para efeitos estatísticos, a avaliação das consequências dos acidentes do trabalho é muito inferior à realidade, porque o quadro de coleta de dados, que é o dos seguros, é restritivo. A tentativa de negar os benefícios a que o trabalhador teria direito é uma constante, e antes do médico perito, a dificuldade inicia com o pessoal administrativo e até com os vigias dos postos do INSS. E as empresas responsáveis pelos acidentes, que deveriam ser punidas com multas, não sofrem, na prática, as sanções previstas em lei. A Constituição Federal de 1988, no seu título II, capítulo II, dos Direitos sociais, XXVIII, determina “...seguro contra acidentes de trabalho, a cargo do empregador, sem excluir a indenização a que este está obrigado, quando incorrer em dolo ou culpa.”

Para Bosi (1994), o que é instituído como direito, no nível institucional, acaba sendo negado pela prática cotidiana da implementação das políticas de saúde.

Portanto, as normas sociais que reconhecem, definem e atribuem direitos ao homem, mas que não são aplicadas pelo Estado, são referidas como *direitos programáticos* por Bobbio *apud* Carmo (1995:433).

Em nosso país, é fácil de comprovar a falta de correspondência entre os direitos assegurados no discurso e legislação oficiais e a realidade concreta a que se referem. Evidente está que, o direito não se materializa, simplesmente, pela sua formalização no texto constitucional e legislação conexas. Há, simultaneamente, necessidade de o Estado assumir uma política de saúde conseqüente, assegurando os meios que permitam efetivá-la.

Dentro dessa perspectiva, a criação e operação efetiva de estruturas de atenção médica às doenças profissionais, como ambulatórios especializados em doenças ocupacionais, é prioritária e inadiável.

CAPÍTULO 4

O AMBULATÓRIO DE SAÚDE DO TRABALHADOR

Os ambulatórios de saúde do trabalhador são serviços especializados³⁰ que realizam o atendimento de pessoas portadoras de doenças profissionais, encaminhadas por outros serviços da rede básica de saúde. Executam, também, programas voltados para problemas de saúde e trabalho, com ênfase em vigilância sanitária e vigilância epidemiológica. São serviços que fazem parte do SUS.

Com essas características gerais, os ambulatórios de saúde do trabalhador apontam para uma modificação no enfrentamento do agravo gerado pelas condições de trabalho ruins. A legislação contempla as ações. Porém, se essas iniciativas com tais características não se mostrarem efetivas, deixarão de ser inovadoras para se transformarem apenas, em bons serviços de saúde (Bonciani *et al*, 1996: 17).

Mesmo diante das dificuldades que marcam o dia-a-dia dos trabalhadores e das políticas públicas insuficientes para o setor, existe em Florianópolis um serviço de saúde, que quer propiciar guarida para esses sujeitos desprovidos do que para muitos, é o maior bem que alguém pode ter, o trabalho em condições dignas. O compromisso profissional seria uma abstração se não envolvesse uma decisão lúcida e se não se desse no plano do concreto.

O Ambulatório de Saúde do Trabalhador (AST), parceria do município de Florianópolis através da Secretaria Municipal de Saúde e Desenvolvimento Social e a Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC,

³⁰ É desejável que realizem um número de atendimento pequeno, concentrando-se em casos mais complexos que demandam maior atenção e tempo (Buschinelli – Plano de trabalho para desenvolvimento de ambulatórios de doenças profissionais – FUNDACENTRO).

teve sua existência física concretizada em setembro de 1994. É definido como de referência, de atendimento secundário³¹, no SUS.

É um serviço médico que diagnostica, trata, encaminha e orienta casos de doenças relacionadas ao trabalho.

Serve de referência para entidades sindicais, rede básica de saúde, profissionais de saúde, entidades patronais, Delegacia Regional do Trabalho - DRT, entre outros.

O AST pretende estar inserido na proposta de construção de uma prática transformadora, relacionada à problemática saúde-trabalho-doença que se concretiza, dialeticamente, na tão almejada atenção integral ao ser humano e suas necessidades de saúde. É exatamente a capacidade de atuar de acordo com finalidades propostas pelo homem, à qual está associada a capacidade de refletir, que faz do AST uma práxis, que tem o propósito de ser inovadora.

Das ações do Ambulatório de Saúde do Trabalhador, destacam-se principalmente a assistência – diagnóstico e tratamento – a trabalhadores, com suspeita ou portadores de doenças relacionadas ao trabalho, ou que foram vítimas de acidente do trabalho; o estabelecimento do nexos causal, ou seja, a relação do acidente e/ou doença com o trabalho desenvolvido; a orientação, quanto ao encaminhamento e registro de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, no que se refere aos direitos trabalhistas e previdenciários (notificação de uma doença é a comunicação oficial, à autoridade competente, da ocorrência de doenças do trabalho) a coleta e produção de dados através do registro de atendimento regular, referentes à área de saúde do trabalhador, bem como análise, para servir de subsídio e facilitar outras

³¹ O atendimento secundário é destinado, predominantemente, a atender pacientes necessitados da assistência de uma determinada especialidade médica.

ações em saúde do trabalhador – vigilância nos ambientes de trabalho; a participação em ações de vigilância em ambientes de trabalho, cujos trabalhadores estejam acometidos de doenças profissionais ou foram vítimas de acidentes do trabalho, em articulação com as ações de assistência. O intuito é o controle e eliminação dos riscos do trabalho à integridade física e mental dos trabalhadores; promoção de articulação interinstitucional, com o objetivo de facilitar a integração e otimização de ações conjuntas na área de saúde do trabalhador; servir de referência para entidades com atuação em saúde do trabalhador.

O trabalho, como co-fator no desencadeamento da doença e donexo causal, podem não ser tão claros (Bedrikow, 1987).

O anexo II, do Decreto nº3.048/99, que regulamenta a Lei nº8.213/91 da Previdência Social, relaciona os agentes patogênicos químicos, físicos e biológicos que podem causar doenças. Essa nova regulamentação agrega, também, outra relação com os agentes ou fatores de risco, de natureza ocupacional, relacionados com a etiologia das doenças profissionais e das vinculadas ao trabalho. Doenças, em que o trabalho pode ser um fator de risco, contributivo, mas não necessário. A hipertensão arterial e as neoplasias malignas (cânceres), em determinadas profissões, constituem exemplo típico. Doenças em que o trabalho é provocador de um distúrbio latente ou agravador de doença já estabelecida ou preexistente, em determinados grupos ocupacionais ou profissões também são consideradas. Ainda de acordo com o Decreto, estresse, transtornos neuróticos, *síndrome de Burn-Out* (“sensação de estar acabado”), podem ter problemas relacionados ao emprego e desemprego, além de circunstâncias relativas às condições de trabalho, como causa.

Provavelmente, muitas das lombalgias crônicas, hipertensões arteriais sistêmicas, distúrbios mentais, cânceres, que são as doenças responsáveis pelo maior número de aposentadorias por invalidez, na Previdência Social (Carmo, 1995), tenham o trabalho, como fator coadjuvante no seu desencadeamento.

Porém, legalmente, uma doença é registrada como profissional pela Previdência Social, quando o médico-perito a reconhece como tal. Do ponto de vista epidemiológico, o perfil das doenças do trabalho é de difícil discernimento pois, muitas não existem porque não é feito o diagnóstico pelo sistema de saúde; muitas são diagnosticadas, mas ao trabalho não é imputado responsabilidade na etiologia da doença; e muitas não são registradas pelo fato do trabalhador não ser segurado da Previdência Social (Wünsch Filho, 1995).

A partir da implantação do Ambulatório de Saúde do Trabalhador, houve um movimento de divulgação, com a elaboração de um folheto (Anexo F) que teve, por objetivo, propagar o AST junto aos diversos atores, institucionais ou não, envolvidos na questão saúde e trabalho.

Foram percorridas as emergências dos principais hospitais da região da Grande Florianópolis, visitadas as entidades de classe de categorias funcionais que são alvo frequentes de acidentes/doenças profissionais, segundo boletim do INSS, e, realizado reuniões e treinamentos³² com aproximadamente trinta médicos que clinicam nos Centros de Saúde da rede básica de Florianópolis³³.

³² As unidades de conteúdo dos cursos abrangiam conceitos em saúde do trabalhador; aspectos legais; exemplos de alterações; instrumentos a serem utilizados e encaminhamentos práticos.

³³ O município de Florianópolis conta com 47 unidades de saúde, classificadas como básicas, fundamentadas nas consultas e/ou procedimentos de profissionais de saúde e auxiliares.

Na vivência da clínica diária, as doenças profissionais e acidentes do trabalho são subdiagnosticados. Os médicos apresentam dificuldades, no estabelecimento donexo causal. Há doenças cuja sintomatologia é familiar, porém não há, por parte do profissional, consideração de suas relações com o trabalho. Além do despreparo profissional, soma-se a dificuldade do sistema institucional, em reconhecer as doenças profissionais. A rede de serviços de saúde, frequentemente, não dispõe dos recursos e meios para diagnósticos e tratamento dos agravos relacionados com o trabalho e não há sistema de referência e contra-referência, claramente definido.

Nos encontros com os profissionais de saúde do município, introduziu-se a problemática saúde e trabalho buscando-se apreender, junto à população atendida, a visualização do processo de trabalho como determinante de doenças. Apresentou-se a Comunicação de Acidente do Trabalho - CAT e como deveria ser a triagem para o encaminhamento ao Ambulatório de Saúde do Trabalhador.

Os coordenadores dos centros de saúde municipais também receberam explicações, pois muitas pessoas, vítimas de acidentes de trabalho, procuram os postos de saúde para curativos ou imunização contra o tétano e não passam pelo consultório médico: são os traumas leves que não levam ao afastamento do trabalho, lesões e machucaduras por pequenos esmagamentos, quedas e escorregões de pequena gravidade, mas que podem ter evolução desfavorável. Em todos esses casos, o preenchimento da CAT é necessário.

Na prática clínica, porém, ao nível dos centros de saúde e atendimentos de urgência, a relação entre as doenças dos pacientes e suas condições de trabalho, usualmente, não é percebida ou registrada.

Se na clínica diária for identificado possíveis relações entre doença e trabalho, os próprios clínicos devem iniciar a investigação dos casos, elaborando diagnósticos, realizando prescrições e encaminhamentos, não só

os de cunho médico como também os relativos à orientação trabalhista/previdenciária. Quando há alguma conexão entre a profissão do paciente e o motivo da procura da consulta médica, e não se consegue estabelecer o nexo causal no próprio centro de saúde, o AST faz a investigação.

Aqueles casos que requerem investigação especializada para confirmação ou não de acidente/doença do trabalho, devem, também, ser encaminhados ao Ambulatório de Saúde do Trabalhador. Entretanto, na prática cotidiana, a despeito de alguns profissionais estarem sensibilizados e atentos para a questão, a partir da observação de alterações de saúde decorrentes do trabalho, mesmo à simples suspeita, os médicos passaram a encaminhar, automaticamente, os pacientes ao AST.

À época da implantação do AST, contava-se com 03 médicos do trabalho, 01 assistente social e 01 odontólogo com formação em saúde ocupacional. Atualmente, esse serviço conta com a participação, em tempo parcial, de um único profissional – uma médica do trabalho. Os motivos para o esvaziamento da equipe foram os mais variados, desde pedidos de demissão, até remanejamentos internos de profissionais. Por ocasião da médica se ausentar para férias, licenças ou cursos de aperfeiçoamento, o AST literalmente fecha as portas, causando transtornos aos trabalhadores em acompanhamento.

Ao contrário dos centros de saúde que estão organizados para expressar resolutividade em alguns aspectos do processo saúde-doença, privilegiando o atendimento individual, a realização de alguns exames complementares, a prescrição e fornecimento de alguns medicamentos, o Ambulatório de Saúde do Trabalhador tem uma demanda especial e a produtividade, muitas vezes, não corresponde às expectativas da Secretaria de Saúde³⁴.

³⁴ Atendimentos no Ambulatório de Saúde do Trabalhador: **1994**-168; **1995**-567; **1996**-148; **1997**-87 (nesse ano, o Ambulatório funcionou apenas 6 meses); **1998**-181; **1999**-168. Total: 1.319 trabalhadores atendidos.

Fonte: Serviço de Arquivo e Estatística/ Serviço de Prontuário do Paciente/HU.

4.1. - O FLUXO DE ATENDIMENTO NO AMBULATÓRIO DE SAÚDE DO TRABALHADOR

O trabalhador com suspeita de doença profissional, avaliado por médico da rede básica de saúde, de hospitais, empresas ou sindicatos, é agendado mediante encaminhamento, por escrito, ao Serviço de atendimento Médico – SAME, do Hospital Universitário, diariamente das 07 às 17 horas. A frequência de atendimento no AST é de apenas, duas vezes por semana. O funcionamento dentro de um hospital de ensino propicia o acesso aos outros serviços do hospital, os quais podem ser acionados para ajuda no esclarecimento de patologias mais complexas.

O trabalhador é então avaliado, e inicia-se a investigação da suspeita de doença relacionada ao trabalho.

Cada trabalhador atendido no AST, passa por uma consulta clínica num processo de entrevista – anamnese³⁵ e exame físico, com o intuito de se caracterizar a relação, entre os diversos ambientes de trabalho e os riscos existentes, aos quais o sujeito está submetido. Faz-se um levantamento da história familiar, dos antecedentes médicos, além dos dados pessoais.

“E assim, o médico que vai atender a um paciente proletário não se deve limitar a por a mão no pulso, com pressa, assim que chegar; sem informar-se de suas condições; não delibere de pé sobre o que convém ou não convém fazer; como se não jogasse com a vida humana; deve sentar-se, com a dignidade de um juiz, ainda que não seja em cadeira dourada, como em casa de magnatas; sente-se mesmo num banco, examine o paciente com fisionomia alegre e observe detidamente o que ele necessita dos seus conselhos médicos e dos seus cuidados piedosos. Um médico que atende um doente deve informar-se de muita coisa a seu respeito pelo próprio e pelos seus acom-

³⁵ Falar com o paciente-trabalhador e obter sua história médica em geral constituem a primeira e, com frequência, a parte mais importante do processo de assistência médica. É quando se reúne a informação necessária para elaborar um diagnóstico provável.

panhantes, segundo o preceito de Hipócrates; ‘Quando visitares um doente, convém perguntar-lhe o que sente, qual a causa, desde quantos dias, se seu ventre funciona e que alimento ingeriu’; a estas interrogações devia-se acrescentar outra: ‘e que arte exerce?’ Tal pergunta considero oportuno e mesmo necessário lembrar ao médico que trata um homem do povo, que dela se vale para chegar às causas ocasionais do mal, a qual quase nunca é posta em prática, ainda que o médico a conheça. Entretanto, se a houvesse observado, poderia obter uma cura mais feliz.” Ramazzini (1992: 17).

No instante do encontro, que é a prestação do serviço, o poder permeia a relação, mistura sujeitos, confunde papéis (Foulcaut, 1982).

A abordagem da anamnese é qualitativa, uma vez que, os sujeitos trabalhadores foram ouvidos não apenas em função deste estudo, mas a cada dia de trabalho no AST, durante esses vários anos. O processo de interação com esses sujeitos deu-se então, através de consultas médicas, pois, o atendimento é de pacientes enviados para comprovação da ocorrência de moléstias profissionais.

A descrição do processo de trabalho é feita pelo próprio trabalhador, na ocasião do comparecimento ao ambulatório médico. Ambientes da construção civil, indústria do mobiliário, metalúrgicas, do ramo alimentício, estabelecimentos bancários e de processamento de dados, agricultura e agro-indústria, salas de aula, e profissões liberais, entre outros, são descritos. Se, a partir disso, tem-se elementos suficientes para detectar os locais de exposição críticos, procede-se com questões sobre o processo de trabalho propriamente dito: como é? o que fazem e de que modo? quantas vezes? por quanto tempo? há agentes de risco presentes? Após, correlaciona-se as consequências da exposição nociva no ambiente de trabalho com o quadro clínico atual do paciente-trabalhador³⁶. Quando há correspondência e/ou

³⁶ Muitas vezes, necessitaria-se visitar *in locu* o ambiente de trabalho para se ter a certeza do nexos causal. O fato de apenas uma médica atender ao AST, quase que inviabiliza essa importante etapa da investigação, que é realizada apenas em casos de extrema dúvida.

comprovação, diz-se que hánexo causal. Solicita-se então, à empresa, que emita a CAT (Anexo G). Caso haja recusa do empregador na emissão da CAT, o AST preenche o documento. Além dos procedimentos médicos normais, elabora-se relatório à perícia médica do INSS, faz-se o Laudo de Exame Médico que é integrante da CAT, e encaminha-se para o devido registro como doença profissional/acidente do trabalho, junto ao INSS (Anexo H).

O estabelecimento de nexocausal entre as condições de trabalho e os casos de doenças, em que a fragmentação institucional tem efeito restritivo, é realizado pela Previdência Social por intermédio da perícia médica do INSS, que tem a palavra final.

A ficha utilizada para controle dos atendimentos realizados, é simplificada (Anexo I). O controle do registro do acidente de trabalho é feito com o retorno do trabalhador ao ambulatório, verificação do registro, através de carimbo na Carteira de Trabalho e Previdência Social, com o respectivo código que indica a aceitação do INSS como acidente de trabalho e, a realização ou não, de nexotécnico³⁷ pela perícia do INSS. A partir do aceite pela Previdência Social da doença/acidente do trabalho, os caminhos podem ser muitos, entre eles, o retorno ao trabalho após tratamento, reabilitação e/ou readaptação; a garantia de emprego por 12 meses, se o segurado esteve por mais de quinze dias afastado do trabalho; pedido de reintegração de emprego em casos de demissão (ação judicial); pedidos de indenização às empresas ou pedidos de pecúlios ao INSS por redução ou perda da capacidade laborativa.

A negativa do nexocausal por parte da perícia médica do INSS, mesmo naqueles casos de municípios distantes onde o acompanhamento do paciente é muito mais difícil, ocorre raramente. Quando isso acontece, e há a convicção de que a doença foi causada pelo trabalho, solicita-se, na sequência:

³⁷ Deslocamento dos peritos médicos do INSS até o local de trabalho para comprovação do nexocausal.

- pedido de reconsideração de acidente de trabalho;
- recurso à junta da Previdência Social;
- revisão de nexos técnicos, estabelecido pelo INSS;
- estabelecimento da via judicial.

Eventualmente, como parte das atribuições do Ambulatório de Saúde do Trabalhador, acompanha-se a realização do nexo técnico juntamente com os peritos do INSS, para emissão de laudos e pareceres referentes a trabalhadores atendidos pelo AST. Deseja-se que o INSS, tenha mais de um ponto de vista, além do de seus técnicos.

Entende-se que, para o bom desempenho das propostas que norteiam as atividades do AST, é fundamental a participação dos trabalhadores e suas representações, para que haja sintonia entre a demanda e o que é oferecido, tornando este serviço eficaz no atendimento dos agravos produzidos pelo trabalho e fortalecendo suas lutas por melhores condições de trabalho.

Nem todos os atendimentos no AST geraram diagnóstico de doenças profissionais. Mas, nos que se configuraram como relacionadas ao trabalho, foram tomadas todas as medidas cabíveis, apesar das dificuldades, como se verá adiante.

Pretende-se que as ações no Ambulatório de Saúde do Trabalhador sejam desenvolvidas sob as premissas de um modelo de atenção integral – e não somente assistencial – ao trabalhador, onde ações individuais/curativas, de avaliação clínica, se desenvolvam de forma articulada com ações coletivas, de vigilância em saúde, realizadas no local de trabalho, uma vez que os agravos à saúde relacionados ao processo de trabalho, são essencialmente preveníveis.

O diagnóstico em saúde do trabalhador, individualmente, implica na identificação de problemas de saúde que podem e devem, sob o pressuposto da resolutividade, ter assegurado o tratamento apropriado imediato.

Quando forem requeridos cuidados que ultrapassem a capacidade ou qualificação do profissional, o encaminhamento deverá se efetivar de acordo com o sistema de referência apropriado, ou seja, tratamento com especialistas do próprio Hospital Universitário e/ou tratamentos complementares dentro ou fora da instituição (fisioterapia, reabilitação, acupuntura...). No entanto, a precariedade de tal “sistema de referência” e a morosidade dos processos de investigação diagnóstica, muitas vezes, prolonga sobremaneira a exposição do trabalhador às situações de trabalho que causaram as lesões, permitindo seu agravamento.

Considera-se fundamental o direito à informação sobre a saúde, por isso, adota-se, como prática cotidiana, o acesso e o repasse de informações aos trabalhadores, sobretudo quanto aos riscos nos processos e ambientes de trabalho, e as que dizem respeito direto à prevenção e promoção da qualidade de vida³⁸. O trabalhador deve ter informações a respeito de seu adoecimento, tratamento e reabilitação, além das implicações legais que cada caso exige.

Além do atendimento dos trabalhadores da região da Grande Florianópolis, o AST tem também, correspondido como referência estadual para casos mais complexos. O relato do atendimento de um trabalhador, exemplifica o exposto acima.

A. P., 35 anos, ajudante de produção de agroindústria durante 5 anos. Anteriormente também trabalhou em granjas de aves e suínos. Natural e residente em Concórdia/SC. Encaminhado pelo Sindicato dos Trabalhadores na Indústria da Alimentação em Agroindústria no Meio Rural de Concórdia e Região, em março/99. Há mais ou menos um ano iniciou com náuseas, fraqueza muscular, falta de ar aos médios esforços, dormência na língua. Trabalhava com herbicidas para limpar o matagal ao redor da granja e com “desinfetantes” para ninhos e ovos, à base de ácido acético e paraformaldeído. Quando apresentou-se ao AST, estava demitido desde o mês anterior (fevereiro) e forneceu exames laboratoriais realizados pelo médico do trabalho da

³⁸ Portaria nº3.908, de 30 de outubro de 1998, que aprova a NOST/SUS – Norma Operacional Básica de Saúde do Trabalhador.

empresa, por ocasião de seu Exame Médico Demissional. Os exames evidenciavam função hepática alterada e diminuição de glóbulos brancos no sangue. Mesmo assim havia sido considerado “apto” ao exame médico.

Ao exame físico encontrava-se abatido, emagrecido, com dificuldade de articulação das palavras, queixando-se de dor abdominal. Solicitou-se exames complementares, avaliação gastroenterológica e neurológica. Os resultados de interesse foram uma função renal comprometida e diminuição das plaquetas, padrão obstrutivo pulmonar à espirometria, além da presença de úlcera gástrica à endoscopia gastroduodenal. O Centro de Informações Toxicológicas do HU enviou bibliografia ao AST, a qual confirmou alterações de funções pulmonares, renais, hepáticas, depressão de medula óssea e neuropatia, causadas pelos produtos químicos que o trabalhador manuseava.

Diante desse quadro, solicitou-se à empresa a emissão da CAT. No retorno do trabalhador ao AST a mesma não havia sido emitida. Sendo assim, o AST providenciou o preenchimento da CAT. Num primeiro momento a CAT foi negada³⁹ pela perícia médica do INSS. Emitimos então, Relatório à Perícia Médica de Concórdia, em agosto/99, reiterando o Parecer de Doença Relacionada ao Trabalho. Concomitantemente, profissional da DRT, que já acompanhava esse caso, emite igualmente Parecer Técnico, corroborando o diagnóstico de moléstia de caráter ocupacional.

Ao ter seu registro concluído, o trabalhador, agora em benefício previdenciário, e com processo judicial já instituído, obteve em outubro/99, decisão de Reintegração de Emprego (“em funções compatíveis e que não agravem seu quadro médico”) pela Junta de Conciliação e Julgamento de Concórdia, tomando por base “o laudo realizado pela médica” do AST “e ainda as conclusões” da médica do trabalho da DRT.

O trabalhador A. P. encontra-se trabalhando na mesma empresa e tem retorno marcado ao AST, em março/2000, para avaliação e acompanhamento clínico.

Este relato traz informações de um evento, que pode no município aqui envolvido, ser considerado um evento-sentinela. A continuidade desse processo, deveria desencadear ações de vigilância em saúde do trabalhador por parte do poder público, com o intuito de prevenir o aparecimento de novos casos e identificação dos agravos à saúde, já estabelecidos.

³⁹ Soube-se depois, que o médico perito do INSS de Concórdia, era também médico da empresa que demitiu o trabalhador.

4.2. – O ATENDIMENTO NO AMBULATÓRIO DE SAÚDE DO TRABALHADOR

APRESENTAÇÃO DOS DADOS E DISCUSSÃO PRELIMINAR

Os atendimentos no Ambulatório de Saúde do Trabalhador, de setembro de 1994 a junho de 1999, entre consultas novas e retornos, somam 1.047. Destes, apenas os casos novos (356), foram analisados. Do total de casos novos, 71 foram considerados doença *comum*. Analisou-se os prontuários médicos dos arquivos do Setor de Arquivo e Estatística / Serviço de Prontuário de Pacientes do Hospital Universitário (HU), de trabalhadores atendidos nesse período, e que se configuraram em doenças e/ou acidentes, necessitando de algum tipo de registro previdenciário, num total de 285 casos.

O prontuário do HU é comum a todas às especialidades. Dessa forma, o levantamento de dados deu-se, principalmente, através de dados obtidos da consulta realizada no AST com informações registradas na Ficha Individual do paciente e, quando necessário, com anotações de consultas de outras especialidades, o que, muitas vezes, auxiliou no estabelecimento do diagnóstico de doença profissional. Na análise dos prontuários os parâmetros estudados e avaliados foram, entre outros, idade, sexo, procedência, profissão, se é segurado da previdência social, isto é, se possui carteira de trabalho assinada, tempo de serviço, quem encaminhou, quadro clínico, diagnóstico, se é portador de doença comum ou do trabalho, incluídos aí, acidente típico, de trajeto e doença profissional. Os resultados obtidos foram agrupados por categorias, resultando em um perfil dos acidentes/doenças do trabalho e que configuram estatística própria do AST. A comparação com os dados estatísticos do INSS (estado e nação), apresenta sérias restrições metodológicas, pois a demanda aqui tratada é específica e de abrangência limitada, ou seja, as populações alvo de tais levantamentos não são homogêneas, não permitindo comparações. É importante ressaltar

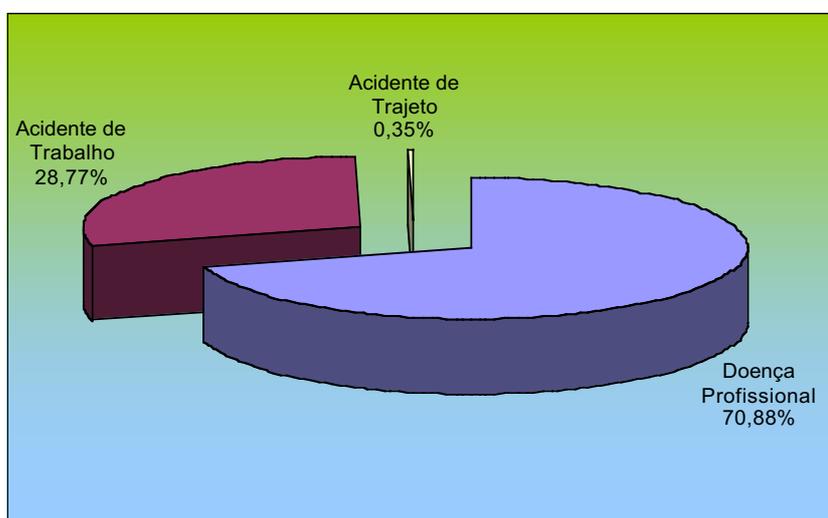
que o AST não realiza os exames admissionais, periódicos e demissionais, previstos na NR-7 da Portaria 3.214/78, do Ministério do Trabalho.

Os dados estão restritos a populações de referência e, na dependência do tipo de atividade predominante na região de atuação do AST, haverá concentração de doenças, determinadas pelo tipo de exposição prevalente.

Os principais resultados dessa análise, no período compreendido entre setembro/94 e junho/99, são apresentados a seguir.

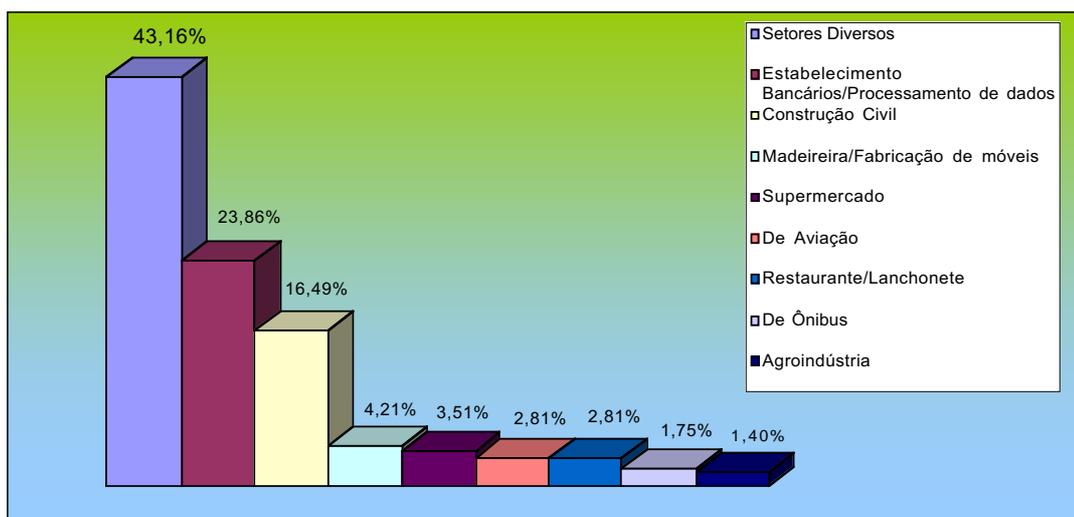
Os diagnósticos de doença profissional e/ou relacionada ao trabalho, perfizeram um total de 202 casos (70,87%); os acidentes de trabalho típicos, somaram 82 casos (28,77%) e apenas 1 (um) caso foi considerado acidente de trabalho, devido a um acidente de trânsito – acidente de trajeto (0,35%). O AST é principalmente investigativo para doenças com períodos de maior latência. Os acidentes típicos, atendidos nas emergências dos hospitais, dificilmente chegam para serem investigados, por dois motivos principais. São atendidos sem a devida relação com o trabalho que o ocasionou e portanto, não são notificados, ou o nexo causal é tão evidente que a CAT é preenchida sem a menor dúvida. Os acidentes de trabalho típicos encaminhados ao AST são, em sua maioria, os que não foram reconhecidos pelas empresas como tais, ou os que geraram incapacidade física – total ou parcial – ao trabalhador, com conseqüente demissão.

Figura 1 – Distribuição dos atendimentos, segundo o tipo de agravo.



Foi possível identificar as *empresas e os ramos de atividade* com maior número de acidentes (Figura 2). Em primeiro lugar (123), perfazendo 43,15%, um conjunto de setores, tais como, comércio, gráficas, metalúrgicas, indústria de confecção de cadeiras, etc. Os estabelecimentos bancários e processamento de dados (incluindo-se aí, digitadores, analista de sistemas), escritórios de contabilidade, em segundo lugar (68 casos - 23,85%), seguidos pela construção civil (47 casos - 16,49%), em relação ao número de acidentes e doenças.

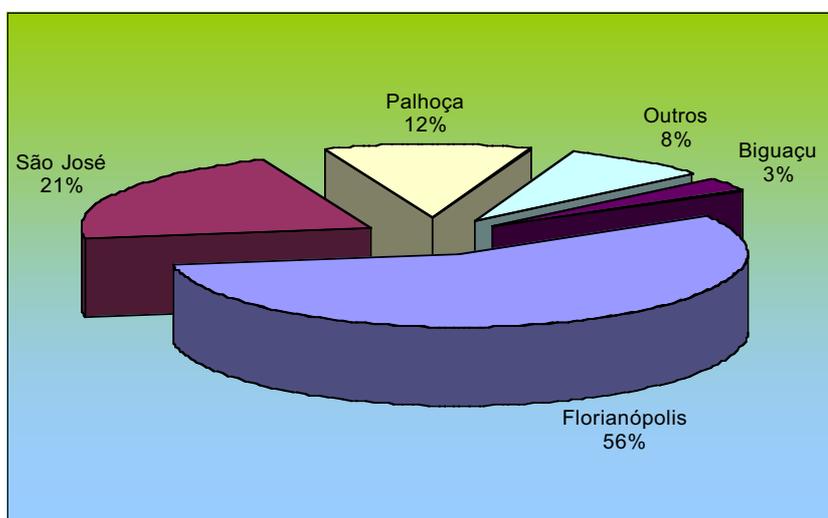
Figura 2 – Distribuição dos atendimentos segundo o ramo de atividade.



O número e a gravidade referentes aos ramos de atividades, exemplificam a viabilidade de utilização deste banco de dados como fonte importante para o estabelecimento de prioridades para as ações de investigação dos ambientes de trabalho, desenvolvidas pelo Serviço de Saúde do Trabalhador, no município de Florianópolis.

Os trabalhadores analisados (Figura 3) têm como *local de residência*, Florianópolis em 159 dos atendimentos (55,79 %); em 103 dos atendimentos, os trabalhadores vieram da Grande Florianópolis – São José (61 casos), Palhoça (33 casos), Biguaçu (9 casos) – outros municípios – Campos Novos, Lages, Concórdia, Coronel Freitas, Bom Retiro, Fraiburgo, Criciúma, Garopaba – somaram 23 atendimentos (8,07%).

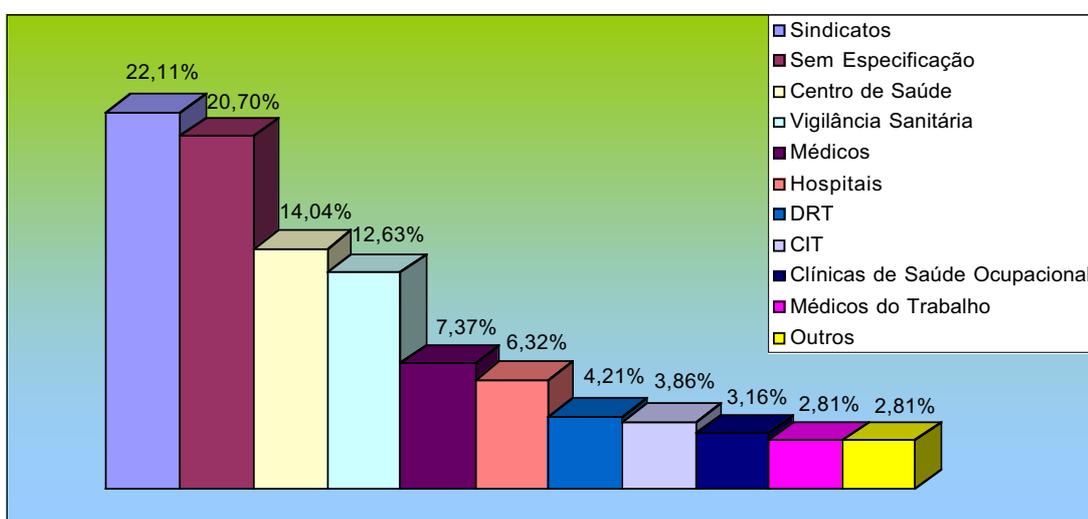
Figura 3 – Distribuição dos atendimentos segundo o local de residência.



Em relação à *origem dos encaminhamentos* (Figura 4), 22,11% dos casos (63 atendimentos) deve-se aos sindicatos de várias categorias – correios, bancários, aeroviários, indústria da construção de estradas, processamento de dados, indústria de alimentos e agroindústria; em 20,70% das vezes, não se conseguiu saber a origem dos encaminhamentos (48 casos); os Centros de Saúde da rede básica do SUS de Florianópolis e Palhoça, encaminharam 40 trabalhadores (14,04%); a Vigilância Sanitária do município de Florianópolis gerou 36 atendimentos (12,36%);

os médicos e os hospitais foram os responsáveis por 50 encaminhamentos (13,68%); o Ministério do Trabalho encaminhou 12 trabalhadores (4,21%); 11 casos deveu-se ao Centro de Informações Toxicológicas (3,86%); as clínicas de Saúde Ocupacional encaminharam 9 trabalhadores (3,16%) e os médicos do trabalho de empresas, 8 encaminhamentos (2,81%).

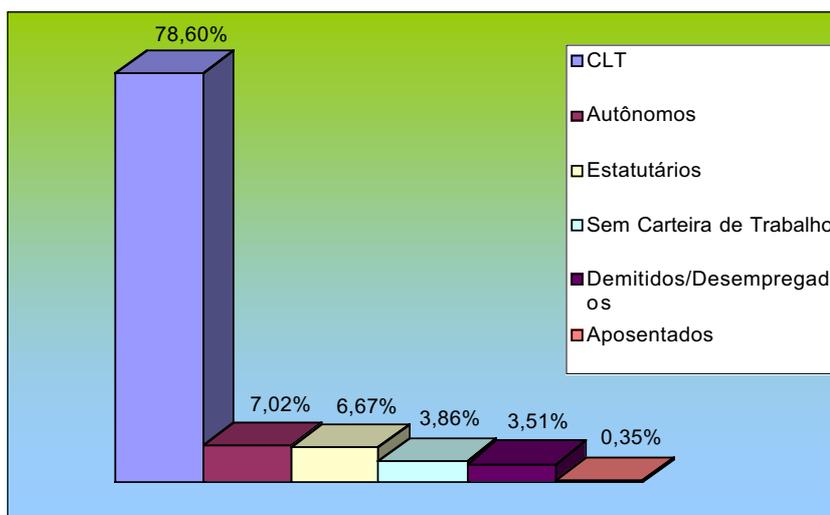
Figura 4 - Distribuição dos atendimentos segundo a origem dos encaminhamentos.



Em relação às clínicas de saúde ocupacional e aos médicos do trabalho, pode-se inferir que, os motivos que determinaram os encaminhamentos ao Ambulatório de Saúde do Trabalhador, tenham sido a falta de autonomia por parte dos profissionais, no diagnóstico da doença profissional ou na emissão da CAT.

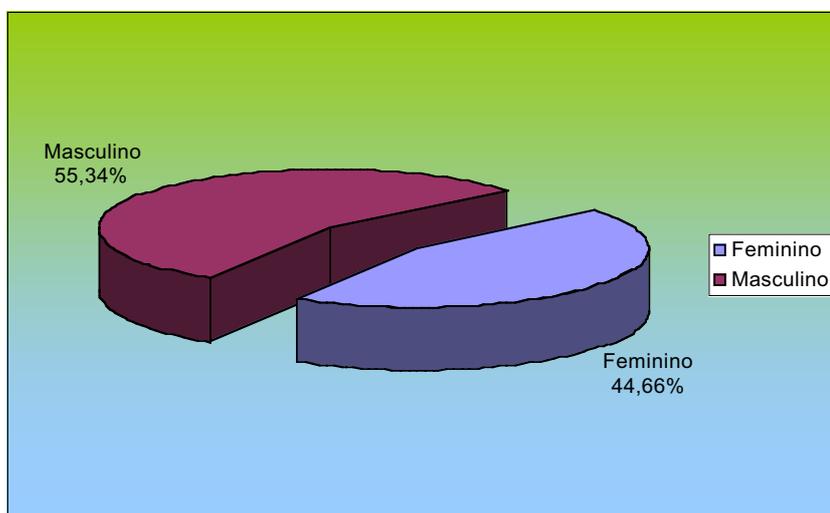
Dos trabalhadores avaliados (Figura 5), a imensa maioria possuía carteira assinada, perfazendo um total de 224 trabalhadores (78,60%); 20 eram autônomos (7,02%); 19 servidores públicos estatutários (6,67); 11 não possuíam vínculo empregatício (3,86), 10 estavam desempregados (3,51%) e apenas um estava aposentado (0,35%).

Figura 5 – Distribuição dos trabalhadores segundo o vínculo empregatício.



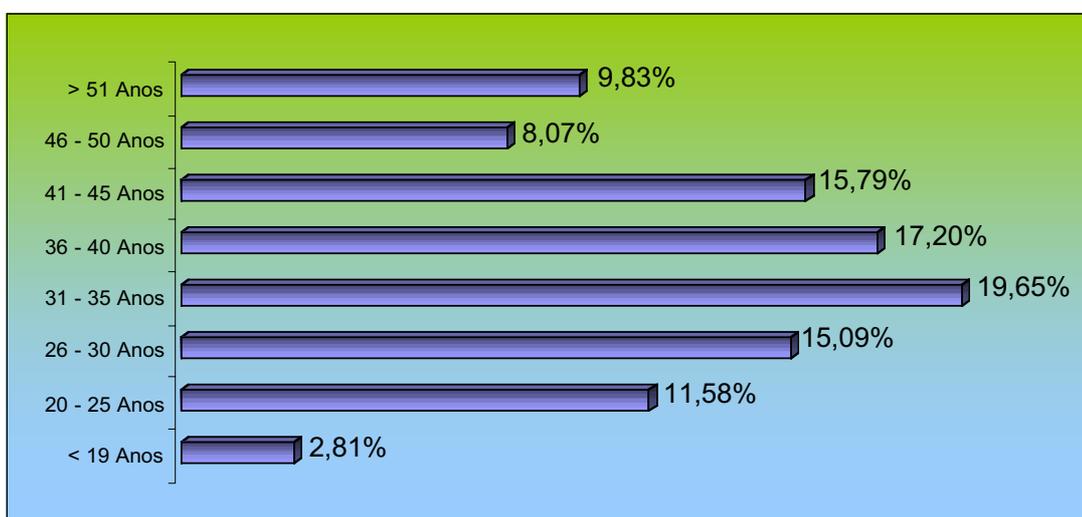
A distribuição por sexo foi a seguinte (Figura 6): 197 homens (55,34%) e 159 mulheres (44,66%). A predominância masculina é branda se considerarmos a crescente participação feminina no mercado de trabalho, que em 1998 atingiu 33%, segundo a Pesquisa Nacional por Amostragem Domiciliar/IBGE.

Figura 6 – Distribuição dos trabalhadores segundo o sexo.



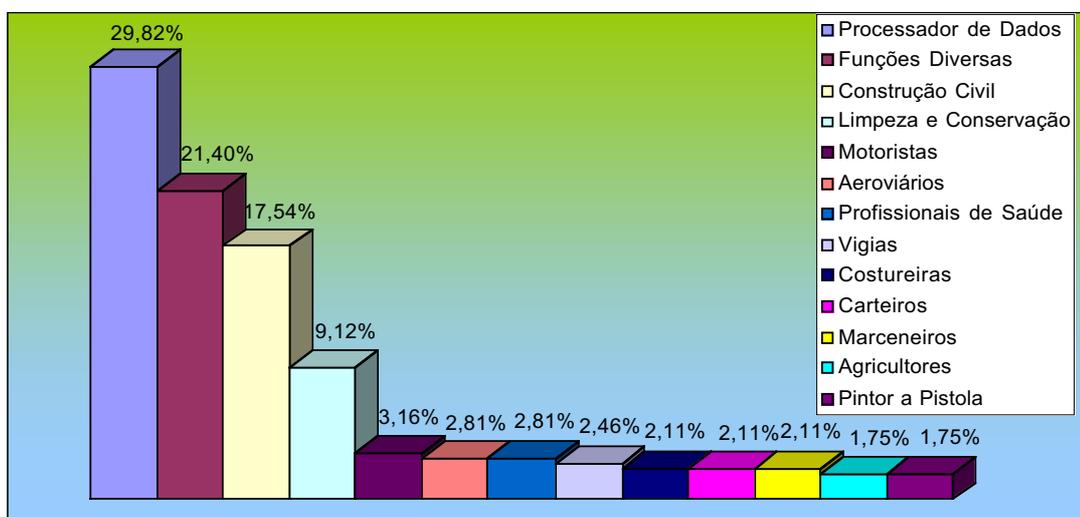
A distribuição dos trabalhadores, por *faixa etária* (Figura 7), mostrou que as idades mais frequentes, se situaram entre 26 e 45 anos, correspondendo ao período em que as pessoas estão maciçamente inseridas no mercado de trabalho e, portanto, mais expostas aos agravos de uma forma geral.

Figura 7 - Distribuição dos trabalhadores segundo a faixa etária.



Dos trabalhadores que foram atendidos no AST durante o período de setembro de 1994 a junho de 1999 (Figura 8), 29,82% pertenciam ao setor de processamento de dados e estabelecimentos bancários (85 trabalhadores). Trabalhadores com funções variadas (metalúrgico, cabeleireiro, eletricista, ceramista, soldador, garimpeiro, etc.), ocupam o 2º lugar nos atendimentos (61 casos - 21,40%), seguidos pela construção civil, 50 casos (17,54%), limpeza e conservação, 26 atendimentos (9,12%).

Figura 8 – Distribuição dos trabalhadores segundo a atividade profissional.

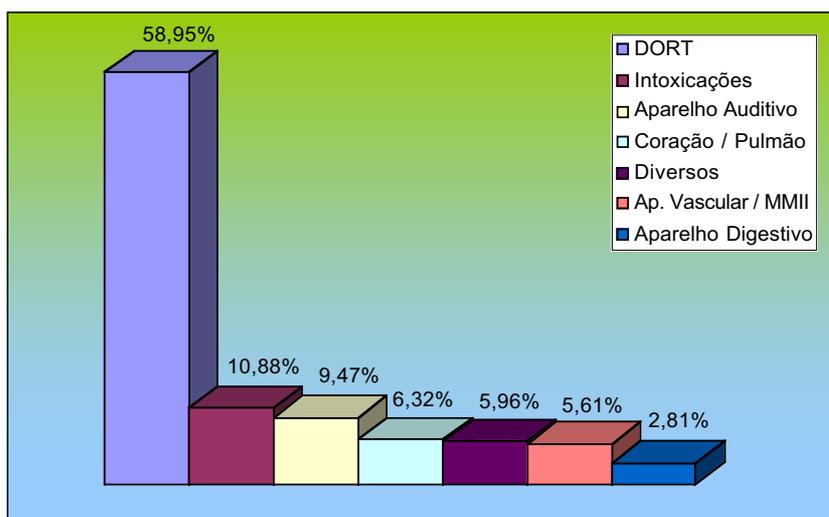


Tem sido descrito que mudanças socio-econômico-culturais e inovações tecnológicas trouxeram grandes alterações no modo de trabalhar, e conseqüentemente, na forma de adoecimento dos trabalhadores (Valente e Settimi, 1998). Ao mesmo tempo em que trabalhadores sofrem acidentes graves, há uma tendência de multiplicação de doenças da esfera mental e osteomuscular. As intoxicações por metais pesados, o câncer ocupacional, as mutilações de mãos e dedos, principalmente, continuam a violentar os seres humanos. A par desses agravos à saúde, que são bem conhecidos, outros, decorrentes da organização do trabalho, que acometem, em especial, o sistema osteo-muscular e a saúde mental, trazem conseqüências importantes a diferentes categorias de trabalhadores.

No Ambulatório de Saúde do Trabalhador, a análise dos dados mostra (Figura 9), que a maior frequência de casos atendidos, 168 diagnósticos, refere-se a lesões músculo-esqueléticas decorrentes de traumas cumulativos – as Lesões por Esforços Repetitivos ou Distúrbios

Ostomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT) – (58,95%), entre elas, as tendinites, não diferindo de outros serviços de referência em saúde do trabalhador, de regiões do país.

Figura 9 – Distribuição dos atendimentos segundo o diagnóstico.



As doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho constituem fenômeno multicausal e afeta trabalhadores de vários postos da indústria, serviços e comércio. Entre eles, encontra-se operários de linha de montagem, datilógrafos/digitadores, operadores de caixa, costureiras, bancários, empacotadores. Essa doença está relacionada ao esforço repetitivo e também decorre de outras causas, muitas vezes combinadas entre si. As posturas fixas, associadas com trabalhos sedentários, assim como posturas extremas, com torções de tronco, membros e pescoço, são fatores de risco, a exemplo de pintores, quando precisam alcançar áreas de difícil acesso. A repetitividade do movimento conjugada com a força empregada, constituem, igualmente, fatores de risco. O uso moderado de

força, ou o emprego da força isolada, aliados à utilização repetida de pequenos músculos está relacionado ao aparecimento da síndrome. Assunção e Rocha (1994), Codo e Sampaio (1995). Higgs *et al* (1995), identificam ainda, como importantes fatores de risco, o conteúdo mental das tarefas, grau de flexibilidade da ação do trabalhador, pressão em relação à produção, qualidade da comunicação entre empregados e chefia, e as características individuais da musculatura corporal.

Em 1987, o Ministério da Previdência e Assistência Social reconheceu a Tenossinovite como doença do trabalho⁴⁰ e, somado ao fato de uma parte do movimento sindical estar atento para o problema, a notificação dessas doenças vêm crescendo.

As intoxicações (31 casos - 10,88%) e doenças que acometem a audição (27 casos - 9,47%) vêm em seguida, na estatística do AST.

Do total dos atendimentos (1.047), a investigação clínica *não relacionou a doença ao trabalho* em 71 dos casos. Por outro lado, em 39 dos atendimentos, a doença foi relacionada ao trabalho, mas *não houve emissão de CAT*, por dois motivos: trabalhador sem vínculo empregatício pela CLT (estatutário, autônomo) e não retorno do paciente.

Entre os eventos agudos, diretamente relacionados ao trabalho, estão as *intoxicações por produtos químicos*, em particular os agrotóxicos. Na década de 70, o agricultor só obtinha financiamento (crédito rural), se comprasse agrotóxico. De 1972 a 1980, esses empréstimos eram totalmente isentos de juros. A compra do biocida pelo agricultor era condição para concessão do empréstimo (Martins, 1986). Isso implicou na adoção compulsória de uma tecnologia baseada em substâncias potencialmente tóxicas, por um trabalhador basicamente desinformado ou até mesmo enganado (muitos até hoje, chamam os agrotóxicos de “remédios”).

⁴⁰ Portaria nº4.062 de 6 de agosto de 1987.

Segundo Martins, o problema com o uso do agrotóxico se agrava muito porque o agricultor brasileiro tem pouca instrução, não é treinado para trabalhar com o produto tóxico e nem mesmo sabe que é instrumento de verdadeiros atentados contra sua vida e de seus familiares, do meio ambiente e do consumidor. O agrotóxico é aplicado a seu modo, sem orientações técnicas, desconhecendo dosagem, horário de aplicações e período de carências. Muitas vezes usa agrotóxicos contra-indicados. Até a década de 80, as orientações nas embalagens vinham em inglês, alemão e até japonês; mesmo quem sabia ler português, não compreendia os perigos envolvidos no uso dos produtos. A maioria dos agrotóxicos vendidos no Brasil, pertence ao grupo dos proibidos em seus países de origem.

Os envenenamentos por agrotóxicos, constituem um problema de difícil avaliação no país, já que não existem estatísticas confiáveis. O número de acidentes e doenças profissionais registrados no Brasil, só cobre a área urbana e a economia formal. A área rural continua no total abandono.

Alguns tipos de câncer ocupacional, a grande maioria das intoxicações, e hipersensibilidades, têm como causa esses novos produtos. Os fabricantes dizem que o problema não é o agrotóxico, mas o seu uso inadequado, e que não existem provas concludentes sobre os danos já causados por esses venenos. A natureza exata dos princípios ativos e outras matérias-primas que compõem os diversos produtos muitas vezes é desconhecida. Não se sabe se a nova substância é tóxica ou se os trabalhadores estão adequadamente informados sobre a toxicidade dos produtos.

As intoxicações aparecem em segundo lugar nos atendimentos do Ambulatório de Saúde do Trabalhador. Segundo informações do Centro de Informações Toxicológicas (CIT)/Secretaria Estadual de Saúde/HU, que atende a todo o estado de Santa Catarina, o Ambulatório de Saúde do Trabalhador constitui-se hoje, no único espaço de avaliação

toxicológica, para os casos de exposição profissional a produtos tóxicos. Os casos de exposições crônicas (que causam danos de longo período de latência), que chegam ao CIT para orientação, são encaminhados ao AST, que prossegue com a avaliação clínica e toxicológica.

O SUS não realiza exames complementares para elucidação diagnóstica da maioria dos casos envolvendo pesticidas, solventes e metais pesados. O AST realiza esses exames, junto à rede privada de laboratórios, que apenas faz a coleta de material, pois os exames propriamente ditos, são feitos por laboratórios e institutos de pesquisas de cidades como São Paulo e Porto Alegre. Nestes casos não existe ônus para o trabalhador; as custas são do HU, e em contrapartida, a produtividade do AST é computada em favor do hospital.

Em relação aos problemas auditivos, os trabalhadores da construção civil e madeireiras, foram os mais acometidos⁴¹. O ambiente de trabalho extremamente ruidoso, especialmente em algumas fases do processo, aliado a máquinas e instrumentos geradores de níveis altos de ruído, fazem desses operários, alvos frequentes de transtornos na audição. A Perda Auditiva Induzida por Ruído (PAIR), relacionada ao trabalho, diferentemente do trauma acústico, é uma diminuição gradual da acuidade auditiva, decorrente da exposição continuada a níveis elevados de ruído.

Num segundo momento de interação com os pacientes – trabalhadores, há o retorno da consulta⁴², quando se orienta a respeito dos aspectos legais de sua doença/acidente. Em geral, é um momento de tensão pois, nessa altura, já há um desgaste por parte do trabalhador, traduzido

⁴¹ A vigilância em saúde do trabalhador do município de Florianópolis, ao cobrar o PCMSO nas empresas tem detectado alterações nos exames audiométricos, gerando encaminhamento ao AST para avaliação.

⁴² Os retornos à consulta no AST são frequentes, uma vez que, para o diagnóstico de algumas doenças relacionadas ao trabalho, necessita-se de várias avaliações, inclusive de outras especialidade médicas.

por ameaças de demissões, impossibilidade de desenvolver plenamente seu trabalho, isso quando já não se encontra afastado, por licença médica. Os medos afloram. O esforço então, se dá no sentido de colocá-lo a par de sua real situação, funcional e legal. A interação com a médica, nesse instante, precisa ser de confiança, pois há casos em que, apesar das evidências (do nexos causal), a Previdência Social não reconhece o acidente/doença como sendo ocasionado pelo trabalho, isto é, nega o benefício. E os próximos passos podem ser ainda mais desgastantes e sofridos para o trabalhador, entre eles, pedido de Recurso à Junta da Previdência Social e a própria via judicial. Normalmente, nesse ínterim, já há conflito estabelecido com a empresa e o trabalhador está demissionário, quando já não chega demitido ao AST, para ser iniciada a investigação. Quando o relacionamento profissional/trabalhador atinge uma boa interação, mas o Ambulatório de Saúde do Trabalhador já esgotou as possibilidades de intermediação e as decisões dependem somente do INSS ou da Justiça, não raro, os pacientes informam sobre a evolução dos casos, por telefone, além das vindas frequentes ao AST, para dirimir dúvidas.

Os trabalhadores doentes, após o diagnóstico, enfrentam várias dificuldades que vão desde a burocracia do INSS até a peregrinação por tratamento e reabilitação adequados. Isto quando não são demitidos, envolvendo-se em processos judiciais de diversas naturezas, dentre as quais os trabalhistas, previdenciários, de responsabilidade civil e criminal.

Nesse aspecto, o Ambulatório de Saúde do Trabalhador é um espaço privilegiado pois, sempre que houver a caracterização da doença profissional ou do acidente do trabalho, procede-se o registro adequado, à revelia de empresas ou seus prepostos e sindicatos que não estão preocupados com essas questões. Trabalhadores demitidos, com processo judicial instituído ou para os quais a empresa se recusa a admitir o acidente e/ou

doença, fazem parte desse contingente. Quando trabalhadores da economia formal são encaminhados para registro, muitos deles expressam, verbalmente, que não gostariam de fazê-lo pois, na sequência, virá a demissão. Nessa situação, atestados médicos são recusados pelas empresas, e muitas vezes, os trabalhadores seguem sob pressão até que se expire o prazo da garantia legal de emprego; não raro, são dispensados na vigência deste ou mesmo em afastamento pela perícia médica do INSS. Nestes casos, não resta outra alternativa ao trabalhador senão a via judicial.

Juntamente com o início do atendimento ambulatorial, iniciou-se, em 1996, ações de vigilância em saúde do trabalhador realizadas pelo serviço de Saúde do Trabalhador – ligado à Vigilância Sanitária da Secretaria Municipal de Saúde (Anexo J).

CAPÍTULO 5

VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR

A implantação de ações de vigilância em saúde do trabalhador, desenvolvidas pelo setor saúde no país, é recente. São ações articuladoras que enfocam a relação entre o processo de trabalho e a saúde.

Um sistema de vigilância tem a função básica de coletar e analisar os dados, e informar onde, quando e como os problemas ocorrem, quais são os fatores de risco e quem é afetado. São informações essenciais para planejar, implementar e avaliar intervenções preventivas (Wunsch Filho, 1995).

Apesar da obrigação legal do SUS de, entre suas atribuições, assumir a assistência ao acidentado do trabalho e as ações de vigilância em saúde do trabalhador⁴³, ainda não se tem, em nível dos serviços de saúde, um sistema organizado de informações sobre acidentes e doenças do trabalho.

A Portaria nº3120 de 01 de julho de 1998, do Ministério da Saúde, veio dar um novo enfoque às áreas de vigilância e fiscalização. Estabelece, de forma clara e objetiva, as competências do SUS nesta área, inclusive quanto à questão de intervenção sobre os ambientes de trabalho. O objetivo dessa Instrução Normativa, é em suma, o de instrumentalizar, minimamente, os setores responsáveis pela vigilância e defesa da saúde, nas secretarias de estados e municípios, de forma a incorporarem, em suas práticas, mecanismos de análise e intervenção sobre os processos e os ambientes de trabalho. A vigilância em saúde do trabalhador, segundo essa Portaria, deverá apoiar-se no modelo epidemiológico de pesquisa dos agravos, nos diversos níveis de relação

⁴³ Artigos 196 e 200, II da Constituição Federal e artigo 6º da Lei nº8.080/90

entre o trabalho e a saúde. Pressupõe, também, uma rede de articulações que passa, fundamentalmente, pelos trabalhadores e suas organizações, pela área de pesquisa e formação de recursos humanos e pelas áreas de assistência e reabilitação. Pauta-se nos princípios do SUS, em consonância com os sistemas nacionais de vigilância sanitária e epidemiológica.

Os dados utilizados em vigilância epidemiológica são medidas quantitativas de um evento de saúde e podem ser utilizados, tanto para determinar a necessidade da realização de ações em saúde do trabalhador, como para avaliar a efetividade dessas ações (Kalichman e Souza, 1994).

Para planejar e estabelecer medidas preventivas, necessita-se de informações que são essenciais na identificação das condições de risco, a quem afetam, onde os problemas ocorrem e em que época. A coleta e análise desses dados, baseado em ações locais, são função do Sistema de Vigilância. Informações acerca dos processos de trabalho desenvolvidos tanto pelo mercado formal quanto pelo informal são necessárias para que possamos compreender a ocorrência de acidentes e doenças em nível regional e municipal o que, por sua vez, orientará as ações em saúde do trabalhador. Equipes de saúde que agem localmente conhecem profundamente os problemas referentes à sua área de atuação, e podem, de forma mais precisa, planejar suas ações.

Um sistema de vigilância será tanto mais operacional quanto maior for a capacidade de os níveis locais obterem a informação, analisá-la oportunamente, decidir e agir de forma adequada.

Em Santa Catarina, o Ministério do Trabalho e Emprego baseia suas ações, nas inspeções do trabalho. A fiscalização da Delegacia Regional do Trabalho/Ministério do Trabalho, é baseada nos boletins do INSS, com enfoque em áreas da economia que apresentam maior número de acidentes do trabalho. Em 1998, o relatório das CATs/INSS/SC apon-

ta a agricultura, pecuária e serviços relacionados; fabricação de produtos alimentícios e bebidas; fabricação de produtos de madeira e construção civil como as atividades econômicas que mais apresentaram acidentes.

O planejamento das ações de vigilância dos ambientes e processos de trabalho e de proteção à saúde dos trabalhadores, no município de Florianópolis, também segue a premissa do enfoque epidemiológico. Assim, os setores madeireiro (beneficiamento e mobiliário) e da construção civil tem sido os principais alvos, mesmo porque, no território de abrangência da fiscalização municipal, não contamos com a presença expressiva das outras atividades econômicas listadas.

A análise dos agravos, revelados pela demanda do AST, possibilita um levantamento em saúde e trabalho que, se ainda não o faz, poderá nortear as ações de vigilância em saúde nos ambientes de trabalho, em Florianópolis. De acordo com a NOST-SUS/Norma Operacional de Saúde do Trabalhador, “o estabelecimento de rotina de sistematização e análise dos dados gerados no atendimento aos agravos à saúde relacionados ao trabalho, orienta as intervenções de vigilância e das demais ações em saúde do trabalhador.”

O enfoque maior das ações de vigilância, são os riscos ocupacionais que podem trazer problemas à saúde dos trabalhadores, através do diagnóstico ambiental e de exposição, como por exemplo as avaliações ergonômicas, porém aplicando-se a legislação pertinente. Não obstante a existência de um protocolo mínimo⁴⁴, para a inspeção dos ambientes e processos de trabalho, a vigilância em Florianópolis, desenvolve-se através de prioridades que a própria equipe estabeleceu, obedecendo critérios mínimos.

⁴⁴ identificar fontes geradoras de riscos ocupacionais; identificar possíveis trajetórias e meios de propagação dos agentes no ambiente de trabalho; estabelecer o tipo de exposição: pele, aparelho respiratório; consultar a literatura técnica visando identificar os danos à saúde relacionados aos riscos identificados; propor medidas de controle e identificar as existentes.

Nas madeireiras, a serra circular é o instrumento que mais causa acidentes graves com mutilações; nas oficinas de recuperação de eletrodomésticos, que fazem uso de pintura a pistola, a exaustão é o maior problema; na construção civil, quedas de alturas com graves lesões e/ou morte é o que mais preocupa. A vigilância em saúde do trabalhador não possibilita, ainda, estabelecer os riscos presentes em todos os locais de trabalho e que medidas de proteção deve-se propor para cada tipo de trabalho.

Os dados do Ambulatório de Saúde do Trabalhador (AST), com as informações do atendimento médico, demonstram a necessidade de definição de prioridades no planejamento das ações de vigilância em saúde do trabalhador, particularmente quanto aos acidentes do trabalho. A implementação de mudanças nos processos ou condições de trabalho, que garantam a proteção à saúde dos trabalhadores, constitui-se na grande finalidade dos sistemas de vigilância em saúde do trabalhador.

O atendimento no AST, que iniciou como multidisciplinar, atualmente é pautado na racionalidade das necessidades do trabalhador, identificadas durante a consulta especializada. O intuito, é a junção dos vários saberes específicos, visando a modificação da situação de trabalho, em função do homem. Na área de saúde e trabalho, torna-se crucial a integração e a atuação conjunta entre várias disciplinas, pois o trabalho e sua relação com a saúde só podem ser entendidos se houver essas abordagens diferentes.

A interdisciplinaridade, porém, necessita de maior aprofundamento teórico-metodológico e revisão na formação acadêmica, contemplando conteúdos de saúde do trabalhador em várias áreas da graduação que possibilitaria uma abordagem mais integrada.

As relações interinstitucionais ocorrem com dificuldade, mais como atuação pontual de técnicos, do que como políticas institucionais estabelecidas e cumpridas. Além da Universidade Federal de Santa Catarina, no ano de

1998 iniciou-se contatos com o Ministério do Trabalho e Emprego, através da DRT/SC, sobre a possibilidade de realização de um trabalho de parceria na área de vigilância em saúde do trabalhador. Não obstante as dificuldades, avançou-se nos diálogos e realização de trabalhos conjuntos, a exemplo da Campanha da Construção Segura, em agosto de 1998. Nesse evento, os técnicos do município fortaleceram as equipes de fiscalização da DRT durante uma semana intensiva de inspeções a canteiros de obras da construção civil.

A estrutura de um sistema nacional de vigilância em saúde do trabalhador, poderá também ser dificultada ou mesmo inviabilizada se progredir a proposta de privatização do seguro de acidentes do trabalho. Por essa proposta, toda empresa será obrigada a fazer o seguro contra acidentes e doenças do trabalho, coberto por meio da aquisição de apólices no mercado segurador. A idéia é que o valor do prêmio deverá refletir o grau de risco do ambiente de trabalho, fato que levaria as empresas a adotarem políticas eficientes de prevenção de acidentes. Nada garante, entretanto, tal desdobramento. Ao contrário, poderá ocorrer um novo impulso da subnotificação dos acidentes de trabalho.

Os desafios estão postos pelas novas estruturas de produção, trazidos pela questão da qualidade e competitividade, pelas normas ISO (*International Organization for Standardization*) e os efeitos que determinarão na saúde dos trabalhadores.

As mudanças na organização do trabalho, a precariedade das condições em que se labora, o trabalho do menor, a noção de gênero e trabalho e a proximidade com a questão ambiental, fazem da saúde do trabalhador, ao considerar fundamental a categoria *processo de trabalho* – como um dos determinantes possíveis dos problemas de saúde apresentados pelos segmentos da população – o setor que pode analisar e indicar caminhos, na ótica das mudanças que ocorrem na organização e gestão do trabalho.

5.1. - ACIDENTES DE TRÂNSITO QUE SÃO ACIDENTES DE TRABALHO

As mudanças na vida urbana, pautada pela violência refletida nos acidentes de trânsito, merece um estudo mais aprofundado para a compreensão da ocorrência desses eventos (Machado e Minayo, 1990).

O registro e a análise dos acidentes do trabalho poderiam e deveriam ter como principal fonte de informações os serviços de saúde, uma vez que, a princípio, todo trabalhador acidentado recebe algum tipo de assistência. Isto seria possível através da coleta e análise de informações sobre os atendimentos de urgências em geral – acidentes domésticos, de trânsito, de lazer – onde os acidentes de trabalho seriam um subconjunto deste universo (Carmo *et al*, 1995:449).

De acordo com a publicação *A saúde no Brasil*, da Organização Pan Americana de Saúde - OPAS e Organização Mundial de saúde - OMS, os destaques das *causas externas*⁴⁵ são os acidentes, principalmente os de trânsito, e a violência urbana, significando cerca de 70 óbitos por 100 mil habitantes.

Em Florianópolis, uma Portaria Municipal (Anexo L) estabeleceu, desde julho de 1998, a notificação compulsória dos agravos à saúde, causados por acidentes de trânsito. A finalidade é estabelecer estratégias de intervenção sobre os fatores que caracterizam o trânsito nas cidades como perigoso e gerador de acidentes, com consequências graves e fatais. Essa Portaria prevê, na sequência, a notificação de acidentes domiciliares e acidentes de trabalho no município. Encontra-se em implantação, porém, desde já, poderemos saber dentre os *acidentes de trânsito* quais deles são *acidentes de trajeto*, que por conseguinte configuram-se em *acidentes de trabalho*.

⁴⁵ Lesões, envenenamentos, acidentes de trânsito e violência urbana.

Para isso, esse projeto conta com a parceria de instituições envolvidas no primeiro cuidado ao acidentado do trânsito, tais como, Polícia Militar/Corpo de Bombeiros; Polícia Civil; Polícia Rodoviária Estadual e Polícia Rodoviária Federal, além do Departamento de Trânsito - DETRAN/SC. Os Boletins de Ocorrência dessas instituições contém muitas informações valiosas. Algumas fazem inferência direta para que se possa registrar o acidente também como acidente do trabalho. A **hora do acidente**, por exemplo, aponta para a caracterização de um acidente do trabalho. O trânsito representa um risco sempre presente para os trabalhadores urbanos no seu percurso diário entre a moradia e a empresa e no retorno às suas casas no final do período de trabalho. A **ocupação** é uma informação coletada por uma dessas instituições. Os condutores de veículos a motor como motoristas de transportes coletivos, de carga e taxistas, *office-boys*, trabalhadores que precisam viajar a serviço de empresas, trabalhadores da construção ou manutenção de rodovias, passarão a ser notificados como vítimas de acidentes ocorridos no exercício do trabalho. Para isso é necessário sensibilização daqueles que preencherão o formulário

A conexão estabelecida entre os acidentes de trabalho e um dos mais graves e agudos problemas do meio urbano brasileiro na atualidade, que são os acidentes de trânsito, poderá, pelo menos a nível municipal, ser analisada com fidedignidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Saúde do Trabalhador considera o trabalho, como o espaço de dominação e submissão do trabalhador pelo capital, mas, igualmente, de resistência, de constituição, e do fazer histórico (Mendes e Dias, 1994).

A saúde do trabalhador é uma meta, um horizonte, uma vontade que entrelaça trabalhadores, profissionais de serviços, técnicos e pesquisadores, sob premissas nem sempre explicitadas. O compromisso com a mudança do quadro de saúde da população trabalhadora, é seu pilar fundamental, o que supõe desde o agir político, jurídico e técnico ao posicionamento ético, obrigando a definições claras diante de um longo percurso a seguir.

Não se trata apenas de obter adicionais de insalubridade ou periculosidade, de instalar equipamentos de proteção, de diagnosticar nexos causais entre o trabalho e a saúde com vistas a obter benefícios da previdência social, embora tais procedimentos possam representar etapas de uma luta maior, que é chegar às raízes causadoras dos agravos, à mudança tecnológica ou organizativa, que preside os processos de trabalho instaurados.

A síntese desenvolvida neste estudo, é parcial e singular, no sentido que reflete trajetórias pessoais e coletivas, delimitadas pela inserção pessoal e profissional da autora.

Como ser humano, não se pode estar fora de um contexto histórico-social em cujas inter-relações se constrói a pessoa. Pode-se estar autenticamente comprometido, falsamente comprometido ou impedido de se comprometer verdadeiramente. Como ser humano, a autora agrega, o compromisso como profissional, que é sobretudo, uma dívida que se assume ao fazer-se profissional.

No século XIX, Rudolf Virchow, que já associava a relação causal entre miséria social e doença⁴⁶, explicou seu ponto de vista sobre a natureza da medicina, em uma carta à seu pai: “*frequentemente me decepcionei com as pessoas, mas ainda não com a época. E por isso agora tenho a sorte de não ser um homem parcial e sim um homem completo, de minha crença médica fundir-se com minha crença política e social*”.

Transitar em um terreno notadamente ético-político obriga a definir posições e desmistificar a idéia de uma ciência neutra.

A saúde dos trabalhadores não está restrita apenas aos acidentes e doenças do trabalho. A percepção do conceito de saúde remete a objetivos mais amplos. O olhar sobre o ser humano que trabalha, através de outros paradigmas, numa análise que pretende entender a saúde da coletividade, é o modo como a Saúde do Trabalhador procura se desenvolver.

Os paradigmas que orientam as práticas médicas, privilegiam a doença. A compreensão da dinâmica das relações sociais, que são depositárias de muitos atributos, é essencial, pois essas relações interferem e influem na realidade das doenças profissionais/acidentes do trabalho, atualmente.

As inter-relações entre as esferas física, mental e psico-afetiva são normalmente desconsideradas. Na ergonomia, apesar dos importantes avanços, a inexistência de uma visão global de saúde acaba sendo resolvida, também, de forma *fragmentada*, através de disciplinas ainda não articuladas entre si e que servem de base para o estudo – fisiologia do trabalho, psicologia do trabalho, psicopatologia do trabalho (Porto, 1994).

⁴⁶ A epidemia de febre tifóide, em 1847 na Alta Silésia, foi por ele atribuída a um conjunto de fatores econômicos e sociais e colocava, por isso, em dúvida, a eficácia de qualquer terapia medicinal. Publicou, em 1849, um relatório indignado sobre as miseráveis condições de vida dos trabalhadores, que ocasionou sua demissão (Margotta, 1998).

Apesar de todas as dificuldades, entende-se que, além dos cuidados e tratamentos médicos normais, a atitude que se deve ter diante de uma doença que um trabalhador apresente, é diferente da atitude que se tem diante das doenças ditas comuns, ou seja, não causadas pelo trabalho. Os direitos previdenciários e trabalhistas só são concedidos a partir do diagnóstico, registro correto e encaminhamento do trabalhador doente e/ou acidentado ao órgão competente.

O médico, então, é o primeiro mediador do acesso do trabalhador aos direitos sociais a que faz jus, ao responder afirmativa ou negativamente às questões do exame médico.

Obter restritas, porém significativas conquistas, requer habitualmente, enfrentar um caminho controverso em sua essência.

O Serviço de Saúde do Trabalhador do município de Florianópolis foi estruturado procurando contemplar uma mudança do modelo assistencial para a *atenção integral*, articulando ações curativas/individuais – assistência ambulatorial – com ações coletivas de vigilância à saúde.

Este estudo, propõe firmemente, que o processo de investigação e acompanhamento dos trabalhadores atendidos no Ambulatório de Saúde do Trabalhador – AST, tenha como objetivo, mudanças da tradicional interação profissional/trabalhador, no âmbito individual e coletivo, numa atuação pormenorizada, empírica e que busque potencializar o saber e os processos psíquicos envolvidos no desempenho do trabalho.

Assim, concordando com Bonciani (1996), é lógico que falta muito ainda para que seja construído esse modelo, mas não se pode ignorar que experiências como esta, contemplando as premissas que permeiam a existência do AST, demonstram que o todo pode ser alcançado a partir de pequenos avanços e iniciativas, que deixam claro a vontade dos atores sociais em construir este processo de mudança nas relações de trabalho.

Trata-se de um investimento pequeno, levando-se em consideração a repercussão social dessas medidas.

A busca de outros interlocutores, como Universidades, Ministérios Públicos, movimento sindical, que também atuam na questão saúde-trabalho, é um dos imperativos que se coloca na luta por melhores condições de saúde para os trabalhadores.

Espaços como o Ambulatório de Saúde do Trabalhador, aqui analisado, ajudam a aumentar os registros e tornam as estatísticas mais confiáveis. O impacto almejado, é a redução dos problemas de saúde e a prevenção de acidentes e/ou novos casos de doenças nos trabalhadores atendidos pelo AST, e sua conscientização sobre a real natureza dos seus problemas de saúde e dos seus direitos socio-previdenciários. As ações de vigilância em saúde do trabalhador, e de sindicatos de profissionais mantêm com o AST um sistema de referência e contra-referência, que têm gerado melhorias nos ambientes e processos de trabalho. Apesar desse sistema ser reduzido em sua abrangência e caracterizado mais pela atuação de técnicos, do que como ações interdisciplinares.

Outro retorno que se tem, apesar de informal, é o depoimento de colegas médicos do trabalho que atuam em diferentes locais e relatam a maior preocupação atual dos empregadores quanto à saúde dos trabalhadores. Sabe-se que a exigência legal é determinante nessas atitudes, porém, o trabalhador sabe também que se o departamento médico da empresa se recusar a preencher os documentos previdenciários devidos e a encaminhá-los aos órgãos competentes, o Ambulatório de Saúde do Trabalhador o fará, desde que comprovado onexo causal.

A atuação no AST tem, então, como principais objetivos:

- compreender a dinâmica das relações sociais, que são depositárias de inúmeras questões, que interferem e influem na realidade das doenças profissionais/acidentes de trabalho, nos dias atuais;

- identificar os principais problemas de saúde dos trabalhadores, contribuindo para a minimização dos subregistros oficiais;
- caracterizar o agravo à saúde do trabalhador, estabelecendo o nexo causal;
- subsidiar, indiretamente, ações de controle dos fatores de riscos ambientais, incluindo os riscos profissionais, relativos ao processo e organização do trabalho, o que deve ocorrer através dos serviços de vigilância em saúde do trabalhador e da fiscalização⁴⁷ do Ministério do Trabalho, que é acionada quando o caso requer;
- sensibilizar e estimular a participação da classe trabalhadora no encaminhamento de cidadãos com suspeita de doenças relacionadas ao trabalho, na participação ativa dos registros de acidentes de trabalho e, nas ações de vigilância em saúde do trabalhador.

As informações sobre a ocorrência de doenças profissionais no Brasil são, ainda, de qualidade bastante questionável. Pouco analisadas, estudadas e diagnosticadas, escondidas que estão pela sua inclusão genérica, na categoria de acidentes do trabalho, conforme a legislação previdenciária. As implicações do trabalho nas doenças são bem difíceis de serem visualizadas. Muitas das doenças sofrem influência de fatores que podem ou não ser bem conhecidos. Alguns, apresentam uma relação tão nítida com a doença que, teoricamente, não deveria existir a menor dificuldade em estabelecer o nexo causal, como por exemplo, poeiras e fibras vegetais, tais como, sílica, asbesto, ferro, algodão, cana-de-açúcar, que podem causar pneumoconioses. No entanto, outros fatores que podem determinar doenças ocupacionais somente

⁴⁷ Do ponto de vista da fiscalização, é também verdade que o Estado não tem conseguido cumprir sua função, e para isso são apresentadas inúmeras justificativas tais como, falta de verbas, de estrutura material e de recursos humanos, ausência de políticas que apontem prioridades, dentre outras (Bonciani, 1996).

há pouco tempo foram identificados. Assim o é, em certos distúrbios neurológicos, imunológicos, reprodutivos e doenças osteo-musculares. Uma série de doenças que são consideradas intimamente relacionadas com determinadas condições de trabalho, como a hipertensão arterial, neuroses e doenças psicossomáticas, somente no ano de 1999, foram incluídas no rol de doenças profissionais definidas pela lei acidentária.

Pela sua dimensão na sociedade brasileira e consequências sobre a qualidade de vida dos trabalhadores, a questão dos acidentes do trabalho deveria ser uma prioridade das políticas de saúde governamentais. Os acidentes do trabalho estão estruturalmente relacionados aos condicionantes gerais que definem os perfis de morbi-mortalidade da população brasileira. Os dados de mortalidade (Ministério da Saúde, 1998) indicam que as causas classificadas como *externas*, representam a principal causa de morte, na faixa etária dos 25-40 anos de idade. Apesar das limitações dos dados para análises específicas, parece claro que, muitas dessas mortes podem ser classificadas como acidentes de trabalho, pois é nessa faixa etária que se encontra a maior parcela da força de trabalho no país, traduzindo em números expressivos de anos potenciais de vida perdidos e altíssimos custos sociais.

Na prevenção dos acidentes de trabalho, regulamentos rígidos para a liberação de plantas industriais quanto aos aspectos relacionados ao meio ambiente e às condições de segurança para o trabalhador são fundamentais, assim como o desenvolvimento e melhoria da informação sobre acidentes e doenças do trabalho, com mapeamento de locais com maior risco de acidentes e correspondente intervenção, além de rígida fiscalização dos riscos nos ambientes de trabalho e do uso de equipamentos de segurança. A participação dos trabalhadores nesta conquista dá-se com informações acerca dos riscos pertinentes aos processos de trabalho, organiza-

ção nos locais de trabalho para garantir melhores condições laborais, priorização de lutas pela saúde pelos sindicatos e controle social das ações do poder público (vigilância, fiscalização, assistência à saúde e outras).

Concordando com Capra (1982), a autora assume que o restabelecimento do equilíbrio e da flexibilidade em nossas economias, tecnologias e instituições sociais, só será possível, se for acompanhado por uma profunda mudança de valores – da auto-afirmação e da competição para a cooperação e a justiça social, da expansão para a conservação, da aquisição material para o crescimento interior, do individualismo exacerbado para a solidariedade comunitária e humanista.

Doenças profissionais e acidentes do trabalho como um problema de saúde pública, deverão prevalecer nas próximas décadas, na pauta das dívidas sociais a serem sanadas em nosso país. Tem-se algum conhecimento teórico e as experiências de países desenvolvidos, mas ao mesmo tempo, severas restrições em aplicá-los devido à nossa pobre infraestrutura social.

A saúde do trabalhador, representa um espaço no desenvolvimento de alternativas de intervenção, que levem à transformação em direção à apropriação, pelos trabalhadores, da dimensão humana do trabalho. Daí a necessidade de participação nas várias esferas.

Apesar das mudanças na legislação trabalhista, a legislação previdenciária/acidentária mantém as características de uma prática medicalizada, individualista e exclusiva para os trabalhadores do setor formal de trabalho. As mudanças nas leis, por si só, não criam novos hábitos, conceitos e culturas, sobretudo quando isso implica modificar e eliminar outros que foram plantados e cultivados por muitas décadas. Berlinguer (1983) na Itália, à frente do movimento da Reforma Sanitária italiana, e Foucault (1982), dissecando representações da Medicina do Trabalho, como o poder e o controle, entre outros, põem em cheque, o poder e a hegemonia da prática médica.

Além dos limites legais para o reconhecimento da doença profissional, contribuem os entraves da burocracia da Previdência Social, desconhecimento e despreparo dos profissionais de saúde para fazer o diagnóstico e onexo com a atividade laboral do paciente, desinformação dos trabalhadores sobre os riscos a que estão expostos e suas consequências para a saúde.

Neste estudo, trabalha-se com o entendimento de que o acidente de trabalho e a doença profissional, são *eventos evitáveis*, não intencionais, causadores de lesões físicas e/ou emocionais no âmbito do trabalho (Minayo, 1999) aos quais milhares de trabalhadores estão expostos. As consequências são econômicas, morais, sociais e sobretudo humanas, cabendo ao Estado, através das instituições públicas, privadas e sindicais, competentes e responsáveis, transformar este quadro atual, para que o *direito ao trabalho* não seja uma contraposição ao *direito à vida*, conferidos ambos pela Constituição Federal, mas antes desta, como seres humanos que são.

A desintegração, expressa em ações fragmentadas, desarticuladas e superpostas, de instituições com responsabilidade direta ou indireta na área, agravada por conflitos de concepções e práticas, bem como de interpretação sobre competências jurídico-institucionais, revela a trajetória caótica do Estado, em sua função de promover a saúde do cidadão que trabalha. O esforço isolado de profissionais, que se articulam em programas de saúde do trabalhador, centros de referência e atividades de vigilância realmente efetivas, abre um rastro de luz nesse universo sombrio. Mas esta atuação é marcada, repetidamente, pela descontinuidade, quer por pressões externas dos que se sentem ameaçados em seu poder de tratar vidas humanas, desgastadas pelo trabalho como rejeitos do processo produtivo, quer pela sucessão de novas administrações, que não priorizam esses investimentos.

O sistema de saúde tem que assumir o compromisso com o atendimento digno e eficiente. As necessidades básicas dos seres humanos vão muito além da simples sobrevivência. O desenvolvimento das capacidades humanas pressupõe o desfrute da beleza, o desenvolvimento intelectual, a possibilidade de se relacionar com o outro sem reduzi-lo a *uma coisa*, fazendo desse encontro, uma fonte permanente de desdobramento e concretização de potencialidades, capazes de fazer de cada ser humano um indivíduo (sujeito) melhor, cuja felicidade dependa, intrinsecamente, da felicidade dos outros.

Assim como para Wunsch Filho (1995), a autora acredita que renovar os desejos de novas parcerias e a possibilidade de um ambiente de trabalho sadio, significa seguir na luta pela saúde, que é uma tarefa contínua, e que pressupõe a participação ativa dos diferentes segmentos que compõe a sociedade. Do contrário, persistirá o choque entre uma história individual de projetos e sonhos e uma organização do trabalho que os ignora.

ANEXOS

ANEXO A

**Portaria que cria o Programa de Saúde do Trabalhador em
Santa Catarina (1993)**

SAÚDE

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
DIRETORIA DE ASSUNTOS AMBULATORIAIS
PORTARIA SES/DIAA Nº 001/93

cria e normatiza o Programa de Saúde do Trabalhador no Estado de Santa Catarina

O Secretário de Estado da Saúde no uso das suas atribuições e considerando:

- A competência do SUS com relação à Saúde do trabalhador definida nos novos textos constitucionais federal e estadual em seus artigos 200, Itens II e 153;
- O artigo 174º, parágrafo único, Itens II da Constituição Federal que prescreve a união, a formididade e equivalência dos serviços às populações urbanas e rurais;
- A resolução CIPLAN no 06/89 notadamente nos itens 1, 2, 3 e 4;
- E considerando ainda a necessidade da normatização dos procedimentos de atendimento do trabalhador visando integração entre as ações preventivas e assistenciais

Resolve:

1. Revogar as Portarias SES nº 044/89 de 06/12/89, 045/89 de 05/12/89 e 046/89 de 06/12/89 referente à formação de grupos de trabalho, constituição de programa e de Comissão Especial de estudos de Saúde do Trabalhador;
2. Constituir Programa de Saúde do Trabalhador (PROSAT), subordinado à Diretoria de Assuntos Ambulatoriais (DIAA), nos termos desta Portaria.
3. Definir a implantação de um Centro de Referência de Saúde do Trabalhador Estadual (CRST), localizado em Florianópolis e uma rede de Centros de Referência de Saúde do Trabalhador Regionais, com distribuição a ser definida pelo Programa;
4. Os Centros de Referência de Saúde do Trabalhador Regionais e Estadual (CRST) como de nível secundário da rede do Sistema Único de Saúde Estadual (SUS), conforme definido em legislação específica;
5. O quadro de pessoal e recursos materiais necessários ao funcionamento dos CRST's e as ações previstas pelo SUS e por outros órgãos governamentais responsáveis pela saúde do trabalhador, em seus diferentes aspectos;
6. Quanto à estrutura do Programa de Saúde do Trabalhador:
 - 6.1. A Coordenação Executiva Estadual do PROSAT será composta de um representante da Diretoria de Assuntos Ambulatoriais, da Diretoria de Vigilância Epidemiológica e da Diretoria de Vigilância Sanitária, sendo o coordenador geral escolhido entre os mesmos;
 - 6.2. À Comissão Interinstitucional de Saúde do Trabalhador, instituída pela Portaria SES/DIAA nº 02/92, caberá o acompanhamento do funcionamento e avaliação periódica do PROSAT, em caráter deliberativo e permanente;
 - 6.3. A articulação técnica com outras instituições governamentais será desenvolvida pela Coordenação Técnica Colegiada Interinstitucional composta pela Coordenação Executiva do PROSAT e 01 (um) representante de cada uma das seguintes instituições: Delegacia Regional do Trabalho (DRT); Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS); da Comissão Interinstitucional de Saúde do Trabalhador;
 - 6.4. O CRST comporá a instância do SUS, com a participação da DRT e do INSS, e terá uma equipe mínima composta por sanitária, médico do trabalho, engenheiro e/ou técnico de segurança, enfermeiro do trabalho e assistente social, contendo em o apoio de profissionais nas áreas de otorrinolaringologia, fonoaudiologia, dermatologia, psicologia, ortopedia ou fisioterapia e outros profissionais disponíveis na rede do SUS;
 - 6.5. O Núcleo de Saúde do Trabalhador (NST) comporá a rede municipal do SUS, devendo ter uma equipe mínima composta por médico do trabalho e enfermeiro do trabalho, e contará com outros profissionais e serviços que atuem nas áreas de Coordenação de Acidentes de Trabalho (CAT) nas localidades, devendo prioritariamente fazer parte do núcleo de saúde do trabalhador (NST).

PARÁGRAFO ÚNICO: Caberá a cada município definir a necessidade ou não de criação de Subníveis de Saúde do Trabalhador com base em suas características demográficas econômicas e produtivas.

7. Ao Programa de Saúde do Trabalhador a nível Estadual compete:
 - 7.1. Programar, coordenar e avaliar as ações relacionadas com a Saúde do Trabalhador;
 - 7.2. Elaborar normas técnicas fixando diretrizes e estabelecendo padrões de qualidade para a promoção, proteção, recuperação e reabilitação de saúde do trabalhador;
 - 7.3. Promover a articulação interinstitucional, visando à integração das atividades desenvolvidas pelos diferentes organismos, governamentais ou não, envolvidos com a saúde do trabalhador;
 - 7.4. Implantar um sistema de registro de informações e fluxograma das ações relativas à saúde do trabalhador na rede de serviços do SUS, de forma articulada com outros organismos governamentais, empresas e entidades sindicais;
 - 7.5. Integrar as ações de Vigilância Sanitária e Epidemiológicas ao sistema de registro de informações visando a análise epidemiológica dos dados obtidos a partir de notificações de doenças ocupacionais, acidentes de trabalho, instrumentalizando as ações de vigilância sanitária;
 - 7.6. Diagnosticar, através de pesquisa operacional os problemas relacionados com a saúde do trabalhador, identificando a incidência e prevalência por microrregião e propondo medidas de prevenção;
 - 7.7. Promover, organizar e participar de ações educativas relacionadas a saúde do trabalhador dirigidas a:
 - formação, capacitação e reciclagem de recursos humanos da rede do SUS;
 - capacitação de sindicalistas e componentes das CIPAS;
 - conscientização do empresariado;
 - orientação dos trabalhadores quanto aos riscos do processo de trabalho e do impacto que as tecnologias provocam à saúde.
 - 7.8. Promover a/ou participar em estudos, pesquisas e avaliações de riscos e agravos à Saúde do Trabalhador existentes no processo de trabalho e do impacto que as tecnologias provocam à saúde;
 - 7.9. Formalizar, através de convênios, a integração das ações de Vigilância Sanitária do SUS com as de outros organismos governamentais, responsáveis por ações de fiscalização na área de saúde do trabalhador visando a utilização de recursos humanos e materiais;
 - 7.10. Formalizar, através de convênios, a articulação entre a Vigilância Epidemiológica do SUS, outros organismos governamentais, e prelos e entidades sindicais, visando a integração e organização do fluxo, registro de dados e análises epidemiológicas relativas a notificações de doenças e acidentes de trabalho;
 - 7.11. Promover ação conjunta com as entidades de trabalhadores na fiscalização de locais e condições de trabalho que representem exposição a risco eminente e comprovado para a vida e/ou saúde do trabalhador, adotando medidas cabíveis, inclusive interdição de máquinas, setores, serviços e/ou todo o ambiente de trabalho;
 - 7.12. Participar das atividades de controle e avaliação das ações referentes às condições de trabalho, de sua normatização e fiscalização das condições de organização do processo de trabalho, produção, extração, armazenagem, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, produtos, máquinas e equipamentos que representem riscos à saúde do trabalhador;
 - 7.13. Informar ao trabalhador e sua respectiva entidade sindical e as empresas sobre os riscos de acidentes de trabalho, do espaço profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos, de desligamento, respeitadas as prerrogativas de ética profissional, formalizando convites às entidades sindicais das categorias envolvidas para participação em todas as ações de fiscalização e vistoria de locais de trabalho;
 - 7.14. Supervisionar as ações de Saúde do Trabalhador a nível regional e municipal;
 - 7.15. Promover a criação, desenvolver e implantação dos Centros de Referência de Saúde do Trabalhador (CRST) a nível estadual e regional, inclusive, participando, nas sessões com

- a dotação de recursos humanos e materiais;
- 7.16. Desenvolver outras atividades relacionadas com o controle das doenças profissionais e do trabalho, acidentes de trabalho e outras de interesse da área de saúde do trabalhador;
- 7.17. Avaliar a necessidade e adequação ou não de compra de serviços de rede privada de saúde, enquanto ação complementar à rede pública instalada de rede pública;
- 7.18. Elaborar e firmar convênios com instituições e organismos governamentais ou não, definindo especificamente atribuições e competências de cada uma das mesmas no desenvolvimento das ações do Programa de Saúde do Trabalhador.
- 8. Ao Centro de Referência de Saúde do Trabalhador compete:
 - 8.1. Desenvolver atividades de Vigilância Epidemiológica, de forma articulada com o INSS, mediante convênio, a partir da tabulação e análise dos dados obtidos das Comunicações de Acidentes de Trabalho (CAT) e de investigações epidemiológicas de situações de risco à saúde do trabalhador;
 - 8.2. Desenvolver atividades de Vigilância Epidemiológica e Sanitária de locais de trabalho, de forma articulada com a DRT e FUNDACENTRO, mediante convênio, relacionadas à ocorrência de acidentes de trabalho fatais ou graves, a partir de denúncias sindicais, a partir de critérios epidemiológicos, e com o objetivo de investigar relações de causalidade entre processos morbidos e condições e ambiente de trabalho, garantindo o convite formal à participação nas sessões, da respectiva entidade sindical;
 - 8.3. Supervisionar e complementar, quando necessário, a assistência médico-odontológica prestada a trabalhadores acidentados;
 - 8.4. Investigar a relação entre processo morbido e condições de trabalho em trabalhadores com suspeita de doença ocupacional ou do trabalho, encaminhados pela rede de saúde, pelos serviços médicos das empresas, pelos sindicatos dos trabalhadores; em trabalhadores identificados em perícias de locais de trabalho como estando submetidos a condições inadequadas de trabalho ou por critérios epidemiológicos de risco;
 - 8.5. Desenvolver atividades educacionais na área de saúde do trabalhador com a finalidade de:
 - capacitar o quadro de pessoal na rede do SUS, em todos os seus níveis;
 - capacitar dirigentes sindicais e cipiastas;
 - informar trabalhadores quanto a riscos, direitos e mecanismos de prevenção;
 - conscientizar o empresariado;
 - e proporcionar cursos de estágio para cursos relativos à área de saúde do trabalhador, seja a nível técnico, de graduação ou pós graduação;
 - 8.6. Desenvolver atividades de pesquisa necessárias ao conhecimento da realidade de saúde do trabalhador em sua região de abrangência, de forma articulada com Instituições de Ensino Superior da região;
 - 8.7. Supervisionar as atividades do Programa de Saúde do Trabalhador em sua área de abrangência, dando encaminhamento adequado ao que lhe for referenciado pela rede municipal;
 - 8.8. Ao CRST Estadual, localizado junto ao Hospital Universitário de UFSC, caberá, além de cumprir as funções de centro de Referência de Saúde do Trabalho de Florianópolis, a de ser Centro de Referência Estadual para os casos mais complexos e, especificamente, para os casos de intoxicação relacionados ao processo de trabalho;
 - 8.9. O agendamento de pacientes para o CRST será feito a partir da rede básica e conversado com o SUS; dos Sindicatos de Trabalhadores de rede; dos Serviços Médicos das Empresas; de necessidade identificadas em vistorias de locais de trabalho; e de critérios epidemiológicos.
 9. À Rede Municipal e conveniada do SUS compete:
 - 9.1. Prever a existência de um Núcleo de Saúde do Trabalhador em sua estrutura, responsável pela coordenação das ações de promoção de saúde e prevenção de doenças e acidentes de trabalho, e de outras funções de vigilância sanitária e epidemiológica, assistência e supervisão do processo de trabalho, identificação e tratamento de

...ença profissional e do trabalho, de educação e pesquisa na área de saúde do trabalhador.

2.2. Preenchimento de documentação referente ao acidente de trabalho e respectiva documentação aos órgãos competentes;

2.3. Informar o trabalhador sobre seus direitos em relação ao acidente de trabalho e a doença profissional e do trabalho.

Florianópolis,

JOÃO NEZIO FILHO
Secretário de Estado da Saúde

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO

PORTARIA SES/DIAA Nº 002/93

Estabelece e normaliza o fluxo de atendimento ao acidentado do trabalho e portadores de doença profissional e do trabalho nos serviços do Sistema Único de Saúde - SUS - SC e das outras providências.

O Secretário de Saúde considerando que a Constituição Federal no seu art. 200, item II, estabelece que as ações de saúde do trabalhador são de competência do Sistema Único de Saúde - SUS - SC;

Considerando que a Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação na sua Resolução CIPLAN 8 de 20-12-89, publicada no D.O.U. de 2-1-90, estabelece que a assistência médica ao acidentado do trabalho e ao portador de doença profissional e do trabalho, será executada de forma integrada com os setores responsáveis pela Vigilância Epidemiológica e Sanitária, objetivando a implementação de ações preventivas e de inspeção das condições de trabalho por parte destes setores;

Considerando que a mesma resolução em seu item 3 IV, atribui à Secretaria Estadual de Saúde a competência de manter integração permanente com os setores do INSS, visando estabelecer procedimento em consonância com os trâmites legais existentes e introduzindo mecanismos que se façam necessários para o aprimoramento das ações pertinentes à citada resolução;

Considerando o que dispõe a Portaria SES / DIAA Nº 001/93 de ... que cria, define estrutura e competências do Programa de Saúde do Trabalhador do SUS-SC;

Considerando o que dispõe o Decreto Federal 357 de 07-12-91 que aprova o regulamento dos benefícios da Previdência Social, resolve:

Artigo 1 - Fica transferidas as atribuições do anteriormente Coordenador de Competência de Acidentes de Trabalho constantes na O.S. 59.1 de 11-08-78, publicada no SE/DC - INPS 141 de 20-10-78 para o âmbito dos Centros de Referência de Saúde do Trabalhador e Município de Saúde do Trabalhador municipais.

Parágrafo Único - caberá aos Centros de Referência de Saúde do Trabalhador e Núcleos de Saúde do Trabalhador, a criação dos instrumentos e a delegação de responsabilidades na área de sua abrangência para assumirem o planejamento, execução e avaliação das atividades realizadas pelo ex-INAMPS.

Artigo 2 - Fica estabelecido o fluxo de atendimento ao acidentado de trabalho e portador de doença profissional e do trabalho na rede de serviços do SUS-SC, conforme anexo que faz parte integrante desta Portaria.

Artigo 3 - Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação, ficando revogada as disposições em contrário.

ANEXO

1- A empresa deverá notificar o acidentado do trabalho, doença profissional ou do trabalho a Previdência Social, preenchendo a Comunicação de Acidente de Trabalho - CAT, até o primeiro dia útil seguinte ao da ocorrência.

1.1- Em caso de morte, a comunicação será imediata a autoridade competente.

1.2- Cópia fiel da notificação deverá ser entregue ao acidentado ou a seus dependentes, bem como ao sindicato a que corresponde a categoria.

2- Ao procurar o serviço de saúde regionalizado ou municipalizado, o trabalhador deverá apresentar-se com a CAT devidamente preenchida e no prazo legal estabelecido.

3- Na falta de notificação por parte da empresa, poderá formalizá-la o próprio acidentado, seus dependentes, a entidade sindical competente, o médico ou o assistente ou qualquer autoridade pública, não prevalecendo nestes casos o prazo previsto no item 1.

4- O serviço de saúde responsável pelo atendimento tornará as medidas cabíveis, para assegurar os direitos previdenciários e a assistência médica, farmacêutica e odontológica gratuita ao trabalhador acidentado.

4.1- O serviço de saúde preencherá o formulário CAT, fará a evolução, as prescrições, os procedimentos médicos e paramédicos na Clínica Clínica do Pronto Socorro Médico - fará o controle do comparecimento do trabalhador, o Cartão de Controle do Acidentado - CCA no formulário instrumento de registro - emitido em até 15 dias de atendimento não ultrapassando 15 dias.

4.2- Os eventos morbidos responsáveis por afeições superiores a 15 dias e aquelas que resultam em sequelas indesejáveis, serão encaminhados à perícia médica do INSS pelo preenchimento do formulário - Regulamento de Exame Médico-Pericial - REMP - sem prejuízo no plano terapêutico. No caso do trabalhador rural o encaminhamento deverá ser feito no primeiro dia.

4.2.1 - Estão excluídos desta avaliação os casos internados ou impedidos de se locomoverem, os quais serão submetidos a exame médico pericial em domicílio ou hospitalar.

4.3 - A CAT devidamente preenchida será encaminhada à agência do INSS ou na falta desta à agência do correio, a qual o serviço de saúde estará vinculado, para caracterização administrativa e técnica do evento como acidente de trabalho para fins de percepção dos benefícios previdenciários, com recomendação de não ultrapassar 10 dias contados a partir de seu recebimento.

4.4- Ocorrendo agravamento ou sequelas do evento morbido que resulte em reabertura do benefício, caberá ao médico de atendimento preencher a REMP e encaminhá-la à perícia médica do INSS para estabelecer o nexo de causa e efeito.

4.5- Quando a nível de serviço de saúde não houver disponibilidade do recurso necessário a assistência médica, farmacêutica e odontológica o mesmo encaminhará o acidentado ao NUT para as providências devidas.

4.6- Em casos de necessidade de órteses e próteses o acidentado ou portador de doença profissional ou do trabalho, sejam pública, filantropica ou privada independentemente da sua vinculação com o SUS, deverão encaminhá-las aos Centros de Referência ou Núcleos de Saúde do Trabalhador, cópia do prontuário médico.

6- O INSS após caracterização ou não do acidente de doença do trabalho, deverá encaminhar ao Centro de Referência ou Núcleo de Saúde do Trabalhador a 2ª via da CAT já numerada.

Florianópolis,

JOÃO NEZIO FILHO
Secretário de Estado da Saúde

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

Termo Aditivo ao Contrato Original que entra a fim com a Secretaria de Estado da Saúde/Fundo Estadual de Saúde e a Empresa P&P-ATACADO DE ALUM. E BERRING LIDA OBJETIVO: Promover o prazo por 4 (quatro) meses em 01.05.93, o Contrato para prestação de Serviços de Formatação nº 02/92

VALOR: R\$ 550.777.470,30
Todas as demais cláusulas contratuais permanecem intactas e inalteradas.

É assinado por estarem acordos as partes assinam e preenche instrumento em três vias de igual teor e forma.

Florianópolis, 01 de maio de 1993

Representante da Contratada

Luís José Perceiro
Diretor Administrativo/SES

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

Termo Aditivo ao Contrato Original que entra a fim com a Secretaria de Estado da Saúde/Fundo Estadual de Saúde e a Empresa P&P-ATACADO DE ALUM. E BERRING LIDA OBJETIVO: Promover o prazo por 4 (quatro) meses em 01.05.93, o Contrato para prestação de Serviços de Formatação nº 02/92

VALOR: R\$ 550.075.242,80
Todas as demais cláusulas contratuais permanecem intactas e inalteradas.

É assinado por estarem acordos as partes assinam e preenche instrumento em três vias de igual teor e forma.

Florianópolis, 01 de maio de 1993

Representante da Contratada

Luís José Perceiro
Diretor Administrativo/SES

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

Termo Aditivo ao Contrato Original que entra a fim com a Secretaria de Estado da Saúde/Fundo Estadual de Saúde e a Empresa INTEL-IND-INT-PROD. ROTAS LIDA OBJETIVO: Promover o prazo por 4 (quatro) meses em 01.05.93, o Contrato para prestação de Serviços de Formatação nº 02/92

VALOR: R\$ 32.882.787,816,30
Todas as demais cláusulas contratuais permanecem intactas e inalteradas.

É assinado por estarem acordos as partes assinam e preenche instrumento em três vias de igual teor e forma.

Florianópolis, 01 de maio de 1993

Representante da Contratada

Luís José Perceiro
Diretor Administrativo/SES

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

Termo Aditivo ao Contrato Original que entra a fim com a Secretaria de Estado da Saúde/Fundo Estadual de Saúde e a Empresa P&P-ATACADO DE ALUM. E BERRING LIDA OBJETIVO: Promover o prazo por 4 (quatro) meses em 01.05.93, o Contrato para prestação de Serviços de Formatação nº 02/92

VALOR: R\$ 3.613.668.000,00
Todas as demais cláusulas contratuais permanecem intactas e inalteradas.

É assinado por estarem acordos as partes assinam e preenche instrumento em três vias de igual teor e forma.

Florianópolis, 01 de maio de 1993

Representante da Contratada

Luís José Perceiro
Diretor Administrativo/SES

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

Termo Aditivo ao Contrato Original que entra a fim com a Secretaria de Estado da Saúde/Fundo Estadual de Saúde e a Empresa P&P-ATACADO DE ALUM. E BERRING LIDA OBJETIVO: Promover o prazo por 4 (quatro) meses em 01.05.93, o Contrato para prestação de Serviços de Formatação nº 02/92

VALOR: R\$ 550.075.242,80
Todas as demais cláusulas contratuais permanecem intactas e inalteradas.

É assinado por estarem acordos as partes assinam e preenche instrumento em três vias de igual teor e forma.

Florianópolis, 01 de maio de 1993

Representante da Contratada

Luís José Perceiro
Diretor Administrativo/SES

ANEXO B**Termo Aditivo ao Convênio entre a Prefeitura Municipal de
Florianópolis e a Universidade Federal de Santa Catarina**

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

TERMO ADITIVO AO CONVÊNIO ENTRE A
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA E A
PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS

TERMO ADITIVO N. 07 AO CONVÊNIO
FIRMADO EM 19 DE MAIO DE 1989, ENTRE
A UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA
CATARINA E A PREFEITURA MUNICIPAL
DE FLORIANÓPOLIS, OBJETIVANDO A
IMPLANTAÇÃO DO AMBULATÓRIO
DE SAÚDE DO TRABALHADOR

Aos 05 dias do mês de *setembro* de 1994, a Universidade Federal de Santa Catarina, doravante denominada UFSC, representada neste ato pelo seu Magnífico Reitor, Professor ANTÔNIO DIOMÁRIO DE QUEIROZ, e a Prefeitura Municipal de Florianópolis, doravante denominada PREFEITURA, neste ato representada pelo Prefeito Municipal, Prof. SÉRGIO GRANDO, resolvem aditar ao Convênio o seguinte:

CLÁUSULA PRIMEIRA DO OBJETO

O presente Termo Aditivo tem por objetivo viabilizar a implantação e o funcionamento do Ambulatório de Saúde do Trabalhador do Sistema Único de Saúde de Florianópolis.



CLÁUSULA SEGUNDA - DA COMPETÊNCIA

I - COMPETE À UFSC

- a) alocar no Hospital Universitário, espaço físico, instalações e equipamentos disponíveis no setor de ambulatório para atender as necessidades do serviço;
- b) garantir aos pacientes matriculados no Hospital Universitário o acesso aos serviços e especialidades médicas oferecidas;
- c) assegurar o apoio técnico-administrativo e de enfermagem para o funcionamento do Ambulatório de Saúde do Trabalhador;
- d) participar, através do Centro de Estudo do Hospital Universitário, na formação dos profissionais para o serviço e a elaboração de normas técnicas;
- e) desenvolver as atividades de ensino, pesquisa e extensão de interesse do Ambulatório de Saúde do Trabalhador.

II - COMPETE À PREFEITURA

- a) Fornecer pessoal técnico, especializado para compor a equipe do Ambulatório;
- b) assegurar o fornecimento de equipamentos e materiais necessários para o funcionamento do Ambulatório;
- c) oferecer a rede básica do Sistema Único de Saúde como porta de entrada e contra referência;
- d) contribuir para a elaboração das normas técnicas de funcionamento do ambulatório;
- e) supervisionar os locais de atendimento aos acidentados no trabalho;
- f) garantir a capacitação dos recursos humanos do Ambulatório e da rede básica de saúde;



- g) desenvolver ações de vigilância à saúde;
- h) assegurar o apoio técnico para a informatização do sistema de informações de saúde do trabalhador.

CLÁUSULA TERCEIRA - DA COORDENAÇÃO

A Coordenação para a implantação e o funcionamento do Ambulatório de Saúde do Trabalhador será efetuada por uma comissão composta por 02(dois) representantes da UFSC, sendo 01(um) do Hospital Universitário, 01(um) do Centro de Ciências da Saúde, e 01(um) da Secretaria de Saúde e Desenvolvimento Social da PMF.

CLÁUSULA QUARTA - DA VIGÊNCIA

O presente Termo Aditivo terá vigência de 02 (dois) anos a partir da sua assinatura, renovável mediante manifestação das partes.

CLÁUSULA QUINTA - DAS DEMAIS CLÁUSULAS DO CONVÊNIO

As demais cláusulas do Convênio Original permanecem inalteradas.



E por estarem assim de acordo e para a validade do que pelas partes foi pactuado, firmam o presente Termo Aditivo, em 03 (três) vias de igual teor, na presença das testemunhas que abaixo, também, o subscrevem.

Florianópolis, 05 de setembro de 1994.


PROF. ANTÔNIO DIOMÁRIO DE QUEIROZ
REITOR

PROF. SÉRGIO GRANDO
PREFEITO



TESTEMUNHAS: 1. _____
2. _____

ANEXO C

Resolução nº1.499/98 do Conselho Federal de Medicina



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

RESOLUÇÃO CFM nº 1.499/98

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e regido pela Lei nº 9.649, de 27.5.1998, e

CONSIDERANDO o surgimento e a proliferação de práticas pretensamente terapêuticas, à margem do conhecimento científico aceito pela comunidade acadêmica;

CONSIDERANDO que tais práticas, quando inseridas na atividade médica, atentam contra a dignidade profissional;

CONSIDERANDO os riscos à saúde das pessoas submetidas a procedimentos destituídos de embasamento científico;

CONSIDERANDO que os médicos são obrigados ao cumprimento da legislação sanitária do país;

CONSIDERANDO que o art. 124 do CEM veda ao médico "usar experimentalmente qualquer tipo de terapêutica ainda não liberada para uso no País, sem a devida autorização dos órgãos competentes e sem consentimento do paciente ou de seu responsável legal, devidamente informados da situação e das possíveis conseqüências";

CONSIDERANDO que cabe ao Conselho Federal de Medicina disciplinar o exercício profissional médico e zelar pela boa prática médica no país;

CONSIDERANDO o decidido na Sessão Plenária realizada em 26.8.98,

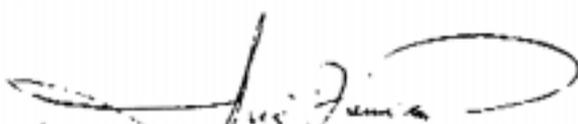
RESOLVE:

Art. 1º - Proibir aos médicos a utilização de práticas terapêuticas não reconhecidas pela comunidade científica.

Art. 2º - O reconhecimento científico quando ocorrer, ensejará Resolução do Conselho Federal de Medicina oficializando sua prática pelos médicos no país.

Art. 3º - Fica proibida qualquer vinculação de médicos a anúncios referente a tais métodos e práticas.

Brasília-DF, 26 de agosto de 1998.


 SÉRGIO IBIAPINA FERREIRA COSTA
 Presidente em exercício


 JÚLIO CÉZAR MEIRELLES GOMES
 1º Secretário

ANEXO D

Lei nº8.080/90

LEI ORGÂNICA DA SAÚDE - Nº 8.080/90

DOS OBJETIVOS E ATRIBUIÇÕES - TÍTULO II, CAP. I, ART. 6º, Parágrafo 3º:

“Entende-se por saúde do trabalhador, para fins desta lei, um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, a promoção e proteção da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, abrangendo:

I - assistência ao trabalhador vítima de acidente de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho;

II - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde - SUS, de 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 equipamentos que apresentam riscos à saúde dos trabalhadores;

IV - avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde;

V - informação ao trabalhador e à sua respectiva entidade sindical e à empresas, sobre os riscos de acidente 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 o ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores.

ANEXO E

Modelo da Comunicação de Acidente de Trabalho



PREVIDÊNCIA SOCIAL
 INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DO TRABALHO — CAT
 (Ler atentamente as orientações, no verso, antes do preenchimento)

		1. Emitente <input type="checkbox"/>		1. Empregador 2. Sindicato 3. Médico		
		4. Segurado ou dependente 5. Autoridade pública		2. Tipo de CAT <input type="checkbox"/>		
		1. Início 2. Reserbara 3. Comunicação de Óbito em ___/___/___		4. Tipo <input type="checkbox"/> 1. CNPJ 2. CEEI 3. CPF 4. NIT		
		5. CNAE		9. Telefone ()		
Empregador	3. Razão Social/Nome		6. Endereço Rua/Av./NR/Comp.		Beirro	
	10. Nome		11. Nome da mãe			
Acidentado	12. Data de nasc.	13. Sexo <input type="checkbox"/>	14. Estado Civil <input type="checkbox"/>	15. CTPS	Série	
	1. Masc. 3. Fem.		1. Solteiro 2. Casado 3. Viúvo 4. Sep. Judic. 5. Outro 6. IGR	Data de Emissão	16. UF	
	17. Carteira de identidade	Data	Orgão Exp.	18. UF	19. PIS/PASEP	
	20. Remuneração mensal		21. Endereço Rua/Av./NR/Comp.		Beirro	
I - EMITENTE	22. Município		23. UF	24. Telefone ()		
	25. Nome da ocupação	26. CBO	27. Filiação à Previdência Social <input type="checkbox"/>		28. Aposentado? <input type="checkbox"/>	
	1. Empregado 2. Trab. Avulso 7. Seg. especial 8. Médico resid.		1. Sim 2. Não		29. Área <input type="checkbox"/>	
	1. Urbana 2. Rural		30. Data do acidente		31. Hora do acidente	
	32. Após quantas horas de trabalho?		33. Houve afastamento? <input type="checkbox"/>		34. Último dia trabalhado	
	1. Sim 2. Não		35. Local do acidente		36. CNPJ	
	37. Município do local do acidente		38. UF	39. Especif. do local do acidente		
	40. Parte (s) do corpo atingida(s)		41. Agente causador			
	42. Descrição da situação geradora do acidente ou doença		43. Houve registro policial? <input type="checkbox"/>		1. Sim 2. Não	
			44. Houve morte? <input type="checkbox"/>		1. Sim 2. Não	
Testemunhas	45. Nome		46. Endereço Rua/Av./NR/Comp.		Beirro	
	47. Município		48. UF	49. Nome		
	50. Endereço Rua/Av./NR/Comp.		Beirro	51. Município	52. UF	
		53. Unidade de atendimento médico		54. Data	55. Hora	
II - ATESTADO MÉDICO	56. Houve internação? <input type="checkbox"/>		57. Duração provável do tratamento		58. Deverá o acidentado afastar-se do trabalho durante o tratamento? <input type="checkbox"/>	
	1. Sim 2. Não		dias		1. Sim 2. Não	
	59. Descrição e natureza da lesão		60. Diagnóstico provável		61. CID — 10	
	62. Observações					
		Local e data		Assinatura e Carimbo do médico		
III - INSS	63. Recebida Em ___/___/___		64. Código da Unidade		65. Número do acidente	
	66. É reconhecido o direito do segurado à habilitação de benefício acidentário? <input type="checkbox"/>		67. Tipo <input type="checkbox"/>		NOTAS: 1 - A inexistência das declarações desta comunicação implicará as sanções previstas nos arts. 171 e 299 do Código Penal. 2 - A comunicação de acidente do trabalho deverá ser feita até o 1º dia útil após o acidente, sob pena de multa. 3 - A comunicação de acidente do trabalho rege-se à pelo art. 134 do Decreto nº 2.172/97. 4 - Os conceitos de acidente do trabalho e doença ocupacional estão definidos nos arts. 131 a 133 do Decreto nº 1.172/97. 5 - A caracterização do acidente rege-se à pelo art. 135 do Decreto nº 2.172/97.	
	68. Matrícula do servidor		Assinatura do servidor			
Matrícula						
A COMUNICAÇÃO DO ACIDENTE É OBRIGATÓRIA, MESMO NO CASO EM QUE NÃO HAJA AFASTAMENTO DO TRABALHO.						



ANEXO F**Folder de divulgação do Ambulatório de Saúde do Trabalhador**

QUEM FAZ O QUE ?

SUS - Presta *assistência Integral* e além disto faz *vigilância* em Saúde do trabalhador em qualquer ambiente de trabalho, no município. Para fazer *denúncias à Vigilância Sanitária Municipal*, ligue 223-5383.



INSS - É a *seguradora*. Faz *perícia* e *paga os benefícios*, quando o afastamento é superior à 15 dias. É onde se registra a Comunicação de Acidente de Trabalho - CAT. Antes de se dirigir a um Posto de Benefícios do INSS, use o telefone: 191



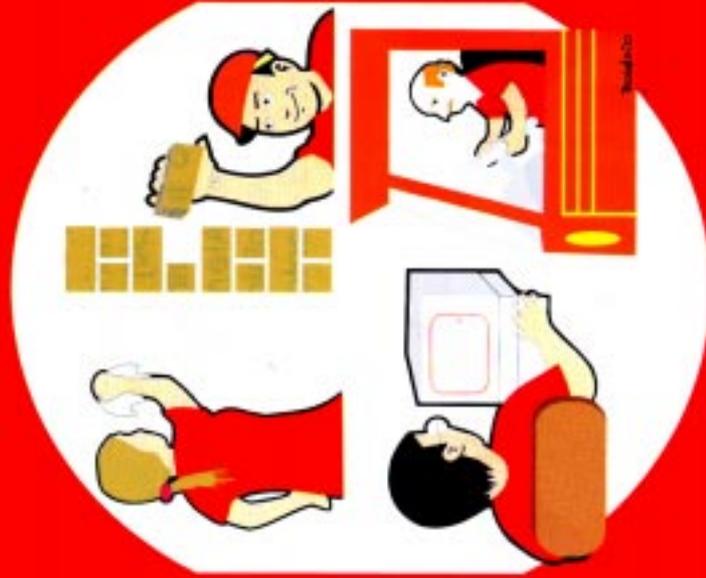
DRT - Faz *inspeção* das relações trabalhistas (como FGTS, carteira assinada, etc.) e da segurança do trabalhador. Fone: 224-6411.



Departamento de Saúde Pública
Divisão de Vigilância Sanitária
Programa de Saúde do Trabalhador
Endereço: Praça Getúlio Vargas,
esquina com Av. Rio Branco, nº 1225
Fone: 223-5383



AMBULATÓRIO de SAÚDE do TRABALHADOR Convênio PMF/UTSC-III



O QUE É?

QUAL OBJETIVO?

COMO SER ATENDIDO?

Além dos cuidados e tratamentos médicos normais, a **attitude** que se tem diante de uma doença que o trabalhador apresenta é diferente da atitude que se tem diante de uma doença comum.

Direitos previdenciários e trabalhistas só são concedidos a partir do diagnóstico, registro (na Comunicação de Acidente de Trabalho - CAT) e encaminhamento correto do trabalhador doente e/ou acidentado. Além disso, os dados estatísticos recolhidos a partir da CAT servem para orientar a fiscalização.



O QUE É?

O Ambulatório de Saúde do Trabalhador (Convênio PMF/UFSC-HU) é um serviço de referência para Sindicatos, Empresas e Profissionais de Saúde para diagnosticar, tratar, encaminhar e orientar casos de doenças relacionadas ao trabalho.

OBJETIVOS:

- ❖ Prestar **assistência** a trabalhadores portadores de doenças relacionadas ao trabalho.
- ❖ Servir de **referência** para a Rede Pública de Saúde, Sindicatos e Empresas.
- ❖ Orientar quanto ao **encaminhamento** e **registro** de acidentados e doenças relacionadas ao trabalho.

A QUEM ATENDE?

Qualquer trabalhador, seja ele celetista, estatutário ou mesmo pertencente ao mercado de trabalho informal, que realize suas atividades ou resida no município de Florianópolis.



COMO SER ATENDIDO?

Muitos pacientes foram ao Ambulatório com encaminhamento errado, buscando o que não oferecemos. Por isso, o ideal é que, **após a análise do caso**, seja feito um encaminhamento por escrito com o nome da instituição e contato, enviando o trabalhador ao:

Setor de Marcação de Consultas do Hospital Universitário (das 07:00 as 18:00 horas), para atendimento junto ao **Ambulatório de Saúde do Trabalhador** - Convênio PMF/UFSC-HU.

ANEXO G**Solicitação à empresas para emissão de CAT**

PREFEITURA DA CIDADE DE FLORIANÓPOLIS
SECRETARIA DE SAÚDE E DESENVOLVIMENTO SOCIAL

DIVISÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

**Ambulatório de Saúde do Trabalhador
(Convênio PMF/UFSC-HU)**

À EMPRESA: _____

Conforme Lei Federal Nº 8.213 de 24/07/91 e, Decreto Nº 611 de 21/07/92, Art. 142, e Lei Municipal Nº 4.565/94 de 19/12/94, Art. 38, Inciso VII, solicitamos o preenchimento da **Comunicação de Acidente de Trabalho**, em nome de seu empregado (a), Sr. (a) _____, para os devidos encaminhamentos.

Atenciosamente

Ambulatório de Saúde do Trabalhador

Drª Edna Maria Niero

Médica do Trabalho
CRM/SC 4.381

ANEXO H

Encaminhamento ao INSS, de trabalhador portador de doença relacionada ao trabalho

PREFEITURA DA CIDADE DE FLORIANÓPOLIS
SECRETARIA DE SAÚDE E DESENVOLVIMENTO SOCIAL

DIVISÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

**Ambulatório de Saúde do Trabalhador
(Convênio PMF/UFSC-HU)**

À PERÍCIA MÉDICA ACIDENTÁRIA DO INSS

Solicito exame médico pericial do(a) paciente portador desta,
Sr(a) _____
portador de doença relacionada ao trabalho, CID _____
e avaliamos a necessidade de _____ dias de afastamento para tratamento e
restabelecimento de sua capacidade laboral.

Atenciosamente

Ambulatório de Saúde do Trabalhador

Drª Edna Maria Niero

Médica do Trabalho
CRM/SC 4.381

ANEXO I

Ficha Individual de Paciente do Ambulatório de Saúde do Trabalhador

PREFEITURA DA CIDADE DE FLORIANÓPOLIS
SECRETARIA DE SAÚDE E DESENV. SOCIAL
DEPARTAMENTO DE AÇÕES DE SAÚDE
DIVISÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA
SAÚDE DO TRABALHADOR

AMBULATÓRIO DE SAÚDE DO TRABALHADOR
Convênio PMF/UFSC-HU

Ficha Individual de Paciente:

NOME: _____ Nº _____

PROFISSÃO: _____

DIAGNÓSTICO: _____

EMPRESA: _____

CAT PREENCHIDA? SIM NÃO

PREFEITURA DA CIDADE DE FLORIANÓPOLIS
SECRETARIA DE SAÚDE E DESENV. SOCIAL
DEPARTAMENTO DE AÇÕES DE SAÚDE
DIVISÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA
SAÚDE DO TRABALHADOR

AMBULATÓRIO DE SAÚDE DO TRABALHADOR
Convênio PMF/UFSC-HU

Ficha Individual de Paciente:

NOME: _____ Nº _____

PROFISSÃO: _____

DIAGNÓSTICO: _____

EMPRESA: _____

CAT PREENCHIDA? SIM NÃO

ANEXO J

A vigilância em saúde do trabalhador do município de Florianópolis, realizou 859 ações entre 1997 e 1999. Dessas ações resultaram, 286 vistorias; 491 intimações; 68 apreensões; 112 interdições; e 73 multas.

Fonte: Relatório de Atividades Desenvolvidas. 1997 a 1999. Secretaria da Saúde e Desenvolvimento Social. Florianópolis/SC. Dezembro/99.



Do Gabinete do Prefeito do Município de Florianópolis

DECRETO Nº. 1097/96

DISPÕE SOBRE A CRIAÇÃO DO SISTEMA DE VIGILÂNCIA E FISCALIZAÇÃO À SAÚDE DOS TRABALHADORES, REGULAMENTANDO O ARTIGO 16, PARÁGRAFO 2º. DA LEI MUNICIPAL 4.565/94 DE 19/12/94.

O Prefeito Municipal de Florianópolis, no uso de suas atribuições que lhe confere o Art. 74, Inciso III da Lei Orgânica do Município de Florianópolis, de 05/04/90, e

Considerando o Art. 118, inciso II, e Art. 134, inciso XI, da mesma Lei;

Considerando a Constituição Federal no seu Artigo, 200, item II, que estabelece que as ações de Saúde do Trabalhador são de competência do Sistema Único as atribuições de Saúde do Trabalhador no Âmbito dos Municípios; de Saúde - SUS;

Considerando a Lei Orgânica da Saúde, Lei nº. 8.080, de 19/09/90, que prevê as atribuições de Saúde do Trabalhador no Âmbito dos Municípios;

Considerando a Portaria nº. 1.565 de 26/08/94, do Ministério da Saúde, que define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e sua abrangência e competência;

Considerando a Portaria SES/DIAA nº. 001/93, publicada no D.O./SC de 14/05/93, que Cria o Programa de Saúde do Trabalhador no Âmbito Estadual, delegando competências aos Municípios;

Considerando o atual Convênio de Municipalização celebrado entre o Ministério da saúde, a Secretaria de Estado da Saúde e o Município de Florianópolis, na condição de gestão parcial, que na sua Cláusula Quarta estabelece como compromisso do Município a execução e controle das ações de vigilância de ambientes e processos de trabalho;

Considerando a Portaria nº. 016/94, que Cria o Programa de Saúde dos Trabalhadores do SUS Municipal, e,

✓



Do Gabinete do Prefeito do Município de Florianópolis

Considerando a Lei Municipal nº. 4.565/94, de 19/12/94, Título III - Promoção e Proteção da Saúde, seção IV - Saúde do Trabalhador e Título IV - Vigilância Sanitária;

RESOLVE:

Art. 1º. - Estruturar o Sistema de Vigilância e Fiscalização à Saúde dos Trabalhadores no Município de Florianópolis, como parte integrante do Programa de Saúde dos Trabalhadores, a cargo da Divisão de Vigilância Sanitária do Departamento de Saúde Pública/Secretaria Municipal de Saúde e Desenvolvimento Social.

Art. 2º. - Definir Saúde do Trabalhador como uma ação contínua e sistemática, ao longo do tempo, no sentido de detectar, conhecer, pesquisar e analisar os fatores determinantes e condicionantes dos problemas de saúde relacionados aos processos e ambientes de trabalho, em seus aspectos tecnológico, social e epidemiológico, com a finalidade de avaliar, planejar e intervir sobre os mesmos, de forma a prevenir, eliminar ou diminuir os agravos à saúde dos trabalhadores.

§ 1º. - São sujeitos e objetos das ações de saúde do trabalhador todos os trabalhadores que desenvolvam suas atividades no Município, integrantes do mercado de trabalho formal e informal, independente de vínculo empregatício, público ou privado, com ou sem contrato ou carteira de trabalho; os trabalhadores autônomos, domésticos, aposentados ou demitidos; nos setores primário, secundário e terciário da economia.

§ 2º. - Constitui campo de atuação do Sistema o ambiente de trabalho, as condições do processo de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição, destinação final de resíduos e manuseio de substâncias e produtos, de máquinas e equipamentos nele incluídos os objetos, os instrumentos, a tecnologia, os produtos e a organização do trabalho, as medidas de controle de riscos e de proteção coletiva e individual, e as condições de saúde dos trabalhadores.

Art. 3º. - O Sistema de Vigilância e Fiscalização à Saúde dos Trabalhadores terá como premissas e objetivos desenvolver:

I - Ações de caráter prioritariamente preventivas de acidentes e de doenças relacionadas ao trabalho;



Do Gabinete do Prefeito do Município de Florianópolis

- II - Ações articuladas entre as diversas entidades e órgãos que atuam, ou não, na área de saúde do trabalhador, entre as quais os Sindicatos de Trabalhadores e Patronais, DRT, Fundacentro, INSS, Ministério Público, UFSC, UDESC, Governo do Estado de Santa Catarina e as entidades ambientais;
- III - Ações planejadas considerando-se o perfil epidemiológico do Município;
- IV - Ações executadas com a participação efetiva da população trabalhadores envolvida, considerando-se inclusive o conhecimento empírico que estes tem sobre sua situação.

Art. 4º. - Compete a Divisão de Vigilância Sanitária:

- I - Elaborar, orientar e fiscalizar o cumprimento das **Normas Técnicas Especiais - NTE** relativas à defesa da saúde dos trabalhadores, comunicando quanto as recomendações técnicas e prazo para cumprimento;
- II- Impor as penalidades cabíveis por descumprimento das NTE relativas à saúde dos trabalhadores;
- III - Apreender, inutilizar e interditar máquinas, equipamentos, ferramentas e produtos, bem como interditar, total ou parcialmente, processos e ambientes de trabalho considerados como de risco grave e/ou iminente à saúde dos trabalhadores
- IV - Reconhecer e assegurar o direito de recusa ao trabalho em situações de risco grave e/ou eminente à saúde e segurança dos trabalhadores e/ou da população residente na área de abrangência do ambiente em questão;
- V - Firmar convênios, termos de cooperação técnica, protocolos de intenções, entre outros, a fim de auxiliar o alcance de seus objetivos.

Art. 5º. - É dever dos empregadores e contratantes, públicos e privados:

- I - Cumprir as normas e demais solicitações e recomendações expedidas pela Divisão de Vigilância Sanitária, bem como outras normas Municipais, Estaduais, Federais e oriundas de acordos coletivos, de trabalho em matéria de Segurança e medicina do Trabalho e Saúde do Trabalhador;



Do Gabinete do Prefeito do Município de Florianópolis

- II** - Adequar a organização do trabalho as condições psico-fisiológicas dos trabalhadores tendo em vista as possíveis repercussões negativas sobre a saúde, quer diretamente através dos fatores que a caracterizam, quer pela potencialização dos riscos de qualquer natureza presentes no processo de produção.
- III** - Adotar medidas de proteção coletiva observando a seguinte ordem de prioridade:
- a) eliminar ou reduzir a utilização ou a formação de agentes de risco;
 - b) prevenir a elaboração ou disseminação dos agentes de risco no ambiente;
 - c) reduzir os níveis ou a concentração dos agentes de risco no ambiente;
 - d) adotar medidas de proteção individual, incluindo diminuição do tempo de exposição, promovendo a utilização eficaz de equipamentos de proteção individual - EPI e outras de caráter administrativo ou de organização do trabalho;
- IV** - Admitir a utilização de EPI adequado e eficiente nas seguintes situações:
- a) nas emergências;
 - b) dentro do prazo estabelecido no cronograma de implantação das medidas de proteção coletiva;
 - c) sempre que as medidas de proteção coletiva forem tecnicamente inviáveis ou não oferecerem completa proteção contra os riscos de acidente e doenças relacionadas ao trabalho, a critério da autoridade de saúde.
- V** - Facilitar o acesso de representantes do sindicato e outros representantes dos trabalhadores no acompanhamento da vigilância no exercício de suas funções;
- VI** - Paralisar atividades em situações de risco grave ou iminente, garantindo os direitos dos trabalhadores;
- VII** - Dar conhecimento aos trabalhadores informando sobre as situações de risco, sobre as medidas de proteção adotadas, sobre os monitoramentos e levantamentos técnicos realizados entre outros;



Do Gabinete do Prefeito do Município de Florianópolis

VIII - Promover o treinamento dos trabalhadores incluindo o conhecimento dos riscos, a limitação das medidas de proteção coletivas e individuais adotadas, o conhecimento das normas gerais e internas, entre outros;

IX - Assegurar aos portadores de deficiências ou doenças orgânicas condições de trabalho compatíveis com sua limitação.

Art. 6º. - A fabricação, importação, venda, locação, instalação, operação e manutenção de máquinas e equipamentos devem obedecer a critérios estabelecidos em normas técnicas, que preservem a saúde do trabalhador.

Art. 7º. - A Divisão de Vigilância Sanitária exercerá as suas competências através de equipe multidisciplinar, cabendo ao Secretário de Saúde e Desenvolvimento Social designar dentre os servidores lotados na Divisão os devidamente capacitados para integrá-la, na área de Saúde do Trabalhador e Segurança e Medicina do Trabalho, de acordo com o Decreto 063/95 de 13/03/95.

Art. 8º. - Na ausência de Normas Técnicas Especiais, a autoridade de vigilância adotará normas, portarias, regulamentos preceitos e recomendações da esfera Estadual e Federal, de organismos nacionais e internacionais referentes a Saúde dos Trabalhadores e Segurança e Medicina do Trabalho.

Art. 9º. - As despesas decorrentes deste Decreto correrão por conta de Orçamento próprio e do Fundo Municipal de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde e Desenvolvimento Social.

Art. 10. - Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

Paço Municipal, em Florianópolis, aos 06 DEZ 1996

Sérgio José Grando
SÉRGIO JOSÉ GRANDO
PREFEITO MUNICIPAL

ANEXO K

Portaria municipal que estabelece notificação compulsória dos agravos à saúde causados por acidentes de trânsito

SECRETARIA DE SAÚDE E DESENVOLVIMENTO SOCIAL
GABINETE DO SECRETÁRIO

PORTARIA N° 018/98.

O Secretário Municipal da Saúde e Desenvolvimento Social, no uso de suas atribuições

e considerando que as causas externas são fatores de agravo à saúde e determinantes de severas sequelas que afetam a qualidade de vida;

considerando que as causas externas constituem fator importante de mortalidade, pela circunstância de atingir grupos etários mais jovens da população;

considerando que os atuais sistemas de informações desses eventos estão isolados, não permitindo a identificação do quadro epidemiológico para o estabelecimento de medidas preventivas;

considerando a necessidade da ampliação do conceito de Vigilância Epidemiológica para o de Vigilância à Saúde,

RESOLVE:

1. Estabelecer que os danos à saúde das pessoas provocados por acidentes de trânsito ocorridos no Município de Florianópolis são de Notificação Compulsória à autoridade sanitária municipal.
2. Que a unidade de Vigilância Epidemiológica, da Secretaria Municipal da Saúde e Desenvolvimento Social, no prazo de 60 (sessenta) dias, estabelecerá os fluxos das informações necessárias à notificação.
3. Que as demais causas externas, em especial os acidentes domiciliares e os acidentes de trabalho, serão objeto de avaliação para a sua incorporação ao Sistema Municipal de Notificação Compulsória de Doenças e Agravos à Saúde.

Florianópolis, 28 de julho de 1998.



Manoel Américo Barros Filho
Secretário de Saúde e Desenvolvimento Social

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ASSUNÇÃO, A. e ROCHA, L. E. *Uma História de Lesões por Esforços Repetitivos*. In: Buschinelli J. T. et al (orgs.). *Isto é Trabalho de Gente?* Petrópolis: Vozes, 1994: 461 – 493.
- BARATA, R. B. *A Historicidade do Conceito de Causa*. Mimeo. 1994.
- _____. Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva/Congresso Paulista de Saúde Pública de São Paulo, 5., São Paulo, 1997.
- BEDRIKOW, B. et al. *Occupational Health in Brasil*. In: *Ach. Occup. Environ. Health*. (1997) 70: 215-221.
- BERGER, L. et al. *A Qualidade de Vida de um Trabalhador no seu Microcosmo: o Prazer da Ocupação no Cotidiano e no Sonho da Aposentadoria*. In: PATRÍCIO, Z. et al (orgs.). *Qualidade de Vida do Trabalhador*. Florianópolis: Ed. do Autor, 1999: 217-38.
- BERLINGUER, G. *A Saúde nas Fábricas*. São Paulo: CEBES/HUCITEC, 1983.
- BONCIANI, M. (org.) et al. *Saúde, Ambiente e Contrato Coletivo de Trabalho*. São Paulo: LTr, 1996:9-17.
- BOSI, M. L. *Cidadania, Participação Popular e Saúde na Visão dos Profissionais do Setor: um Estudo de caso da Rede Pública de Serviços*. In: *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 10(4), 1994: 446-456.
- BRANDÃO, C. R. Congresso Internacional de Naturologia Aplicada, 1., Florianópolis, 1998. Notas da autora.
- BRASIL. Ministério do Trabalho. Segurança e Medicina do Trabalho. Normas Regulamentadoras aprovadas pela Portaria Nº3.214, de 8 de junho de 1978. In: *Segurança e Medicina do Trabalho – Manuais de Legislação*. São Paulo: Atlas, 1999. 42. ed.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº8.080 de 19.09.90: dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. DOU, Brasília, 29 de setembro de 1990.

- BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. Lei nº8.212 de 24 de julho de 1991: dispõe sobre a organização da Seguridade Social, institui Plano de custeio e dá outras providências. Brasília, 1991.
- BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. Lei nº8.213 de 24 de julho de 1991: dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Brasília, 1991.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº3.120, de 1º de julho de 1998: Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS. Brasília, 1998.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº3.908, de 30 de outubro de 1998: estabelece procedimentos para orientar e instrumentalizar as ações e serviços de saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS). NOST-SUS. Brasília, 1998.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Home page*. 1998.
- BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. Decreto nº3.048, de 6 de maio de 1999: aprova o Regulamento da Previdência social. Brasília, 1999.
- BUENO, C. e OSSO, E. *SUS – Sistema Único de saúde*. Cacoal, 1992. 65p.
- BUSCHINELLI, J. T. *et al* (orgs.). *Isto é Trabalho de Gente? Vida, Doença e Trabalho no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 1994. 672p.
- CAMPANHOLE, A. e CAMPANHOLE, H. L. *Consolidação das Leis do Trabalho (CLT)*. 91 ed. São Paulo: Atlas, 1994.
- CAPRA, F. *O Ponto de Mutação – a Ciência, a Sociedade e a Cultura Emergente*. São Paulo: Cultrix, 1982. 447p.
- CARMO, J. *et al*. *Acidentes do Trabalho*. In: MENDES, R. *Patologia do Trabalho*. Rio de Janeiro: Atheneu, 1995: 431-55.
- CODO, W., SAMPAIO, J. C. (orgs.). *Sofrimento Psíquico nas Organizações – Saúde mental e trabalho*. Petrópolis: Vozes, 1995. 350p.
- Comissão Nacional da Reforma sanitária – Documentos III. Rio de Janeiro, 1987: 131-144.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., Brasília, 1986. Anais.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR, 1., Brasília, 1986. Relatório final, 1987.

- CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE MEDICINA DO TRABALHO, 5., Florianópolis, 1987.
- COSTA, N. R. *Estado, Educação e Saúde: a Higiene da Vida Cotidiana*. In: Cadernos do CEDES. Educação e Saúde, nº4. Rio de Janeiro: Cortez, 1987: 5-27.
- COSTA, N. R. *et al (orgs.). Demandas Populares, Políticas Públicas e Saúde*. Petrópolis: Vozes, 1989. v.1. 160p.
- DANTAS, F. *Ética e Pesquisa num Contexto de Incertezas*. In: MEDICINA: Órgão Oficial do Conselho Federal de Medicina. Brasília: março de 1999: 8-9.
- DEJOURS, C. *A Loucura do Trabalho – Estudo de Psicopatologia do Trabalho*. São Paulo: Cortez/Oboré, 1992. 168p.
- _____. *A Violência Invisível*. Tradução de Ciccacio e Ferreira do *Le Courier*. In: Caros Amigos, São Paulo: Casa Amarela, n.26. 1999: 16-17.
- _____. *Uma Nova Visão do Sofrimento Humano nas Organizações*. In: CHANLAT, J. O Indivíduo na Organização: Dimensões Esquecidas. São Paulo: Atlas, 1992.
- DEPPE, H.U. *Novas Técnicas, Medicina do Trabalho e Saúde*. In: Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 1992. 6(4): 422-433
- DIAS, E. C. *A Atenção à Saúde dos Trabalhadores no Setor Saúde (SUS), no Brasil: Realidade, Fantasia, Utopia?* Campinas, 1994. Tese de Doutorado. FCM/UNICAMP.
- DIAS, E. C. e MENDES, R. *Saúde do Trabalhador*. In: Rouquayrol, M. Z. (org.). *Epidemiologia e Saúde*. 4.ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1994: 383-402.
- DONADRIAN. Congresso Internacional de Naturologia Aplicada, 1., Florianópolis, 1998. Notas da autora.
- DUARTE, J. M. e VIDAL, M.C. *Uma abordagem da Confiabilidade e a Noção de Modo Degradado de Funcionamento*. Programa de Engenharia de Produção. Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1991. Mimeo.
- FIALHO, F., SANTOS, N. *Manual de Análise Ergonômica no Trabalho*. Curitiba: Gênese, 1995. 290p.
- FIALHO, F. Congresso Internacional de Naturologia Aplicada, 1., Florianópolis, 1998. Notas da autora.

- FISCHMANN, A. *Vigilância Epidemiológica*. In: Saúde, Meio Ambiente e Condições de Trabalho. Conteúdos Básicos para uma Ação Sindical. CUT. FUNDACENTRO/Ministério do Trabalho. São Paulo, 1995.
- FOUCAULT, Michel. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1982. 295p.
- GONÇALVES, R. M. *Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde*. Tese de Doutorado. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Departamento de Medicina Preventiva. São Paulo, 1986.
- GUEDES, J. *A Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde*. In: REDE – Revista do Projeto de Cooperação Técnica Brasil-Itália. São Paulo, 1998: 7-8.
- HIGGS, P. E.; MACKINNON, S. E. *Repetitive Motion Injuries*. In: Annual Ver. Medicine. 1995, 46:1-16.
- IBASE – Instituto Brasileiro de Análises sociais e Econômicas - *Saúde e Trabalho no Brasil*. 2.ed. Petrópolis: Vozes, 1983. 128 p.
- INSS – Instituto Nacional de Seguridade Social/Ministério da Previdência e Assistência Social/ Comunicações de Acidentes do Trabalho. Dados da INTERNET, 1998.
- KALICHMAN, A., SOUZA, M. F. *Vigilância à Saúde: Epidemiologia, Serviço e Qualidade de Vida*. In: Saúde, Meio Ambiente e Condições de Trabalho. Conteúdos Básicos para uma Ação Sindical. CUT. Nov.95. FUNDACENTRO/ Ministério do Trabalho.
- KOGI, K. *Participatory Action Training for Workplace: Improvements in Small Enterprises in Developing Countries*. In: Environmental Sciences, 4, suplement. Tokyo, 1996:123-133.
- LACAZ, F. C. *Saúde do Trabalhador: Identidade do Campo e Perspectivas*. In: Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, 5., São Paulo, 1997: 135-144.
- _____. *Saúde dos Trabalhadores: cenário e Desafios*. In: Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 13(suplemento 2), 1997: 7-19.
- LACAZ, F.C., RIBEIRO, H.P. (orgs.). *De que adoecem e morrem os trabalhadores?* São Paulo: DIESAT, 1985.
- LAURELL, A. C., NORIEGA, M. *Processo de Produção e Saúde: Trabalho e Desgaste Operário*. São Paulo: HUCITEC, 1989. 333p.
- LAURELL, A. C. *La Salud – Enfermedad como Processo Social*. Rev. Latinoamericana de Salud. Mexico, 2, 1982: 7-25.

- _____. *Trabajo y Salud: Estado del Conocimiento*. In: FRANCO, S., NUNES, E. e BREILH, J. (orgs.). *Debates en Medicina Social*. Quito: OPAS, 1991: 249-339.
- LERT, F. *et al.* *A Abordagem Multidisciplinar na Pesquisa de Saúde Pública: o Acidente de Trabalho e a Segurança Ocupacional*. *Rev. Bras. de Saúde Ocupacional*. 12 (48): 36-47, 1984.
- MACHADO, J. e MINAYO GOMEZ, C. *Acidentes de Trabalho: Concepções e Dados*. In: MINAYO, M. C. *Os Muitos Brasis: saúde e População na década de 80*. Rio de Janeiro: HUCITEC, 1990: 117-143.
- MARTINS, J. S. *Não há Terra para Plantar neste Verão*. Petrópolis: Vozes, 1986. 112p.
- MARX, K. *O Capital – Crítica da Economia Política*. Rio de Janeiro: Bertramp Brasil, 1993. Tomo I: 180.
- MEDICINA. Órgão Oficial do Conselho Federal de Medicina. Ano XIV, nº107. Julho de 1999: 26 e 27.
- MENDES, R., DIAS, E. C. *Da Medicina do Trabalho à Saúde do Trabalhador*. In: *Revista de Saúde Pública*. São Paulo: Ed. Faculdade de Saúde Pública da USP, v.25, nº5, 1991: 341-349.
- MENDES, R. *Saúde do Trabalhador*. In: *Saúde, Meio Ambiente e Condições de Trabalho. Conteúdos Básicos para uma Ação Sindical*. CUT. FUNDACENTRO/Ministério do Trabalho, 1995.
- MARGOTTA, R. *História Ilustrada da Medicina*. São Paulo: Manole, 1998: 27-31, 158.
- MINAYO, M. C.(org.). *A Saúde em Estado de Choque*. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo, 1987. 128p.
- _____. *Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade*. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 1996. 80p.
- _____. *Violência: Termômetro Social*. In: *Médicos – Revista do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo*. Ano II. Nº8, 1999: 66-72.
- MINAYO, C. G., COSTA, S. F. *A Construção do Campo da Saúde do Trabalhador: Percurso e Dilemas*. In: *Cadernos de saúde Pública*. Rio de Janeiro: 13(suplemento 2), 1997: 21-32.

- MORIN, E. *Como Aproximar o Homem do Conhecimento*. In: MEDICINA: Órgão Oficial do Conselho Federal de Medicina. Nº107, 1999: 26-27.
- OLIVEIRA, R. Departamento de Odontologia Preventiva e social da Faculdade de Odontologia da EFRGS. Porto Alegre, 1981. Mimeo.
- OLIVEIRA, S. G. *Proteção Jurídica à Saúde dos Trabalhadores*. 2.ed. São Paulo: LTr, 1998. 410p.
- ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO (OIT). *Convenios y Recomendaciones Internacionales del Trabajo*. 1.ed. Ginebra, 1981.
- _____. *Convenios y recomendaciones (1919-1966)*. Ginebra, 1996.
- _____. *Os Riscos no Local de Trabalho Aumentam com o Desenvolvimento das Tecnologias*. In: Comunicados à Imprensa. 12 de abril de 1999. Site da Internet.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Conferência Internacional sobre Atenção Primária de Saúde. Declaração de Alma-ata, Casaquistão/URSS, 1978.
- ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. *Efectos sobre la Salud de las Exposiciones Combinadas en el Médio de Trabajo*. Ginebra, 1981.
- PATRÍCIO, Z. M. *Ser Saudável na Felicidade-Prazer: uma Abordagem Ética e Estética pelo Cuidado Holístico – Ecológico*. Universidade Federal de Pelotas: Ed. Universitária, 1996. 151p.
- PATRÍCIO, Z. M. *et al* (org.). *Qualidade de Vida do Trabalhador – Uma abordagem qualitativa do ser humano através de novos paradigmas*. Florianópolis: Ed. do Autor, 1999. 368p.
- PORTO, M. F. *Avaliação Qualitativa de Riscos Industriais com 2 Estudos de Caso na Indústria Química*. Tese de Doutorado. Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1994.
- RAMAZZINI, B. As Doenças dos Trabalhadores. Tradução Brasileira do *De Morbis Artificum Diatriba* por Raimundo Estrela. São Paulo: Ed. FUNDACENTRO/Ministério do Trabalho, 1992. 180p.
- RAMOS, C. *et al*. *Quem Educa Quem? Repensando a relação Médico-Paciente*. Departamento de Ciências Sociais. Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 1995.
- RIGATTO, M. Asclépio, Deus da Medicina. In: MEDICINA – Órgão Oficial do Conselho Federal de Medicina. Nº112. Brasília, 1999:28.

- SESI - Serviço Social da Indústria. *Programa de Saúde Social da Empresa*. Relatório de atividades. Feira de Santana, 1998.
- SILVA FILHO, J. L. F. *Gestão participativa e produtividade: uma abordagem da ergonomia*. Tese (Doutorado em Engenharia). Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 1995.
- SIMONI, M. *Morte, Trabalho e Vida*. Engenharia de Produção da COPPE/ Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1993. Mimeo.
- SOUZA, M. F. e KALICHMAN, A. O. *Vigilância à Saúde: Epidemiologia, Serviços e Qualidade de Vida*. In: ROUQUAYROL, M. Z. (org.). *Epidemiologia e Saúde*. 4.ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1994: 467-476.
- TEIXEIRA, S. F. (Org.). *Reforma Sanitária:: em Busca de uma Teoria*. São Paulo: Cortez, 1989. 232p.
- TEMA - Órgão Oficial da Fundação Oswaldo Cruz. *Saúde do Trabalhador: um quadro dramático*. FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 1987.
- URIBE RIVERA, F. C. *et al* (orgs.). *Planejamento e Programação em Saúde: um enfoque estratégico*. São Paulo: Cortez, 1989. v.2. 222p.
- VALENTE, L. e SETTIMI, M. M. *Considerações e Propostas sobre a Política de Saúde do Trabalhador na Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo*. In: REDE - Revista do Projeto de Cooperação Técnica Brasil-Itália. São Paulo, 1998: 9-12.
- VIDAL, M. C. *Abordagem da Engenharia de Segurança do Ponto de Vista dos Paradigmas em Ergonomia*. 8º Congresso Brasileiro de Ergonomia. Florianópolis, 1987. Anais.
- WEIL, P. *et al*. *Mística e Ciência*. 2.ed. Petrópolis: Vozes, 1991. 122p.
- WISNER, A. *A Inteligência no Trabalho - Textos selecionados de Ergonomia*. São Paulo: Fundacentro, 1994. 191p.
- WUNSCH FILHO, V. *Variações e Tendências na Morbimortalidade dos Trabalhadores*. In: MONTEIRO, C. A. (org.). Velhos e Novos Males da Saúde no Brasil: a evolução do país e de suas doenças. São Paulo: HUCITEC-NUPENS-USP, 1995: 289-330.