

MINISTÉRIO DA SAÚDE



## ENCONTRO NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR

Desafio da construção de um modelo estratégico  
De 16 a 18 de junho de 1999, em Brasília

Série D. Reuniões e Conferências, n. 10

# Anais

Brasília – DF  
março, 2001

©2001. Ministério da Saúde  
Série D. Reuniões e Conferências, n. 10  
Tiragem: 2000 exemplares

Ministro de Estado da Saúde  
José Serra

Secretário Executivo  
Barjas Negri

Secretário de Políticas de Saúde  
Cláudio Duarte da Fonseca

Edição, Distribuição e Informação:

**Ministério da Saúde**  
Secretaria de Políticas de Saúde  
Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas  
Área Técnica de Saúde do Trabalhador

Esplanada dos Ministérios, bloco G, sala 647, 6.º andar  
CEP: 70058-900 – Brasília – DF  
Telefone: (61) 315 2610  
Fax: (61) 226 6406  
E-mail: *cosat@saude.gov.br*

Colaboradores:

Jacinta F. Senna da Silva (SPS/MS)  
Armenes Ramos Júnior (SMS/Curitiba)  
Fátima Sueli Ribeiro (SES/RJ)  
Jandira Maciel da Silva (SES/MG)  
Luis Antônio Valente (SES/SP)  
Paulo Sérgio de Andrade Conceição (SES/BA)  
Maria Paula Pozzi (SES/SP)

### Ficha Catalográfica

Encontro Nacional de Saúde do Trabalhador (1999, Brasília, DF)

Anais do Encontro Nacional de Saúde do Trabalhador, 16 a 18 de junho de 1999, Brasília, DF. / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Área Técnica de Saúde do Trabalhador; organizado por Jandira Maciel da Silva; colaboração de Jacinta F. Senna da Silva... [et al.]. – Brasília : Ministério da Saúde, 2001.

204 p. : il. – (Série D. Reuniões e conferências, n. 10).

ISBN

1. Saúde ocupacional – Encontro nacional – Anais. I. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Área Técnica de Saúde do Trabalhador. II. Silva, Jandira Maciel da (org.). III. Silva, Jacinta F. Senna da. IV. Título. V. Série.

CDU 613.62(81)(061.3) “1999”

NLM WA 400

DB8

# Sumário

Carta aos Leitores .....	5
Apresentação Institucional.....	7
Apresentação da Comissão Organizadora .....	9
Dez Anos de Saúde do Trabalhador no SUS! .....	11
<i>Raquel Rigotto</i>	
<b>Programação .....</b>	<b>13</b>
<b>Conferência de Abertura</b>	
Eficacia del Poder, Retroceso del Derecho y Degradacion del Trabajo: El Escenario Regresivo de la Salud Laboral en América Latina <i>Jaime Breilh</i> .....	16
<b>Bibliografia</b> .....	<b>36</b>
<b>Painéis</b>	
<b>Painel I: Política de Desenvolvimento e a Saúde do Trabalhador</b>	
Texto apresentado pela CNI .....	43
Texto apresentado pela CUT .....	48
Saúde dos Trabalhadores e Meio Ambiente em Tempos de Globalização e Reestruturação Produtiva <i>Raquel Rigotto</i> .....	53
<b>Bibliografia</b> .....	<b>66</b>
<b>Painel II: Novas Estratégias em Saúde do Trabalhador</b>	
Trabalho Apresentado pela Promoção à Saúde e a Saúde do Trabalhador <i>Marilena Gentile</i> .....	71
Trabalho Apresentado pelo Grupo de Trabalho de Acreditação Hospitalar do Ministério da Saúde <i>Yasue Higaki</i> .....	74
<b>Painel III: Construindo um Mundo Estratégico de Saúde do Trabalhador</b>	
Texto apresentado pela representante do CONASS <i>Maria Luiza Jaegger</i> .....	81
Exposição do representante do CNS <i>Nelson Rodrigues dos Santos</i> .....	91
<b>Painel IV: Contexto Atual da Previdência Social e a Saúde do Trabalhador</b>	
Exposição de José Prata de Araújo .....	93

## **Mesa-redonda: Avaliando a Prática da Saúde do Trabalhador no SUS**

De onde vem a Saúde do trabalhador?	
<i>Marco A. G. Perez</i> .....	109
A prática Atual de Saúde do Trabalhador: Nós Críticos	
<i>Leticia Nobre</i> .....	111
A gestão da Saúde do Trabalhador na Esfera do Município: Uma Experiência	
<i>Conceição A. P. Rezende</i> .....	115
Texto apresentado por <i>Aparecida Linhares Pimenta</i> .....	119

## **Oficinas de trabalho: As Práticas em Saúde do Trabalhador e os Novos Cenários**

### **Textos Base para Discussão nos Grupos**

Assistência em Saúde do Trabalhador no SUS	
<i>Maria Maeno Settimi</i> .....	125
Vigilância em Saúde do Trabalhador: o que está por vir...	
<i>Fátima Sueli Neto Ribeiro, Armenes Ramos Junior, Tarcísio Pinheiro e Tarcísio Buschinelli</i> .....	134
<b>Bibliografia</b> .....	140

### Informação e Comunicação em Saúde do Trabalhador

<i>Jandira Maciel da Silva, José Carlos do Carmo, Conceição Maria Socorro Ávila e Maria Paula S. Pozzi</i> .....	142
Capacitação em Serviço, Graduação e Pós-graduação em Saúde do Trabalhador	
<i>Raquel Rigotto, Paulo Conceição, Ary Miranda, Gláucia Ieno e Nanci Pinto</i> .....	146
Investigação e Pesquisa em Saúde do Trabalhador	
<i>Marco Antônio Rêgo, Jorge Machado, Francisco Lacaz e Luíz Augusto Facchini</i> .....	154
<b>Bibliografia</b> .....	158

<b>Tabelas</b> .....	159
----------------------	-----

### **Relatórios das Oficinas de Trabalho**

Assistência em Saúde do Trabalhador no SUS	
<i>Andréia de Conto Garbin</i> .....	164
Vigilância em Saúde do Trabalhador	
<i>Fátima Sueli Neto Ribeiro, Armenes Ramos Junior, Tarcísio Pinheiro e Tarcísio Buschinelli</i> .....	167
Informação e Comunicação em Saúde do Trabalhador	
<i>Jandira Maciel Silva June Maria Resende</i> .....	170
Proposta de Adendo ao Documento da Oficina de Informação e Comunicação do Encontro Nacional de Saúde do Trabalhador .....	172
Capacitação em Serviço, Graduação e Pós-graduação em Saúde do Trabalhador	
<i>Ary Miranda, Nanci Pinto e Gláucia Ieno</i> .....	173
Investigação e Pesquisa em Saúde do Trabalhador	
<i>Marco Antônio Rêgo, Jorge Machado, Francisco Lacaz, Herval Pina Ribeiro e Luiz Augusto Facchini</i> .....	174

### **Anexos**

Anexo I : Relatório do Pré-Encontro de Saúde do Trabalhador.....	179
Anexo II : Perfil do Participante.....	183
Anexo III: Resultado da Pesquisa do Participante.....	185
Anexo IV: Trabalhos Apresentados no Encontro Nacional de Saúde do Trabalhador.....	187
Anexo V : Moção.....	201

## *Carta aos Leitores*

Fazemos chegar às suas mãos os Anais do Encontro Nacional de Saúde do Trabalhador. Este documento representa muito do que se acumulou na construção desta área a partir da Constituição Federal de 1988, e dos problemas atuais e perspectivas de atuação futura na preservação e promoção da Saúde dos Trabalhadores.

É de grande importância que todos os atores sociais com capacidade de multiplicação nesta área, façam com que outras pessoas e instituições que atuam neste campo recebam cópia deste documento.

Solicitamos ainda, a fim de contribuir para a organização de uma Rede Nacional de Saúde do Trabalhador, que seja enviada à COSAT (Coordenação de Saúde do Trabalhador do MS), a relação das instituições para as quais foram enviadas cópias, constando o endereço, e-mail e fax.

Salientamos que as instituições com abrangência nacional e as Secretarias Municipais de Saúde, bem como os conselhos municipais e estaduais de saúde estão recebendo cópias deste documento.

Caso sejam necessárias mais cópias além das que lhe enviamos, pedimos a gentileza de contatar a COSAT, informando as quantidades e os destinatários com os respectivos endereços.

Com a expectativa de que possamos contribuir na construção de um modelo estratégico de Saúde do Trabalhador e, assim, promover saúde, despedimo-nos.

Atenciosamente,

*Comissão Organizadora*



## ***Apresentação Institucional***

Após 11 anos da promulgação da Constituição Federal, a Constituição Cidadã que instituiu o SUS, constata-se a necessidade de avaliar os passos dados até aqui com o intuito de planejar a caminhada futura. Das áreas em que o SUS tem a atribuição de atuar, a de Saúde do Trabalhador merece destaque pela inovação que representa na história da Saúde Pública do Brasil, e pela importância do papel do Estado na preservação da saúde dos trabalhadores em tempos de globalização.

A organização do Encontro havia estimado em 200 o número de participantes. Estiveram presentes quase 500, o que causou alguns problemas de última hora, de ordem organizativa. Entretanto, a elevada presença e representatividade dos participantes, vindos dos vários movimentos sociais e setores do Estado atuantes na área, demonstrou a oportunidade do encontro.

O Encontro procurou entender quais são os impactos da reestruturação produtiva e da flexibilização das relações do trabalho na saúde dos trabalhadores. As novas tecnologias trazem consigo novas formas de adoecer e morrer. A precarização das relações de trabalho terceirizadas, do trabalho familiar e de outras formas de desregulamentação, associadas ao desemprego estrutural compõem um cenário alarmante, que a Saúde Pública precisa compreender rapidamente para que a sociedade engendre formas de preservação e promoção da vida dos que vivem do trabalho.

Ao compararmos este cenário complexo aos princípios do SUS de Universalidade, Integralidade, Descentralização e Controle Social, percebemos a importância social de que se revestiu aquele Encontro ao buscar subsidiar o planejamento de ações de Saúde do Trabalhador para o próximo período.

O debate das experiências realizadas pelas secretarias municipais e estaduais, pelo movimento sindical e pelas universidades públicas brasileiras nestes últimos anos, em Saúde e Trabalho, em muito enriqueceu o Encontro e subsidiou a formulação de propostas nas áreas de Vigilância, Assistência, Informação, Organização e Formação de Recursos Humanos.

Esse primeiro Encontro Nacional de Saúde do Trabalhador alcançou o seu objetivo, que era avaliar a trajetória da Saúde do Trabalhador no contexto do SUS, e as perspectivas de atuação no novo cenário nacional e internacional e contribuir para definição das linhas estratégicas da política nacional de Saúde do Trabalhador.

O que o Encontro produziu representa muito do que esta área acumulou, e é de fundamental importância para que avancemos na construção de um modelo estratégico de Saúde do Trabalhador.

*Claúdio Duarte da Fonseca*

*Secretário de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde*



# ***Apresentação da Comissão Organizadora***

O Encontro Nacional de Saúde do Trabalhador ocorrido em Brasília, no período de 16 a 18 de junho de 1999, nasceu da necessidade, expressa em alguns serviços e programas da área, de realizar uma reflexão sobre a prática da Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como marco referencial a Constituição Federal de 1988 e a Lei Orgânica da Saúde de 1989.

Se, por um lado, o objetivo era refletir sobre os caminhos tomados até então, abordando os avanços e os nós críticos da área, por outro lado, o desafio para todos que atuam neste campo, era o de pensar sobre as novas questões que se colocam para a Saúde do Trabalhador no SUS, apontando, ao mesmo tempo, propostas de avanços.

Neste sentido, o encontro cumpriu seu papel. Isto pode ser observado neste documento, que procura registrar suas principais idéias e conclusões. Assim, apresenta sua programação, a Conferência de Abertura, as palestras realizadas e os textos que serviram de orientação para as oficinas de trabalho. Traz ainda as conclusões finais, o relatório do pré-encontro, o rol de trabalhos apresentados e o relatório de perfil dos participantes.

É importante esclarecer que estão sendo apresentados os textos enviados até dezembro de 1999. Alguns palestrantes não enviaram textos, mas cópias das transparências e/ou slides que utilizaram na apresentação. Dada a importância do tema, a comissão optou por apresentá-los, mantendo, naturalmente a forma como foram enviados.

*Comissão Organizadora*



## ***Dez Anos de Saúde do Trabalhador no SUS!***

### **Tempo, tempo, tempo...**

Tempo de lembrar. A sociedade vencendo o governo militar, as “Diretas Já” no rosto colorido dos estudantes nas ruas, o sindicalismo ressurgindo renovado do silêncio imposto e não acatado, velhas esperanças se revigorando. Os preparativos para a 8.<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde – a área de Saúde do Trabalhador protagonizando paradigmas arrojados e construindo parcerias inovadoras com o movimento sindical. A enorme alegria de ver 5.000 pessoas decretando o direito cidadão à saúde! A 1.<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, ainda em 1986: estávamos preparados para disputar espaços na Constituinte. E disputamos mesmo, e muito conseguimos! Tempo de lembrar, com gratidão, das pessoas que puxaram todo este movimento.

Tempo de comemorar. A Saúde do Trabalhador nasceu, cresceu e está se consolidando no SUS. Tem artigos na Constituição, tem leis, normas, lugar no organograma do Ministério, espaço no Conselho Nacional de Saúde, rubrica no orçamento. Tem brotos – muitos brotos! Quicá 150 locais pelo país afora onde ações de Saúde do Trabalhador acontecem. Tem resultados para apresentar: muito menos cidadãos brasileiros hoje tratam suas doenças relacionadas ao trabalho como se não o fossem, riscos foram identificados e controlados nos locais de trabalho, informações foram produzidas e difundidas, trabalhadores exercem melhor seu direito de participar. Tempo de comemorar os 500 rostos de olhos brilhantes presentes neste Encontro, alguns por ainda terem pique para permanecer na área, outros por estarem vindo mais recentemente para enriquecê-la, todos pela forte paixão com que regamos nosso trabalho pela saúde.

Tempo de refletir. E agora, quem nos pega é o próprio Tempo: ele esteve presente, explicitamente ou não, em boa parte do nosso Encontro. Ladislau Dowbor<sup>1</sup> põe o dedo na ferida: “a realidade evolui mais rapidamente do que a nossa capacidade de sistematizar a sua compreensão.” E aponta uma disritmia letal em nosso momento atual: vivemos uma acelerada revolução tecnológica, mas as mudanças que ela traz são acompanhadas em ritmos progressivamente muito mais lentos pela cultura, pelas instituições, pelo campo jurídico, respectivamente.

Será o nosso caso? Mergulhamos fundo no desafio de cumprir e fazer cumprir a lei, suamos a camisa com os olhos fixos em nossas bandeiras, muito fizemos pela institucionalização da Saúde do Trabalhador... E, quando nos sentamos para respirar, antevemos, ao vivo, uma metamorfose profunda (a voz do Prof. Breihl vai nos narrando): os processos de trabalho estão mudando, as relações de trabalho também (e parece que para pior!), o Estado está se esvaindo, a classe trabalhadora foi fragmentada, novos problemas sociais estão surgindo... E agora, como ficam as ações de Saúde do Trabalhador no SUS?

Memória. Festa. Pensamento. Voltamos para nossos espaços com os olhos abertos para nosso tempo. Por um tempo, fizemos um movimento para instituir<sup>2</sup> a Saúde do Trabalhador. Hoje, se não instituída, ela está institucionalizada. E agora, será o tempo de um novo movimento? Suas sementes já não estariam entre nós? Movimento!

***Raquel Rigotto***

---

<sup>1</sup> DOWBOR, Ladislau. Globalização e tendências institucionais. In: DOWBOR et al. (Org). Desafios da globalização. Petrópolis: Vozes, 1998. p. 9 – 16.

<sup>2</sup> CASTORIADIS, C. Teoria e projeto revolucionário. In: A Instituição imaginária da sociedade: 2. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1982. p. 89-137.

# PROGRAMAÇÃO

## DIA 16 DE JUNHO DE 1999 – QUARTA-FEIRA

8h – 9h	ENTREGA DE MATERIAL E ESCOLHA DE OFICINAS
9h – 9h15	ABERTURA OFICIAL
9h15 – 10h15	CONFERÊNCIA: <b>As transformações da atualidade e as repercussões no mundo do trabalho e na Saúde do Trabalhador.</b> Conferencista: Jaime Breilh – CEAS/Equador.
10h15 – 10h45	INTERVALO
10h45 – 13h30	PAINEL: <b>Política de desenvolvimento e a Saúde do Trabalhador.</b> Expositores Convidados: <ul style="list-style-type: none"><li>- Representante da CNI.</li><li>- Representante do Ministério do Desenvolvimento.</li><li>- Representante da CUT.</li><li>- Representante da Força Sindical.</li><li>- Mediadora: Raquel Maria Rigotto – UFCe.</li><li>- Coordenadora: Jacinta de Fátima Senna da Silva – SPS/MS.</li></ul>
13h30 – 15h	ALMOÇO
15h – 16h30	MESA REDONDA: <b>Avaliando a prática da Saúde do Trabalhador no SUS.</b> Debatedores Convidados: <ul style="list-style-type: none"><li>- <b>Trajetória histórica:</b> Marco A. G. Perez – SMS/Campinas.</li><li>- <b>Prática atual/nós críticos:</b> Letícia Nobre – CESAT – SES/BA.</li><li>- <b>Avaliação na perspectiva dos gestores:</b> Conceição Aparecida P. Rezende – Ex. Sec. de Saúde de Betim/MG.</li></ul> Mediadora: <ul style="list-style-type: none"><li>- Maria Aparecida Pimenta Linhares – SMS/Chapecó/SC.</li></ul> Coordenadora: <ul style="list-style-type: none"><li>- Fátima Sueli Ribeiro – SES/RJ.</li></ul>
16h30 – 16h45	INTERVALO
16h45 – 19h30	APRESENTAÇÃO DE EXPERIÊNCIAS: <b>Assistência e Organização de Serviços, Vigilância em Saúde do Trabalhador, Informação e Comunicação e Capacitação de recursos humanos</b>

**DIA 17 DE JUNHO DE 1999 – QUINTA-FEIRA**

8h30 – 10h

**PAINEL: Novas estratégias em Saúde do Trabalhador.**

Expositores Convidados:

- Promoção à saúde e à Saúde do Trabalhador – Marilena Gentile: Coord. Projeto Promoção à Saúde do Ministério da Saúde.
- Acreditação em Saúde – Yasue Higaki: DAPS/SPS/MS.
- Interface com o meio ambiente – Volney Câmara – NESC/UFRJ.
- Mediador: Jacobo Finkelman – OPAS/OMS.
- Coordenador: Paulo Conceição – SES/BA.

10h – 10h30

INTERVALO

10h30 – 13h

**PAINEL: Construindo um mundo estratégico de Saúde do Trabalhador.**

Expositores Convidados:

- João Yunes – SPS/MS.
- Tancredo Castro Soares – CONASS.
- Sílvio Mendes de Oliveira Filho – CONASEMS.
- Nelson Rodrigues dos Santos – CNS.
- Mediadora: Ana Maria A. F. de Souza – DGPE/SPS/MS.
- Coordenador: Armenes Ramos Júnior – SMS/Curitiba.

13h – 14h30

ALMOÇO

14h30 – 16h

**PAINEL: Contexto atual da Previdência Social e a Saúde do Trabalhador.**

Expositores Convidados:

- Dep. Federal Arnaldo Madeira.
- Dep. Federal Jandira Feghali.
- Paulo Du Pin Calmon – UnB.

Mediador:

- José Prata de Araújo – Assessor Sindical/MG.

Coordenador:

- Luiz Antônio Valente – SES/SP.

16h – 16h30

INTERVALO

16h30 – 20h30

**OFICINAS DE TRABALHO: As práticas em Saúde do Trabalhador e os novos cenários.**

**Assistência à Saúde do Trabalhador**

Organizadores:

- Maria Maeno Settimi: SES/SP.
- Luana Giatti: SMS/BH.
- Ecléa Bravo: SMS/São Paulo.
- Maria Juliana Moura Corrêa: SES/RS.

**Vigilância em Saúde do Trabalhador**

Organizadores:

- Fátima S. Neto Ribeiro: SES/RJ.
- Armenes Ramos Júnior: SMS/Curitiba.
- José Tarcísio Buschinelli: SES/SP.
- Tarcísio M. Pinheiro: UFMG.

**Informação e Comunicação**

Organizadores:

- Jandira M. da Silva: SES/MG.
- José C. do Carmo: SES/SP.
- Conceição Maria Socorro Ávila: SEPLAN/MG.
- Maria Paula Pozzi: SES/SP.

**Capacitação em serviço, graduação e pós-graduação em Saúde do Trabalhador**

Organizadores:

- Paulo Conceição: SES/BA.
- Raquel Rigotto: UFCE.
- Gláucia Maria Ieno: CERESAT/UFPB.
- Ari Miranda; CESTH/FIOCRUZ.
- Nanci Pinto: CEMAST/PR.

**Investigação e Pesquisa em Saúde do Trabalhador**

Organizadores:

- Marco Rêgo: SES/BA.
- Luiz Facchini: UFPel
- Francisco Lacaz: UNIFESP/EPM.
- Herval Pina Ribeiro: FSP/USP.
- Jorge Machado: ENSP/FIOCRUZ.

**DIA 18 DE JUNHO DE 1999 – SEXTA-FEIRA**

8h30 – 10h30

Apresentação e debate do documento “**Propostas de Política de Saúde do Trabalhador**”.

Apresentação:

- Elizabeth Costa Dias – UFMG.

Comentarista:

- Nelson Rodrigues Dos Santos – CNS.

Coordenadora:

- Jandira Maciel da Silva – SES/MG.

10h – 10h30

INTERVALO

10h30 – 12h30

APRESENTAÇÃO DAS EXPERIÊNCIAS

12h – 14h30

ALMOÇO

14h30 – 17h

PLENÁRIA FINAL – **Conclusões das oficinas**

Coordenadores:

- Jacinta F. Senna da Silva – SPS/MS.
- Armenes Ramos Júnior – SMS/Curitiba.
- Fátima Sueli Ribeiro – SES/RJ.
- Jandira Maciel da Silva – SES/MG.
- Luiz Antônio Valente – SES/SP.
- Paulo Sérgio de Andrade Conceição – SES/BA.
- Maria Paula Pozzi – SES/SP.

# CONFERÊNCIA DE ABERTURA

## Eficacia del Poder, Retroceso del Derecho y Degradación del Trabajo: el Escenario Regresivo de la Salud Laboral en América Latina

*Jaime Breilh<sup>3</sup>*

Los perfiles contemporáneos de sufrimiento humano en el trabajo sobre los que me toca hablar en el día de hoy son dramáticos, pero, si pensamos que las mismas razones históricas que explican el apogeo del actual sistema productivo y social que nos rige, son las que ahora están incubando su propia crisis, se nos abren fisuras importantes para un quehacer alternativo en la salud. Es decir, asumir el sentido original de *crisis*, que viene del griego “krinein” y que quiere decir “discernir” o “separar”, para situarnos en la perspectiva práctica de un optimismo vitalizador, aunque ponderado y responsable.

Podría parecer un contrasentido esgrimir ahora una bandera de esperanza desde las sociedades de la desigualdad, y más aún hacerlo cuando impera un clima creado de desencanto, una filosofía de deconstrucción de los derechos, que se propaga como resignación ante la supuesta inevitabilidad de los problemas sociales y laborales que enfrentamos, mientras el poder tiene amplias posibilidades para descalificar a priori, las fórmulas alternativas que desde los centros productivos y desde los núcleos académicos se han propuesto para humanizar las condiciones de trabajo. Pero, por el contrario, es ahora cuando necesitamos construir una práctica y un discurso de la emancipación del trabajo, justamente ahora, cuando desde el Poder se los declara anacrónicos e ilusorios es cuando más debemos trabajar en ellos; trabajar cuidadosa y responsablemente en una

---

<sup>3</sup> Presidente del Centro de Investigaciones para el Desarrollo (CINDES). Investigador principal del CEAS. Dirección CEAS: Asturias N24-02 y G. de Vera. Tel.: 593-2-566714 Quito, Ecuador  
e-mail: [jbreilh@ceas.med.ec](mailto:jbreilh@ceas.med.ec)



contraperspectiva, más razonable, más humana y más valiente, y desterrar ese discurso de la resignación y el derrotismo como una ilusión creada, y como parte de un gran movimiento de hegemonía del que un evento como este tiene que tomar cuenta.

Alan Badiou (1994), define la verdad como el “proceso real de fidelidad a un evento de ruptura por parte de un sujeto”, creo que es una buena recomendación para este encuentro, y para otros similares que realizan las gentes democráticas en su lucha por la defensa de la vida. Pues gente como nosotros, puede ser el soporte de una nueva fidelidad en la salud ocupacional, demostrándole al mundo que en nuestros espacios no ha muerto el sujeto social, y que estamos aquí, vivos con nuestra experiencia acumulada para consolidar una estrategia de humanización del trabajo.

En tal virtud y sin ningún ánimo de idealización desproporcionada, me atrevo a decir que un “*Encuentro Nacional de Salud en el Trabajo*”, con sus deliberaciones y propuestas, puede ser asumido como un gran indicador del grado de avance de una sociedad en su humanización. Pero además, si tal actividad se desarrolla en Brasil, como en este caso, a la citada importancia del evento, se añaden el peso gravitante de este gran país sobre el resto de América Latina, que ya empezó un camino en la VIII Conferencia del 86 y otros eventos, que concretó conquistas jurídicas en la Asamblea Constituyente del 88, a través de una representación federal democrática – a la que me honro en acompañar en esta mesa directiva – y que ha plasmado avances legales de importancia que alientan nuevas conquistas.

El *trabajo* es el gran mediador entre los seres humanos y la naturaleza, así como entre los seres humanos y la realización de sus necesidades y de sus sueños, por eso, cualquier encuentro como éste, que se plantee el desafío de construcción de un modelo para la salud en el trabajo, está afrontando, primeramente, un problema humano social y sólo en segundo lugar un problema técnico y político. De ahí que, apartándome un poco, de los asuntos más específicos de mi oficio de epidemiólogo, abriré esta intervención a los asuntos del contexto social.

### **El capitalismo tardío: inequidad, centralización del poder y pérdida de derechos**

A estas alturas de la década, existen muchas contribuciones científicas de enorme valor para comprender aquello que ha dado en llamarse globalización o, mejor dicho, *capitalismo global*. Además, como acontece con todo nuevo fenómeno histórico de magnitud, se ha levantado una controversia interpretativa. Sin pretender abordar exhaustivamente tales formulaciones y debates, para los fines de este encuentro, voy a resaltar primero el contexto socio histórico en que se implanta en América Latina y luego los hechos caracterizadores especialmente ligados a las condiciones de trabajo.

### **Escenario Latinoamericano: Crecimiento Sin Empleo y la Rentabilidad del Desempleo**

La base de los cambios estructurales que se fueron construyendo desde la década anterior es el neoliberalismo. Valenzuela (1991) en un visionario ensayo sobre el neoliberalismo, distinguió los procesos de las esferas de la circulación y en la política que hicieron posibles los cambios de los sistemas productivos y del trabajo: en primer lugar, un proceso de liberalización radical de ciertos elementos del mercado – por ejemplo el aperturismo impuesto a los países de la periferia y la liberación de todos los precios de sus bienes de consumo, en contraste con un cerrado control del precio de la única mercancía que nunca se liberó, la fuerza de trabajo; una sustitución de la intervención reguladora desde el Estado por la intervención directa corporativa de los monopolios (oligopolios), tanto en los espacios del mercado como en los propios centros laborales, es decir, el cambio por ejemplo, de la regulación estatal de las relaciones laborales, por la regulación automática basada en el miedo al desempleo y el neodespotismo del capital en los centros industriales; la presión a los países periféricos para el abandono de políticas de protección del mercado interno en función de economías hacia fuera; el impulso agresivo de una política de privatizaciones; y la reducción y focalización del gasto social.

Desde esa perspectiva, la tesis de que el crecimiento económico es por sí mismo una fuente de bienestar y trabajo, encuentra en la realidad latinoamericana su más importante mentís. Como se podrá constatar del panorama expuesto por Vilas (1999), a pesar de que en el período 1991 a 1997 la economía capitalista creció en 20%, casi triplicando los índices de la década anterior, dicha expansión de su productividad, contrasta con un rápido deterioro de las condiciones de vida en medio de un acelerado empobrecimiento masivo y ampliación de la inequidad social, al punto que los indicadores más recientes de dicho deterioro son aún peores que aquellos que se calcularon para la crisis de los 80.

El paso de una época en que el empleo era asumido, por lo menos teóricamente, como un derecho del que además se desprendían los demás derechos sociales y el acceso a los servicios públicos, hacia una era de desregulación y precarización laboral, pérdida de los derechos y de la protección pública – como supuestos lastres para la competitividad- significó un mayor descalabro de la ya escuálida calidad de vida latinoamericana, poniéndose una vez más en evidencia que el incremento de la inequidad no es una inesperada consecuencia de los cambios productivos y políticos de esta década, sino uno de sus más claros efectos.

Para 1997 según la fuente citada, alrededor del 50% de los latinoamericanos se encontraban viviendo en la pobreza, bajo una distribución que desmiente la supuesta ruralidad de dicha pobreza pues en números absolutos hay más pobres en las ciudades, aunque persistieran mayores porcentajes en el campo; urbanización de la pobreza que no se corresponde a índices migratorios ya estabilizados desde años anteriores sino que es más bien una pobreza nueva, alimentada por asalariados y clase media empobrecidos.

La *desigualdad de ingresos y propiedad* es de tal magnitud que supera los contrastes de sociedades convencionalmente reconocidas como de extrema inequidad tales como la India,

Tanzania y Uganda. Así por ejemplo, el índice de concentración de Gini de América Latina es 7% más alto que el de Africa y 40% más alto que el de los países desarrollados. En el caso del Brasil, con un PIB/habitante promedio nueve veces mayor que la India, presenta indicadores de desigualdad 10 veces peores que dicho país.

Justamente en los tres países destacados como líderes de las reformas neoliberales – Argentina, Chile y México – es donde se encuentran los índices más altos de concentración del ingreso de la región. Y en el área metropolitana de São Paulo que ha sido la gran irradiadora de desarrollo capitalista del Brasil, el porcentaje de familias pobres creció de 39% en 1990 hasta 47% en 1994, según estimaciones conservadoras.

Uno de los mayores contrasentidos de la llamada modernización de los 90 se pone de manifiesto precisamente en el sector laboral, que gracias a dichas reformas ha visto agravarse los ya antes deteriorados perfiles de los 80 y los contrastes sociales ligados a una profunda segmentación del mercado de trabajo.

Como resultado de esa dinámica regresiva el *desempleo* se ha incrementado, lo que se pone de relieve en algunas tendencias significativas. En Estados modernizadores como el argentino, a la par que la productividad creció en el 50% en los 90s, el desempleo abierto lo hizo paralelamente. Así mismo, una acumulación acelerada del sector informal en América Latina, copa el 87% de los puestos creados de 1990 a 1995 y así supera el ya alto 80% que existía antes.

Las estadísticas promediales de algunos países disfrazan el deterioro, como es el caso de Chile que, de 1992 a 1994 mejoró muy discretamente el salario real, pero en cambio, mostró un claro ascenso del porcentaje de familias que viven de ingresos menores al salario mínimo vital, el cual subió de 48% al 67%.

También las reformas de la producción industrial que miraremos luego en profundidad, denotaron una tendencia regresiva, acentuándose la *terciarización*, tanto a expensas de un crecimiento del sector tradicional de ese componente como de los modernos servicios para-empresariales.

Una fuente de deterioro laboral ha sido también la pérdida masiva y deterioro del empleo público.

Otra tendencia marcante del retroceso social es el *borramiento progresivo de las barreras entre los sectores formal e informal*, pues las empresas tienden a incorporar formas de trabajo informales como parte de la flexibilización que estudiaremos adelante y, a su vez, los trabajadores del sector formal se ven obligados a recurrir a actividades informales para complementar sus ingresos, como signo del *poli-empleo* caracterizador de los apuros de supervivencia en el capitalismo actual.

El tema del poli-empleo formalmente reconocido, esconde el eterno poli-empleo que han desempeñado las mujeres desde siempre, cubriendo sin remuneración la segunda jornada del

trabajo doméstico, cuya invisibilidad para la ideología de género preponderante, no puede esconder la magnitud de su importancia en la reproducción de la sociedad en su conjunto y, además, su peso en la determinación de condiciones de trabajo con sus consecuencias para la salud, las cuales han recrudecido en los años recientes. Precisamente Santana et al (1999) ejemplifican el deterioro de la salud laboral femenina en el sector informal en Brasil.

Lo que Vilas (1999) hace notar con razón es que en muchos de nuestros países, casi más que una destrucción del empleo se ha dado una *degradación de las condiciones del trabajo*. Ya veremos luego que con la flexibilización, esa degradación tiene velocidades distintas en los dos contextos laborales principales: el de las empresas integradas a la dinámica de la globalización y el de los espacios ligados a los mercados locales.

Las *políticas de Estado* en la mayor parte de casos alimentan la crisis del trabajo y representan la contraparte política del poder económico. El desempleo estructural es una necesidad de reproducción del sistema y resulta un negocio redondo, ya que contribuye a sostener en niveles bajos el precio de la fuerza de trabajo – que es el arma fundamental de competitividad del capitalismo periférico- y además, favorece la contención y vaciamiento de la fuerza sindical o de las organizaciones laborales, porque el desempleo garantiza la sustituibilidad de la fuerza de trabajo en contextos productivos de baja calificación, como son la mayoría de los latinoamericanos tal como veremos después. Si a lo anterior se añade el papel de los nuevos gestores del Estado para dismantelar las modalidades de desarrollo hacia adentro, del mercado interno, y favorecer el aperturismo de nuestro mercado a los productos externos, y si se recuerda además que los actores del Estado han trabajado diligentemente en el campo jurídico por el cambio del modelo tripartito de regulación del trabajo (empresa-trabajadores-gobierno), hacia un mecanismo binario (empresa-gobierno), o peor aún por una desregulación que favorece las decisiones unilaterales de las empresas, se comprende aún más la orientación contra el empleo de las políticas estatales. En otras palabras, los Estados latinoamericanos en la etapa neoliberal, al igual que en otros tiempos han representado los intereses de las clases dominantes en una sociedad, pero ahora lo hacen sin las mediaciones y sin los suavizamientos del keynesianismo.

En resumen el escenario de América Latina, constituido como el de perfiles más graves en el mundo desde la década anterior, es el contexto en que tienen que comprenderse los problemas más recientes de la reestructuración productiva y la flexibilización.

## El Nuevo Orden Global del Capitalismo, la Flexibilización y la Degradación del Trabajo

Si la realidad de los pueblos latinoamericanos era ya amarga en décadas anteriores, el vértigo de la hiper-explotación humana en los años más recientes es el desafío más complejo que haya enfrentado el pensamiento humano libre y la ética de la responsabilidad. Por eso, es vital para este Encuentro por la Vida de los Trabajadores trascender una racionalidad tecnocrática y empaparse de la realidad del trabajo con un profundo sentido crítico. Nada ganaríamos con volver a nuestros espacios de acción con un recetario para la cosmética de las actuales condiciones de trabajo degradado, pues tenemos que negarnos frontalmente a aceptar como “natural” o “inevitable” ese tipo de labor.

En efecto, desde el lado humano de la humanidad, atestiguamos perplejos la multiplicación de las formas más dolorosas del sufrimiento de la población laboral. A la vez que las maravillas de la ciencia y las de la tecnología hacen posible la informatización productiva y la comunicación global instantánea, la teleinformática y los hipermedia están siendo utilizados en contra del ser humano y del trabajo. Es la vocación lucrativa del sistema capitalista que termina convirtiéndose en estupidez y ceguera institucionalizadas, y acaba empuñando las armas de la tecnología contra la propia humanidad, y a favor de un proceso insólito de concentración-exclusión de la riqueza del mundo y de destrucción de la naturaleza. Es como si el egoísmo esencial que siempre encarnó el capitalismo, experimentara una especie de destape, ahora que su primacía puede operar coyunturalmente sin control efectivo; y a momentos, esto nos crea la sensación de que vivimos bajo la ley del instinto, con el agravante de que, como nos hace recordar Saramago, “el instinto de los animales por lo menos defiende mejor la vida que nuestra razón, que, por el contrario, ha servido para dominar, humillar y explotar a otros”. Es también como si nos viéramos obligados a testimoniar un proceso de “suicidio colectivo” y nos estuvieran negando el derecho a replica; cuestión que no es nueva bajo el capitalismo, pero que ahora eclosiona sin control y se hace visible con relieves inéditos, en momentos en que aun los medios de comunicación masiva lucran con la industrialización de las imágenes de guerra y violencia, mientras las organizaciones sociales y las entidades de defensa colectiva permanecen congeladas por el miedo, debilitadas por su fragmentación o simplemente inoperantes en medio de la trama estructural de una privatización de la vida que hasta ahora dejamos pasar.

El capitalismo tardío cuyo eje de gravedad radica en Norte América, fija ahora las normas que las máquinas de la comunicación y la guerra hacen respetar. Desde la Casa Blanca Imperial y desde los polos de poder universal se establecen los criterios y referencias de una hegemonía global, mil veces reproducida por la prensa y, también, por que no decirlo, por la imitación o la aceptación funcional en congresos, seminarios y otros espacios de encuentro. Y cuando la persuasión no es suficiente, entonces el *destino manifiesto* se impone por medio de la tecnología de la guerra para hacer respetar una supuesta “Odisea norteamericana” que nos es impuesta como paradigma de moral

y de una cultura para todo el mundo. No es una simple coincidencia que, justamente cuando escribo estas reflexiones llegue una carta de Mary Ashford, Vice-presidente de la asociación internacional de “Físicos por la Prevención de una Guerra Nuclear” denunciando el peligro inminente de un tercera guerra mundial que ha sido ocultado por los medios.

Los trabajadores del mundo enfrentan, entonces, la doble encrucijada de los peligros de esa guerra externa y también los de la guerra interna que, como veremos, les ha planteado el neoliberalismo en sus propios sitios de trabajo, fenómenos evidentes de los cuales no podemos tomar distancia y refugiarnos en un academicismo elegante.

Podrían distinguirse dos grandes períodos en la economía monopólica del Siglo XX: la que corresponde al capitalismo “fordista” (hasta mediados de los 80s) y la que ha dado en conocerse como posfordismo, posindustrialismo, capitalismo neoliberal o tardío, desde entonces. Tanto en el uno como en el otro período ha existido una “economía mundial” o “internacionalizada” y un comportamiento imperialista de los grandes centros del poder, pero es necesario distinguir profundos cambios y aclarar algunos términos.

El “Fordismo” perfeccionó el proceso que se había estaba forjando desde la Revolución Industrial y el Capitalismo de la Gran Industria del siglo pasado, para transformar a los trabajadores manufactureros que sabían su oficio y controlar sus técnicas, sus tiempos, las formas de organización y coordinación de las tareas, por medio de lo que dio en llamarse la organización científica del trabajo o “taylorismo” en grandes centros industriales, que fue para ese momento la piedra de toque de la productividad. Según Lipietz (1998) el pico de este período se dio en los años sesenta y constituyó para los obreros una fase de legislación laboral garantizada por el Estado de Bienestar y bajo normas estables de la relación laboral. Era una etapa que por ese motivo ha sido descrita como Keynesiano-Fordista y en la cual la forma de acumulación y de regulación se asentaron en gran medida en los estados nacionales. En América Latina, el Fordismo se implantó limitadamente, sobretudo en los sectores de sustitución de importaciones, pues en las amplias masas de semi-asalariamiento y de trabajo marginal tales procesos y garantías, o estuvieron ausentes o estuvieron presentes en medida muy limitada.

Al final de los sesenta y en los años setenta el modelo Keynesiano Fordista entró en crisis. Tal acontecimiento ha merecido explicaciones contradictorias y propuestas encontradas.

Teóricos como Hirsch (1991) han explicado el declive del Fordismo y la emergencia del neoliberalismo global como el producto de una crisis estructural de reducción de las ganancias del capital en los países metropolitanos, una creciente desestabilización de los mecanismos institucionales de regulación y una crisis financiera, con excesos de liquidez ocasionados por el estancamiento económico. El agotamiento de la tecnología fordista, habría desencadenado la tendencia declinante de las ganancias y al rápido crecimiento del capital financiero. Lo que estaría vinculado con la aparición de formas tayloristas en los países asiáticos, Brasil y México, y con la

ineficiencia del taylorismo, su rigidez e incapacidad de responder ágilmente a una demanda cambiante. Circunstancias éstas que llevan a este autor a sostener que en la globalización el Estado, al cual le asigna ahora el nombre de Estado de Competencia, queda cada vez más dedicado a asegurar el espacio nacional como localización del capital productivo, es decir, a ofrecer en competencia con otros estados, las condiciones más favorables para el capital móvil global, atraerlo a su playas y retenerlo en su territorio. Desde ésta forma de ver las cosas, la confrontación social contemporánea es esencialmente un conflicto entre fracciones del capital, para lo cual la “cuestión obrera” sería una insignificancia y el conflicto social un proceso demasiado fragmentado como para producir un impacto democratizador, por lo cual estaríamos irremediamente condenados a una democracia de baja intensidad, en cuyo seno sólo cabría un reformismo institucional para crear formas de control de la explotación del trabajo.

Otros pensadores contemporáneos alimentan una visión distinta. Así, Bonfeld (1999), por ejemplo, insiste en que no se trata ahora de una simple contradicción entre las fracciones del capital financiero y productivo, sino más bien de una disociación entre la acumulación productiva y monetaria, una oposición entre el trabajo como fuente de valor y la acumulación monetaria de riqueza; en condiciones en que el trabajo ya no proporciona los valores relativos para la acumulación. En el marco de su interpretación, este autor insiste en que no hay realmente un contraste rígido entre el período “fordista” y “posfordista”, y que tampoco podría atribuirse al “fordismo” una ligazón con un proyecto de acumulación capitalista nacional ni con el Estado benefactor. Sostiene por último que el período keynesiano fordista no fue menos globalizante, pues a continuación de las guerras económicas de la II Guerra Mundial, la globalización ya había ocurrido durante los 50s y 60s, recuperando el terreno perdido durante la guerra.

Astarita (1999) contribuye con un incisivo análisis a aclarar aun más el panorama de los trabajadores cuando sostiene que no se trata simple y llanamente de una era de depredación por el capitalismo financiero como “dinero salvaje”, y de anarquía que hubiera desbordado los estados nacionales y roto la regulación keynesina estatal, ni se trata, según él, de que la contradicción capital-trabajo haya sido desplazada por el antagonismo de las finanzas y las sociedades civiles excluidas. No es así, según dicho autor, porque el control financiero impuesto en países como la China, la India y Chile, no ha impedido que en dichos países persistan niveles altos de sobreexplotación; todo lo cual pone en evidencia que el proceso de fondo de la crisis actual es la desvalorización de capitales, es decir, la existencia de desvalorizaciones masivas que redefinen las relaciones empresariales del mundo, y permiten que las compañías, especialmente norteamericanas, en cuidadosa articulación con el Fondo Monetario Internacional, y en contubernio con los grupos de poder de nuestros países, estén comprando a precio de oferta los bienes estratégicos de los Estados más pobres. Chossudovsky (1999) ejemplifica como un plan de saqueo, cuidadosamente orquestado, el asalto a la reserva monetaria del Brasil ocurrido en Enero pasado, y nosotros sabemos que en todos los países periféricos se ha forzado la venta de bienes públicos a precios irrisorios.

El hecho es que, volviendo al tema del “fordismo”, y sea cual sea la explicación sobre el verdadero sentido histórico de su crisis, han ocurrido cambios profundos de la estructura capitalista, que debemos entender, antes de pensar en salidas para los trabajadores.

El capitalismo tardío busca penetrar en las distintas estructuras productivas mediante un doble proceso de “purificación” y de “recomposición productiva”. En efecto, Jameson (1994) llamó la atención sobre la *purificación* del capitalismo, como una intensificación de su lógica y la penetración del mercado en los últimos enclaves de resistencia, tales como la cultura. A lo cual tendríamos que añadir un proceso de apropiación en espacios que, según el pacto de posguerra, se habían mantenido al margen de lo mercantil, como los derechos laborales; una apetencia que se explica porque la antes mencionada tasa decreciente de ganancia y la crisis de acumulación requieren la conquista de espacios nuevos de rendimiento económico por parte de los grandes empresarios y la privatización de las áreas sociales para lograr el doble efecto de dismantelar los programas estatales del área social y convertirlos en lucrativos negocios. Como lo destaca Laurell (1997) para el caso latinoamericano, las privatizaciones de las actividades del bienestar social, la educación y la salud son apetecidas porque llegan a representar importantes rubros económicos que van del 13% al 45% del PIB, motivo por el cual son un bocado seductor para los mecanismos lucrativos, así como también un rubro significativo para el financiamiento de la crisis fiscal, sacado de los bolsillos de los pobres.

El segundo proceso de *recomposición productiva* consiste en un conjunto de estrategias que se han aplicado de manera desigual y combinada según los diferentes países.

Los nuevos vientos de competencia capitalista determinaron que no sea la calidad el único instrumento de competitividad, sino una flexible adaptabilidad ante la demanda, frente a lo cual los centros de poder adoptaron dos tipos de estrategias: o la flexibilización del trabajo, típica según Lipietz (1998) de los capitalistas del Atlántico: Estados Unidos, Inglaterra, Francia y España; mientras las empresas de los países continentales de Europa como Alemania, Italia del Norte, Suiza, los países nórdicos, así como Japón – donde se ha dado la estrategia llamada “toyotista” – adoptaron predominantemente la estrategia de redireccionar el taylorismo y reorganizar el trabajo por medio del involucramiento de los/as trabajadores/as, lo cual, aunque disminuye discretamente el control del capital sobre el trabajo e implica inversiones de capacitación, en cambio, asegura productividad, a cambio de estabilidad.

Para el caso de los países de Europa con una más agresiva flexibilización se describen en años recientes incrementos notables de indicadores de segmentación de las condiciones de trabajo y precarización del empleo, con ascenso en las formas de contratación a tiempo parcial y otros retrocesos, más pronunciados en las empresas pequeñas, las cuales, a su vez registran niveles más altos de accidentabilidad que revelan el impacto de dicha segmentación desigual y sobrecarga de las condiciones de trabajo (Blanco, 1999). Así, en el citado país el índice de siniestralidad grave del trabajo en las empresa pequeñas – menores de 50 asalariados – por cada mil accidentes en 1995 fue



de 19.6, mientras que ese indicador fue de 13.3 por mil en las empresas mayores; así mismo, la tasa de accidentes fatales fue 30% más alta. Condición que es aceptada con una pasividad resignada, en trabajadores a los que la pérdida de estabilidad induce a un fuerte individualismo. Las empresas por su parte, encuentran en la “subcontratación de riesgos” la salida para invisibilizar los procesos de degradación laboral.

Entonces, las grandes empresas han trasmutado radicalmente su estructura, descentralizándose en pequeñas empresas, convertidas en una red de interconexiones en la que sus partes, de gran dinamismo y capacidad de adaptación, trabajan interconectadas como una unidad en tiempo real a nivel planetario.

Como lo explica Castells (1999) a pesar de que más del 80% de la mano de obra del mundo trabaja en mercados locales, y a pesar de que una considerable parte de los ahorros no circulan globalmente, lo que sucede ahora es que las empresas monopólicas dirigen mediante conexión instantánea las redes, de tal forma que la dinámica, la situación y el funcionamiento de las economías de todos los países dependen de la conexión con ese núcleo central. La empresa matriz sigue siendo la unidad de capital, la unidad jurídica, la de estrategia financiera, pero cada segmento, cada unidad, cada mercado nacional, cada departamento, trabajan con gran autonomía. Un proceso en que la informatización y la teleinformática son cruciales porque garantizan la instantaneidad de los procesos de coordinación y unidad de mando, de las *empresas-red*. La red pone juntos varios elementos, varias personas, varios segmentos de la empresa o varias empresas para hacer algo juntos, con la ventaja de flexibilidad, adaptación rápida a la demanda, e incluso posibilidad de inmediata disolución ante las bajas de demanda, con lo cual se superan las rigideces del modelo fordista.

La ciencia y la tecnología se constituyeron desde el siglo pasado en fuerzas productivas, pero ahora el conocimiento y la instantaneidad de la información son la base de la productividad, de la competitividad y del manejo social. Las nuevas tecnologías de información permiten la velocidad, la flexibilidad y la adaptación inmediata estratégica.

Pero aquí cabe resaltar un punto clave para el problema que nos ocupa. Esa descentralización, esa activación formidable de recursos y redes de comunicación, esa potencial disponibilidad planetaria de información, no llevan a la democratización de nuestras sociedades ni del orden internacional, sino por el contrario a lo que McLaren (1997) denomina la *implosión de la centralización* y una inédita concentración de poder de decisión. No porque la información y su base tecnológica lleven por sí mismas a tal concentración, sino porque su lógica determinante es el productivismo y el enfrentamiento privado, lo que genera formas de saturación comercial de los datos e información vaciada de contenido integrador, que hacen parte del ciclo alienante de los aparatos de dominación cultural.

## La flexibilización en América Latina: penetración desigual y combinada

La penetración en los distintos países de la lógica del capitalismo tardío y la recomposición de sistemas productivos es muy heterogénea como lo demuestran varios estudios recientes como los de Castells (1999) y Blanco (1999) en Europa; los de Loomis (1997) y Smith (1999) en Norteamérica; y especialmente el importante estudio De la Garza y Bouzas (1998) en México, en los que nos hemos sustentado para esbozar un panorama de los patrones de flexibilización bajo el modelo de desarrollo altamente inequitativo, desigual y combinado del capitalismo tardío en el mundo y especialmente en América Latina.

Ya hemos comentado suficientemente los resultados de fracaso en el mundo de la flexibilización neoliberal y su complicidad en la exclusión masiva de trabajadores que ha llegado a acumular, según un informe reciente de la OIT (1997), 1000 millones de desempleados y subempleados en todo el mundo, es decir un escalofriante 30% de la fuerza de trabajo.

A diferencia de otras regiones, en América Latina la desregulación del trabajo, uno de los componentes de la flexibilización, no es de ahora y lo que las reformas de estos años han logrado es una hiperdesregulación. Veamos esto y las otras dimensiones de la flexibilización en la producción latinoamericana.

A nivel de los *determinantes estructurales* más amplios la crisis de competitividad determinó en la lógica empresarial, como ya lo hemos explicado, una denuncia de las “rigideces de las relaciones laborales” y una búsqueda de eliminación de los obstáculos y de reducción aun mayor del precio de la fuerza de trabajo, de ahí que se empezó a buscar desde mediados de los 80s, tanto a nivel general como al interior de las empresas, estrategias de desregulación y flexibilización salariales, movilidad en el empleo, profesional y geográfica y búsqueda de tecnologías con equipos flexibles y obreros polivalentes, cuyo financiamiento provino en gran medida de la apropiación privada de los fondos de reactivación logrados para salir de la anterior década perdida.

Ya en el espacio de las *relaciones laborales y reestructuración productiva* la reconversión implicó tanto cambios tecnológicos “duros” cuanto modificaciones en las relaciones laborales (contractuales y legales) que conllevaron las siguientes *formas de reestructuración de la fuerza de trabajo*:

- Flexibilización *numérica*: ajuste del número de empleados a la demanda fluctuante.
- Flexibilización *salarial*: recálculo del salario en función de productividad y no de antigüedad.
- Flexibilidad *funcional*: recambio del tipo de uso de la fuerza de trabajo en los procesos productivos, especialmente el trabajo polivalente y la movilidad interna entre puestos, departamentos, turnos y horarios.

Las expresiones regionales y sectoriales de la flexibilización muestran una heterogeneidad que es producto, ya sea de las distintas necesidades estratégicas de los empresarios, del tipo de capitales involucrados, de su vocación y capacidad exportadora, así como de las tradiciones sindicales y experiencia de lucha existentes en cada sector. En el caso mexicano por ejemplo, estudiado por De la Garza y Bouzas(1998), se encontró como lo muestra el siguiente cuadro, que la flexibilización se concentra especialmente en las grandes empresas privadas y en las públicas privatizadas.

El énfasis mayor de reconversión ha sido puesto generalmente en los siguientes procesos de flexibilización:

- *Movilidad* horizontal y vertical de la fuerza de trabajo.
- *Polivalencia*,
- Reducción de la así llamada “*injerencia*” sindical.
- Liberalización de las *reglas de contratación*.

**Cuadro 1. Flexibilidad Laboral en México Según Tipos de Empresas (De la Garza y Bouzas)**

TIPO DE ESTABLECIMIENTO	FLEXIBILIDAD		
	BAJA	MEDIA	ALTA
EXPORTACION			
SI	77.9	22.1	----
NO	71.7	28.3	
CAPITAL			
Extranjero	71.7	28.3	----
Nacional	74.6	25.4	
TAMAÑO			
Pequeña	86.1	13.9	----
Mediana	79.3	20.7	
Grande	50.5	49.5	
PRODUCTIVIDAD			
Baja	75.4	25.6	----
Media	100.0	----	
Alta	55.0	----	

*Fuente: Cálculos efectuados en la base de datos de 5000 establecimientos de una encuesta de la Secretaría del Trabajo (1992); Encuesta de 500 establecimientos efectuada por la UAM; y Encuesta de 1000 establecimientos efectuada por la UNAM (1995).*

Cuando se miran casos particulares se descubre una *heterogeneidad interna de la flexibilización* en las empresas, pues las mismas establecen, cuando así los demandan sus estrategias productivas, diferencias entre subramas de las empresas en cuanto a: movilidad de la fuerza de trabajo; formas de organización y tecnologías; salarios y prestaciones; definición de ascensos; niveles de seguridad en el empleo; categorías de puestos y subcontratación a terceros; y restricciones a la labor sindical, con las cláusulas de exclusión.

De esa forma pueden desentrañarse *tendencias tipo de flexibilización* según grandes exponentes de la estrategia neoliberal:

- Las *empresas maquiladoras*, que introdujeron tempranamente en la región (~1970s en unos países y 1980s en otros) formas altamente flexibilizadas en contextos de baja conciencia laboral y de disponibilidad de mano de obra barata, sobretodo femenina.
- Las *empresas de ensamblaje automotriz y semejantes* con una heterogeneidad interna entre sus subempresas; centraron sus estrategias en la productividad, desmantelamiento sindical y destrucción de contratos colectivos; compactación y reestructuración de categorías y puestos.
- Las *empresas del capital bancario*, bajo una marcada unilateralidad introducen cambios como la incorporación de nuevas tecnologías informáticas y desplazan al usuario las tareas mediante la automatización.
- En los *centros de trabajo docentes* en el marco de las estrategias privatizadoras y semi privatizadoras se observan reformas, como las descritas por Gentili (1995) y Kohen (1997) con un *doble proceso de transposición*: desplazamiento del problema de la democratización de la educación al de calidad; y la transferencia de los contenidos de la discusión sobre calidad desde el campo productivo empresarial hacia el campo educativo y el análisis de los procesos pedagógicos. Las universidades son ejemplos del cambio del espíritu de cuerpo y el saber de producción colectiva hacia patrones de alta privatización del trabajo académico.
- En las *empresas y unidades de servicios de salud* también se observa la incorporación de un cambio hacia el paradigma de la administración por competencia gerenciada (“managed competition”), lo cual está significando la intensificación del trabajo sin compensación, la pérdida de estabilidad y la regresión de los derechos y la organización.

Las posibilidades de generar problemas masivos de salud por el *deterioro del trabajo administrativo* en América Latina en la reingeniería de la organización gerencial, creando tensionamientos o “exigencias”, en la terminología de Noriega (1989), se consigna en estudios como el del CEAS de Ecuador (1994) que demuestran el entrelazamiento de los procesos de sobrecarga administrativa y de género en la génesis de sus problemas de salud.

La flexibilización requiere de un *sopORTE desde el Estado* y de un cambio del *marco jurídico*. Aquí se entra de lleno en el tema de la desregulación como base de un incremento de la competitividad internacional del capital. En Argentina, por ejemplo, durante el mandato del Presidente Menem se han dictado 16 cuerpos jurídicos, entre decretos y leyes, dirigidos a la flexibilización y contra el trabajo, que han logrado rebajar las cargas sociales empresarias, fijar topes salariales y congelar el salario mínimo vital, limitar el derecho de huelga, favorecer la generalización de contratos flexibles, retroceder los derechos adquiridos, reducir las prestaciones sociales, transferir la responsabilidad de los riesgos, descentralizar la negociación colectiva, etc, etc.

- En esta línea se han observado las siguientes estrategias:
- Variación de la *jornada de trabajo* con paso al régimen de pago por hora.
- Salario en función de la productividad.
- Reducción o cambio de la estabilidad en los contratos.
- Escalafón por desempeño y no por antigüedad.
- Revisión de los tribunales de trabajo.
- Giro del papel del Estado frente a la regulación de las relaciones laborales y la seguridad social.
- Desregulación del derecho a la huelga y limitación más drástica de los derechos de asociación y contratación colectiva.

En resumidas cuentas observamos de que forma opera la nueva racionalidad, que se esgrime como producto inevitable de la competencia y se valoriza como respuesta a la eficiencia. Sin embargo, los duros perfiles que aquí quedan trazados no deben convertirse en una visión apocalíptica y en una sensación pesimista de inevitabilidad. Por el contrario, hay buenas posibilidades de una salida democrática, pero no por simple obstinación, sino porque los mismos procesos que le han dado a esta formación económica su ciclo de fortaleza, encarnan contradicciones profundas y problemas para su viabilidad a más largo plazo que, aunque no es del caso tratarlos exhaustivamente aquí, podemos enunciarlos brevemente, siguiendo a Castells (1999). La flexibilidad que le otorga adaptabilidad y competitividad al capitalismo monopólico actual, conspira directamente contra la productividad. La individualización de la fuerza de trabajo, por su parte, determina una masiva polarización y empobrecimiento. Y por último, la individualización

creciente del trabajo y la consiguiente disminución de la capacidad de agregación de las relaciones laborales socava una de las instituciones centrales del pacto social y de cualquier acción de bienestar, determinando una profunda desigualdad, con lo cual entra en crisis de financiamiento y solidaridad, el conjunto del beneficio de las relaciones industriales y del Estado. A lo que habría que añadir el tope o suicidio ecológico, como lo define Hinkelammert (1997), de procesos de producción inviables a largo plazo por su destructividad.

Por último, está el argumento esgrimido desde la antropología, que nos hace caer en cuenta que, en medio de sus propios topes estructurales, de la incapacidad del capitalismo tardío para ofrecer bienestar, trabajo, y servicios, y en medio de su acelerada creación de desigualdad, la subordinación de las comunidades tradicionales no puede ser total, como lo sugiere acertadamente García Canclini (1991). Es de suponer, por el contrario, que el lento proceso de despertar de los pueblos y naciones oprimidos, abran profundas brechas para la construcción de un mundo humano.

### **La salud: degradación de las condiciones de trabajo y pandemia**

A pesar de que no existen aun amplios estudios comprobatorios sobre la magnitud del impacto en la salud de las nuevas formas de explotación instauradas, se puede decir que no existe un solo tipo de país donde las condiciones humanas y laborales no se hayan degradado en términos absolutos o relativos bajo el neoliberalismo (Breilh, 1998).

En tales circunstancias es de suponer que los perfiles epidemiológicos en el trabajo se hayan deteriorado a lo largo y ancho del mundo. Aun los/as trabajadores/s del Primer Mundo han sufrido las consecuencias jurídicamente regresivas y epidemiológicamente destructivas del modelo; no otra cosa significa esa expansión en los Estados Unidos, descrita por Loomis et al. (1997), de “patrones sureños” de flexibilidad laboral y su asociación con el avance de espacios no regulados por las agencias correspondientes, y la persistencia de formas de accidentabilidad, violencia y problemas del auto empleo.

En América Latina la falta de estudios abarcativos y suficientes, a pesar de todos los esfuerzos contracorriente que ya han cumplido y con gran éxito, muchos núcleos de salud de los trabajadores, como el propio CESAT, son producto del sigilo y la impunidad que se han impuesto en los centros laborales. El carácter tendencioso y contradictorio de la información hegemónica en salud, se pone de manifiesto también en el contraste entre el sigilo y acuciosidad institucionales al manejar la exigua información disponible sobre la salud de los/as trabajadores/as que laboran en los espacios económicos principales como las empresas industriales y comerciales – una verdadera política de expresa desinformación- mientras que, por otro lado hay una mayor soltura y circulación informacional para los espacios que Sabroza et al (1992) denominan circuitos económica y territorialmente secundarios, como las barriadas, favelas y zonas rurales excluidas.

La lógica lucrativa llega a producir la paradoja de que algunos avances tecnológicos de los sistemas producen deterioro de la información, como es el caso de la automatización de los expedientes de trabajadores industriales, de tal forma que los sistemas “nuevos” y los programas se tornan inaccesibles, de “propiedad” de empresas contratadas, y donde, en la transcripción de la información, se pierden sospechosamente aspectos esenciales de la misma.

Hay que trabajar intensamente para dar un giro total a la información en salud ocupacional, pues ahora, de modo semejante al que ciertas construcciones del lenguaje y el discurso técnico reproducen una cultura de la inequidad y una lógica favorable a las asimetrías sociales, étnicas y de género -con las cuales se nos hace convivir hasta declararlas “naturales”-, así mismo la información en salud ocupacional está estructurada de tal forma que, no sólo nos limita en el conocimiento epidemiológico de la génesis de los problemas, sino que tiende a reemplazar el conocimiento con información y a ubicar esa información inofensiva en sofisticadas redes electrónicas.

Creo que bien haríamos en América Latina en concentrarnos ahora en los vínculos determinantes que existen entre los procesos de reconversión productivista que hemos esbozado, que borran las barreras definidas entre puestos y secciones y que introducen procesos de degradación laboral de alta peligrosidad, así como en los procesos de exclusión e informalización de la fuerza de trabajo, unos y otros seguramente correlacionados con la expansión de una verdadera *pandemia de procesos críticos* epidemiológicos particularmente ligados con:

- La saturación de estresores en los procesos productivos, que hacen que el *estresamiento* florezca como un gran mediador con una variada patogénesis en el campo de la salud mental y física.
- La proliferación de procesos productivos formales e informales que imponen la *intoxicación neuro-psíquica* de la fuerza de trabajo.
- La utilización de formas incontroladas de *transferencia de energía* (Hagberg, 1997) bajo la lógica productivista, ligadas a la producción masiva de lesiones, injurias y accidentes graves en el trabajo y en el transporte coligado.
- Basta ver las cifras de los accidentes de trabajo en la época de reestructuración productiva en el Brasil, estudio realizado por Filho (1998), para constatar el crecimiento vertiginoso de letalidad de dichas injurias de 1.84 x 1000 trabajadores asegurados en 1970, pasando a 3.3 x 1000 en 1980, hasta llegar a 9.83 x 1000 en 1995, año este último en que aun persisten 403652 accidentes, 3967 de los cuales fueron fatales.
- El empleo bajo “*regulación de baja intensidad*” de *sustancias y materias cancerígenas*-promotoras e inductoras- en la producción.

- Las formas de *deterioro ecológico desigual y combinado* que se dan, tanto en los circuitos o espacios productivos primarios de la economía monopólica, como en los circuitos secundarios – siempre en la terminología de Sabroza – de la economía marginal e informal, y que se ligan a la determinación de los procesos de transmisión infecciosa en el trabajo, así como al deterioro ecológico urbano y rural de las áreas dormitorio de la fuerza de trabajo.

Pero, no sólo los procesos destructivos que hemos descrito hacen parte de la problemática de la salud ocupacional. La acción enfocada en los procesos protectores que existen en el trabajo o que se incorporan sistemáticamente como componentes de un programa preventivo y de promoción – tales como la práctica sistemática de la educación física, el deporte y la recreación formativa – son elementos benéficos que, como lo hemos demostrado en estudios epidemiológicos contrarrestan la producción de morbi-mortalidad laboral y constituyen elementos de convocatoria para la planeación participativa de acciones.

En síntesis, lo importante de un panorama de la salud ocupacional para este encuentro, no es tanto el exponer exhaustivamente información epidemiológica sobre el trabajo, que por otro lado no está del todo disponible, sino resaltar aquí el hecho de que tenemos que liberar a la epidemiología del trabajo de la camisa de fuerza del pensamiento reduccionista de la teoría de los factores de riesgo, pues ésta ha sido hasta ahora, un recurso de evasión de responsabilidad empresarial e institucional, como lo paso a comentar más adelante.

La hegemonía de un orden social injusto radica fuertemente en la amplia y permanente reproducción del poder simbólico, como lo denomina Bourdieu (1998), que se constituye también en cada campo profesional, y por tanto en la salud ocupacional, y que a través de una determinada construcción del discurso técnico, de los conceptos y de las disposiciones prácticas, no es otra cosa que una forma transfigurada, legitimada, irreconocible de las otras formas de poder. La única manera de superar la dominación de ese poder simbólico es la toma de conciencia de que existe y de que, a lo mejor, parte de nuestro pensamiento y acción lo reflejan.

### **Algunas tareas urgentes**

Para finalizar, cabe hacer una breve revisión de algunas de las tareas más urgentes.

Una tarea primordial, talvez la primera en el orden lógico y desde una filosofía de la praxis es la de defender una cultura solidaria que contraresta el individualismo atomizador que se propugna como estrategia de dominio. Hay que trabajar con denuedo para contruir articulaciones fuertes entre los/as trabajadores/as y los otros componentes de la sociedad civil, incluidos los profesionales y expertos; crear espacios de reflexión colectivizada donde se recupere el carácter colectivo del pensamiento humano y desprivatice las almas.



Sobre la base de un tejido social fortalecido, debe trabajarse también en una *renovación conceptual y metodológica*, quiero implicar con esto la necesidad de cambiar de racionalidad a nuestra práctica, desembarazándola del paradigma conceptual factorialista y de los modelos de gestión funcionalistas.

La llamada medicina del trabajo convencional y las viejas concepciones de la salud pública aplicadas al trabajo operan generalmente en el marco de la *teoría de los factores de riesgo*. Yo no dispongo de tiempo para ampliar un cuestionamiento de esa base conceptual y solo me limitaré en este momento a transmitirles un brillante y sintético cuestionamiento del factorialismo como base de la acción, que consta en el siguiente argumento:

*“La prevención basada en la epidemiología de los factores de riesgo está gobernada por el tipo de lógica según la cual, la temperatura de una habitación es reducida mediante la ubicación del termómetro dentro de un cubo de hielo” (Kuhn, citado por Silva, 1997)*

La visión más moderna de la epidemiología, aun la que se registra en los textos más novedosos del pensamiento clásico como las últimas ediciones de Rothman-Greenland (1998) ya reconocen la obsolescencia de la interpretación clásica del concepto de “riesgo atribuible” y la inutilidad de la separación de tipos de “causas” ambientales y genéticas. Sólo desde una lógica que podríamos calificarla de “escapista” o “expiatoria” tiene sentido separar los supuestos “riesgos” laborales, de los no-laborales, lo que la salud en el trabajo debe hacer es partir de los determinantes que existen en el trabajo y combatirlos, existan o no evidencias perfectas de la magnitud de su asociación con las formas de deterioro de la salud, y procurar al hacerlo, que los diseños de investigación y de los planes de intervención respeten la integralidad de la vida de los trabajadores, sin fragmentar la realidad ni aislar artificialmente pedazos de la vida de las personas y de los grupos en factores manipulables.

Asunto central es también una toma de distancia con el funcionalismo, es decir, con la reducción de la práctica de la salud colectiva a la planificación de reformas menores dentro de límites permisivos, unilateralmente establecidos e inhumanos y siempre centrados en los clásicos espacios del trabajo formal. Nuestra acción debe abrirse con realismo, pero también con tenacidad hacia la implementación y expansión de los términos que establecen la constitución y las leyes sobre los derechos humanos, sociales y laborales, hacia la concepción más integral de la protección y promoción del trabajo saludable. Cuando la Constituyente del 88 selló un salto delante de los derechos sociales al consignar la responsabilidad del Estado en la atención de la salud de los/as trabajadores/as y del medio ambiente, estaba colocándose a la altura de los cuerpos jurídicos más avanzados y señalando la responsabilidad del Sistema Nacional de Salud de ocuparse de la protección del trabajo y de la promoción de condiciones saludables en el mismo, no sólo en los espacios convencionales de trabajo industrial, sino en todos los ámbitos donde se ejerce trabajo

humano, formal o informal, del espacio público o privado, del ámbito doméstico o extradoméstico, en fin, de toda la población que trabaja.

La salud en el trabajo debe desbordar los límites de la medicina ocupacional y de los modelos de control limitado del llamado “riesgo en puestos”, para dar paso a formas participativas y de cogestión para las cuales la salud pública latinoamericana, y del Brasil particularmente, han acumulado una importante experiencia. Nos haría mucho bien propiciar una interdisciplinaridad y un contacto de experiencias en estrategias como las de monitoreo e investigación participativas, que remplacen las viejas nociones de vigilancia epidemiológica vertical y pasiva; reconfigurar los sistemas de información sobre salud en el trabajo para que dejen de centrarse exclusivamente en organismos médicos y núcleos académicos y se abran a un modelo participativo y multicultural, donde los saberes de los otros se integren al proceso de inteligencia epidemiológica en el trabajo.

La racionalidad de los actuales sistemas de información para el conocimiento y para el poder simbólico que antes resaltamos, por lo cual este encuentro y los eventos donde se discutan modelos creativos para el impulso de la salud en el trabajo deben enfocar el rediseño de los sistemas de información, en salud en general y específicamente los de salud en el trabajo. La información es una herramienta del saber y también lo es de la configuración simbólica y de los sistemas de ideación y de construcción del conocimiento y la práctica, por eso no podemos darnos el lujo de descuidarlos. Como lo destaca acertadamente Castiel (1999) en este mundo al revés, los poderosos han logrado dar la vuelta a los papeles de la realidad y de la ficción y poner la información de salud a su servicio; sea por deformación o por omisión, el sistema de información se encuentra ahora constreñido. La articulación de nuevos modelos de la salud ocupacional requiere nuevos modelos de información.

En estos tiempos en que se abren las nuevas posibilidades de la comunicación en redes, hay señales interesantes en el mundo actual que están demostrando, como lo ha hecho el “Foro Abierto Internacional para una Estrategia Global de Comunicación de los Trabajadores” (1999), y otros semejantes, que es posible volcar al servicio de las causas más humanas y democráticas los poderosos recursos de la comunicación digital y las redes electrónicas globales.

Un componente crucial del cambio de nuestro quehacer, que guarda relación con los puntos anteriores, es la apertura mental hacia una visión democrática, que se entremezcle con la riqueza del saber popular de las clases subordinadas, de las nuevas perspectivas más abiertas de género y de la profunda sabiduría étnico-cultural, de las sociedades afro americanas e indoamericanas. Hacerlo, sería romper los moldes del pensamiento cerrado, unidimensional en que fuimos entrenados y ventilar los espacios técnicos y la academia, para situar a la salud en el trabajo en el camino más humano y más equitativo del multiculturalismo, como perspectiva enriquecedora de la praxis y de la acción.

En esas direcciones es poco lo que podremos avanzar si no construimos una interdisciplinaridad a la que converjan las distintas ciencias y disciplinas técnicas en el

perfeccionamiento de nuestros objetos de transformación de la práctica. Una interdisciplinaridad crucial en este campo, es la que tiene que lograr la salud colectiva con las ciencias jurídicas, pues una parte considerable de la defensa de la salud laboral pasa por el avance legal. En el caso mexicano, el estudio de De la Garza (1998) cita opiniones especializadas que recomiendan la ubicación de los tribunales el trabajo en el poder judicial y otras medidas para contrarrestar las formas antidemocráticas de flexibilización.

En fín, apelo a la comprensión de los presentes sobre la intensidad de estos argumentos, pero es que no cabe definitivamente, ante esa irracionalidad que se nos impone o, mejor dicho, ante esa racionalidad perversa, tratar sobre las graves condiciones del trabajo que afectan a millones de seres humanos, con un academicismo “light” que, como lo diría Benedetti (1985),

*“... entiende lo que está pasando, cree que es absurdo lo que está pasando, pero se limita a lamentarlo... [demostrando el]... gran globo democrático en que nos hemos convertido... [porque]... hemos sido serenos, objetivos, pero con una objetividad inofensiva, que no sirve para cambiar el mundo...[porque para eso]...hace falta pasión.”*

Somos muchos los que guardamos en el pecho un grito de inconformidad. Al cierre de este milenio las mayorías organizadas todavía tenemos oportunidad de revertir las tendencias regresivas que se han regado por el mundo, a condición de que despertemos del letargo y nos sacudamos del miedo. No somos sólo nosotros los perjudicados, aun el Viejo Continente, ha pasado a ser, como lo explica Debray (1999), una “Europa Sonámbula”, pues acepta ahora esa racionalidad extraña y la macdonalización de su magnífica cultura, bajo la narcosis de una vertiginosa información digital que desplaza el pensamiento crítico y derrota el conocimiento, dejando atrás siglos de historia que, entre otras cosas, recogen la memoria de la lucha del ser humano por los derechos del trabajo. No es de extrañarse entonces, que en Asia, Africa y en la América de los pobres opere aun con más fuerza ese colosal proyecto de expropiación o vaciamiento de la memoria colectiva, y de sustitución por un sueño extraño que termina otorgando, como lo diría Roland Barthes, “a una realidad cínica la patente de una moral noble”.

Espero que ustedes acepten con benevolencia estas palabras de un ecuatoriano que ama este país, que tiene lazos de sangre y familia en él, y que, más allá de las limitaciones propias del entendimiento, ha querido inyectar en las deliberaciones el calor de un compromiso solidario para que este colectivo eleve hacia nuevas conquistas humanas, la plena valoración de lo que Brasil ha logrado en el campo ocupacional y que es un referente para todos nosotros.

# Bibliografia

- ALMEIDA FILHO, Naomar. *La ciência tímida*. Buenos Aires: [s. n, 19--?]
- ANDERSON, Perry. *Zone of engagement*. London: Verso, 1992.
- ASTARITA, Rolando. La crisis económica : interpretaciones y perspectivas. *Espacios*, n. 9, p. 97–106, 1999.
- BADIOU, Alan. *Para uma nova teoria do sujeito*. Rio de Janeiro: Relume & Dumará, 1994.
- BENEDETTI, M. *La tregua*. Madrid: Nueva Imagen, 1985. p. 144.
- BERNHARD, Badura; KICKBUSCH, Ilona. (Eds). *Health promotion research: towards a new epidemiology*. London: WHO Regional Publication, 1991. (European series).
- BLANCO, José. *Los actuales procesos de trabajo*. [S. l.: s. n.], 1999.
- BONEFELD, Werner. *Globalización y democracia: una evaluación del estado competitivo de Joaquim Hirsch*. Disponível em: < <http://www.rcci.net/globalizacion/fg049.htm>.>
- BOURDIEU, Pierre. *O poder simbólico*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1998.
- BREILH, Jaime. Epidemiology's role in the creation of a humane world: convergences and divergences among the schools. *Social Science and Medicine*, v. 41, n. 7, p. 911 –914, 1995.
- . Democracia profunda: mirada militante de una construcción política alternativa. *Espacios*, v. 5/6, p. 43 –56, 1995.
- . La sociedad, el debate de la modernidad y la nueva epidemiología. In: CONGRESO BRASILEÑO DE EPIDEMIOLOGIA, 4.º, 1998, Rio de Janeiro. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 1998.
- . La inequidad y la perspectiva de los sin poder: la construcción de lo social y del género. In: Ayala, G. (Org.). *Cuerpos, diferencias y desigualdades*. Bogotá: Utópica, 1999.
- . Derrota del conocimiento por la información. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 1999. Número: Qualidade de Vida e Saúde.
- CASTELLS, Manuel. Globalización, tecnología, trabajo, empleo y empresa. [S.l.: s. n. ], 1999.
- CASTIEL, Luis. Apocalypse...now ? Molecular epidemiology, predictive genetic tests, and social communication of genetic contents. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 15, p. 73 –89. Suplemento 1.

- CENTRO DE ESTUDIOS Y ASESORIA EN SALUD. *Mujer, trabajo y salud*. Quito: CEAS, 1994.
- CHOSSUDOVSKEY, Michel. *Brasil hostage to IMF's designs*. Le Monde Diplomatique Digital, mar. 1999.
- CUEVA, Agustin. America Latina ante el fin de la historia. *Ecuador Debate*, Quito, v. 22, p. 45 – 55.
- DE LA GARZA, Enrique; BOUZAS, Alfonso. *La flexibilidad del trabajo en México*. Nueva York: Columbia University, International Working Group on Subnational Economic Governance, 1998.
- DEBRAY, Regis. *Curso de midialogia geral*. Rio de Janeiro: Vozes, 1993.
- DONALD, Patrick; ERICKSON, Pennifer. *Health status and health policy: quality of life in health care evaluation and resource allocation*. New York: Oxford University, 1993.
- DOYAL, Len; GOUGH, Ian. *A theory of human need*. Hong Kong: Macmillan, 1992.
- FILHO, Victor. *Reestruturação produtiva e acidentes de trabalho no Brasil*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, 1998.
- GARCÍA CANCLINI, Nestor. In: ROWE, W.; SCHEELING, V. *Memory and modernity: culture in Latin America*. London: Verso, 1991.
- GENTILI, Pablo. O discurso de qualidade como mera retórica conservadora no campo educacional. In: GENTILI, P. ; SILVA, T. da (Eds.). *Neoliberalismo, qualidade total e educação*. Petrópolis: Vozes, 1995.
- GLAXO, Wellcome. *Clinicians computer assisted guide to choice of instruments for quality of life assessment in medicine*. Disponível em: <<http://www.qlmed.org> >
- HAGBERG, Mats et al. Conceptual and definitional issues in occupational injury epidemiology. *American Journal of Industrial Medicine*, v. 32, p. 106–115, 1997.
- HINKELAMMERT, Franz. *Los derechos humanos en la globalización*. San José: DEI, 1997.
- HIRSCH, Joaquim. Fordism and post-fordism. In: BONEFELD, W.; HOLLOWAY, J. (Eds.). *Post-fordism and social form*. London: Macmillan, 1991.
- JAMESON, Fredric. *The seeds of time*. New York: Columbia University, 1994.
- KOHEN, Jorge. Nuevas relaciones laborales y salud de los trabajadores en Argentina. *Cad. Saúde Publ.* Rio de Janeiro, v. 13, p. 47–57, 1997. Suplemento n. 2.
- LAURELL, Cristina. *La reforma contra la salud e la seguridad social*. México: ERA, 1997.
- LAURELL, Cristina; NORIEGA, Mariano. *Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário*. São Paulo: Hucitec, 1989.
- LIPIEDTZ, Alain. *Los Trabajadores y la globalización*. Disponível em: <<http://www.ens.org.co/temace.html> >
- LOOMIS, Dana et al. Fatal occupational injuries in a southern state. *American Journal of Epidemiology*, v. 145, n. 12, p. 1089–1099, 1997.
- McLAREN, Peter. *Multiculturalismo crítico*. São Paulo: Cortez, 1997.
- NORIEGA, Mariano. ? Qué es la salud en el trabajo ?. México: SITUAM, 1989.
- ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO. Informe sobre el empleo en el mundo 96/96. Ginebra: OIT, 1997.
- ROTHMAN, Kenneth; GREENLAND, Sander. *Modern epidemiology*. Philadelphia: Pippincott Raven, 1998.

- SABROZA, Paulo; TOLEDO, Luciano; OSANAI, Carlos. Organização do espaço e os processos endêmicos – epidêmicos. In: SAÚDE, ambiente e desenvolvimento. São Paulo: hucitec, 1982. p. 57–77.
- SANTANA, Vilma; LOOMIS, Dana; Newman, Beth. Housework and paid work:women’s work surden and psychiatric symptoms. Salvador, University of Bahia, Colective Health Institute Federal, 1999.
- STIEGLER, Bernard. In: DEBRAY, Régis. *Manifestos midiológicos*. Rio de janeiro: Vozes, 1995.
- TAMBELLINI, Ana Maria. O trabalho e a doença. In: Guimarães, R. (Eds.). *Saúde e medicina no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1981.
- VALENZUELA FEIJÓO, José. *Crítica del modelo neoliberal*. México: UNAM, Facultad de Economía, 1991. ( Colección America Latina).
- VILAS, Carlos. Pobreza, iniquidad social y deterioro laboral em America Latina. In: ENCUENTRO INTERNACIONAL DE ECONOMISTAS SOBRE GLOBALIZACIÓN Y PROBLEMAS DEL DESARROLLO, 1999, Habana. Habana: [s. n.], 1999.

# ***PAINÉIS***

***Painel I***



# ***Política de Desenvolvimento e a Saúde do Trabalhador***

**Texto apresentado pela CNI**

A apresentação no painel do **Encontro Nacional de Saúde do Trabalhador** poderá abordar os seguintes aspectos :

- Industrialização do país versus legislação específica para Saúde e Segurança no Trabalho
- A atuação do Sistema na área de Saúde e Segurança
- Ações realizadas
- Estrutura instalada
- Prêmio Top of Mind
- Perspectivas atuais e futuras

O trabalho nasceu com o homem no mundo. Podemos afirmar que desde os primórdios do mundo a relação “trabalho *versus* doença” se acha presente no cotidiano do trabalhador. Com certeza a “intoxicação saturnica” citada por Hipócrates, séculos antes de Cristo, se refere a uma doença profissional.

Porém, é com a revolução industrial ocorrida na Europa que os impactos sobre a Saúde do Trabalhador começaram a se destacar e, graças a um intenso movimento social, foi iniciada uma série de estudos e legislação visando proteger o trabalhador.

No Brasil, no início do século XX, tínhamos uma economia típica de agricultura, baseada na produção de café destinado à exportação. Era o primeiro ciclo de industrialização do país, sendo possível fixar nossa revolução industrial como iniciada em 1930.

Embora já tivéssemos algumas experiências de outros países, atravessamos os mesmos percalços e buscamos a adequação da legislação à realidade nacional, iniciada pela Consolidação das Leis de Trabalho, em 1943, que no capítulo dedicado à prevenção de acidentes já diz o seguinte: **“cabe às empresas cumprir e fazer cumprir as normas de Segurança e Medicina do Trabalho”**.

Em 1944 o Decreto-lei 7.036 dá início à constituição de uma comissão dentro da empresa para fins de prevenir acidentes, atualmente denominada CIPA.

Na década de 70, passaram a ser construídos os Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho – SESMT.

As necessidades de infra-estrutura criadas pelo desenvolvimento dos anos 70, no Brasil, levaram a uma série de questionamentos em relação à esparsa legislação de Segurança e Saúde do Trabalho, na prática, diluído no corpo da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT).

Em meio a esse panorama, surge a Lei 6.514, de 22 de dezembro de 1977, alterando o capítulo V da CLT, estabelecendo bases legais para a estruturação, normatização e fiscalização das

condições de Segurança e Saúde Ocupacional. A partir dessa Lei, foi possível a edição da Portaria 3.214, de 8 de julho de 1978 pelo Ministério do Trabalho. A criação desta norma permitiu consolidar uma política própria em relação a área de Saúde e Segurança.

Com as mudanças políticas e econômicas das décadas de 80 e 90, estas normas se tornaram obsoletas, perdendo a sintonia com as reais necessidades das partes interessadas – empregador, empregadores e governo.

Desta situação, e após debates envolvendo as partes interessadas, foi lançada em 9 de abril de 1996 a Portaria 393, do Ministério do Trabalho, considerada como metodologia mais atual e adequada a este novo panorama no final do século.

Um dos indicadores mais marcante destes avanços são as normas regulamentadoras expressa pela mais recente proposta da realização do **PCMSO** (Programa de Controle Médico em Saúde Ocupacional) e do **PPRA** (Programa de Controle de Riscos Ambientais) ambos exigidos de todos os empregadores com ou sem SESMTs e/ou CIPAs.

Todas essas mudanças na legislação, bem como as demais transformações sociais do país, têm sido acompanhadas de perto pela CNI, por meio de suas instituições de cunho operacional como o SESI, SENAI e IEL.

Porém, o Brasil, pela sua dimensão econômica, territorial e de suas características regionais tem sido afetado de forma diferenciada pelos vários fatores, como a crescente urbanização, acelerado aumento populacional, mudança no estilo de vida do ser humano, nas relações pessoais, rápido desenvolvimento tecnológico, intensa comunicação, maior disponibilidade de informações, enfim, todo esse fenômeno denominado “globalização”.

Viver e trabalhar dentro desses novos paradigmas exige, de cada um de nós esforço e compreensão, com engajamento de toda a sociedade num processo democrático de definição de políticas e estratégias de enfrentamento das conseqüências adversas.

No país, o Produto Interno Bruto tem como principais componentes a agropecuária ( 11%), a indústria (31%) e os serviços (58%), contando com uma população economicamente ativa da ordem de 6.000.000 de trabalhadores (Brasil 95 – CNI). O setor mais expressivo é o da indústria de transformação, com um número aproximado de 245.000 estabelecimentos ( DECOM – CNI ).

A entrada e permanência das empresas de diversos setores industriais no mercado só será possível observando-se a nova ética global e os princípios do desenvolvimento sustentável com a conciliação e equilíbrio entre as dimensões econômica, social e ecológica .

No primeiro momento as empresas mais afetadas são as inseridas no mercado internacional, que visando manter a competitividade estão buscando por conta própria o sistema de

gestão ambiental, legitimado pela série **ISO 14000**, praticando tecnologias limpas, buscando certificação, gerenciando seus processos produtivos, entre outras iniciativas.

Mas nem todas as empresas têm as mesmas condições de enfrentar as demandas decorrentes deste cenário atual e buscam apoio e Assessoria em sua maior representação que é o Sistema CNI.

### **Atuação do Sistema na Segurança e Saúde no Trabalho**

O SESI, um dos braços operacionais do Sistema, tem como missão dar assistência ao trabalhador da indústria e apoiar o empresário nas ações para a melhoria da qualidade de vida do cidadão.

Essa atuação compreende as áreas de cooperação social, educação, lazer e saúde, direcionadas para um universo de aproximadamente 6.000.000 de industriários mais os seus dependentes. Sua base operacional tem uma configuração nacional, estando presente em 1.860 municípios.

Para que o SESI possa atender sua demanda faz-se necessário implementar o corpo técnico operacional, treinando e capacitando a sua equipe multidisciplinar que é composta de aproximadamente:

- 148 médicos do trabalho;
- 61 engenheiros de segurança do trabalho;
- 87 técnicos de segurança do trabalho;
- 37 enfermeiros do trabalho;
- 48 fonoaudiólogos;
- 273 outros profissionais que atuam na área.

O Programa de Segurança, Saúde e Meio Ambiente tem como diretrizes básicas:

- atuar prioritariamente junto à pequena e média empresa, por considerar que a grande maioria destas está desobrigada de manter o Serviço especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho;
- atuar em conjunto e de maneira interessada com outras instituições;
- estimular a realização de levantamentos epidemiológicos e coleta de dados estatísticos sobre Acidentes de Trabalho, por setor de atividades, visando melhor avaliação e controle das condições de trabalho;

- priorizar as ações educativo-preventivas, difundindo conhecimentos sobre relação Saúde e Trabalho;
- produzir material de apoio instrucional e de informação;
- realizar atendimento assistencial e de informação de acordo com a demanda e características Regionais.

Dentre os serviços oferecidos pelos Departamentos Regionais estão:

- elaboração e Acompanhamento do PCMSO – NR-7;
- elaboração e Acompanhamento PPRA – NR-9;
- elaboração e Acompanhamento do PCMAT – NR-18;
- avaliações Ambientais;
- inspeções de caldeiras;
- cursos para membros de CIPAS;
- realizações de SIPATs;
- inspeções de Segurança.

Por todo esse trabalho, coube ao SESI o 1.º lugar na pesquisa **TOP of MIND** de Proteção em 1998, realizada pela Centro de Pesquisa e Planejamento da Federação dos Estabelecimentos de Ensino Superior – Feevale, de Novo Hamburgo, Rio Grande do Sul. Agora em 1999, estamos em 2.º lugar.

### **Perspectivas atuais e futuras**

Nossa expectativa deverá ser sempre pautada no otimismo, apesar das dificuldades próprias da atividade, das quais muitas continuarão a existir. Porém, nosso objetivo, em última instância, é garantir a melhoria da qualidade de vida e saúde dos trabalhadores.

O horizonte atual é o da implementação de uma atuação educativo preventiva, que já superam 10 milhões de procedimentos por ano. Para facilitar a vida do industriário, as ações são realizadas, preferencialmente, nos próprios locais de trabalho. Para execução dessas ações busca-se trabalhar com parceiros nacionais e internacionais, governamentais e não-governamentais, visando o fortalecimento científico-tecnológico.

Sabemos que muitas empresas ainda não têm condições de assumir na íntegra esta responsabilidade e, por isso, o esforço do Sistema é no sentido de apoiar, estimular e assessorar no cumprimento da legislação vigente.

Hoje, nossa atuação se revitaliza e nosso investimento se fortalece com novas frentes de trabalho como:

- campanha da indústria para prevenção de acidentes, em seu 3.º ano consecutivo;
- estudos sobre o projeto do governo para privatização do Seguro de Acidente do Trabalho – Mútua;
- Indústria Saudável – em janeiro deste ano foi assinado um acordo de cooperação técnica entre o SESI e a Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS para desenvolver o conceito de Indústria Saudável e seus aspectos operacionais.

A proposta se baseia no modelo de Cidades Saudáveis, internacionalmente apoiado pela OPAS, e significa uma grande mudança na maneira de ver o trabalho em Saúde dando ênfase não à doença e sim aos ambientes e pessoas saudáveis.

O acordo irá definir os termos para que as empresas sejam consideradas saudáveis, os indicadores a serem utilizados e as estratégias e procedimentos para a conquista dessa qualificação.

Além disso, o acordo prevê a organização de *workshop* sobre o tema, o acesso às redes de informações RIPSAs e BIREME além de cooperação técnica nas áreas de saúde, segurança e prevenção de doenças crônico-degenerativas.

O desafio é pois levar para o cotidiano das empresas ações que melhorem a Saúde do Trabalhador e promovam a segurança no ambiente do trabalho apoiando a empresa no seu desenvolvimento e competitividade sem comprometer a Saúde do Trabalhador e o meio ambiente.

As ações de Saúde, Segurança e Meio Ambiente assumem uma importância estratégica, com a mesma atenção dedicada à qualidade dos produtos e controle dos custos, num processo de gestão cada vez mais participativo e tripartite.

É pois acompanhando os processos dinâmicos da sociedade que a instituição busca excelência na prestação de serviços sociais, coerentes com a política atual que enfrenta a globalização da economia, as novas tendências na flexibilidade das relações trabalhistas, num cenário de desenvolvimento sustentável.

## **Texto apresentado pela CUT**

### *Central Única dos Trabalhadores*

#### *Coletivo Nacional de Saúde, Trabalho e Meio Ambiente*

1 – A Central Única dos Trabalhadores (CUT), considerando a situação a que está submetida a população brasileira no geral e, em especial as condições de saúde nos ambientes de trabalho, não poderia deixar de cumprir seu papel de representação de parcela significativa da classe trabalhadora e subsidiar as discussões que, esperamos, aconteçam durante o evento. É necessário considerar que as propostas somente terão viabilidade se tiverem o devido investimento financeiro/político, caso contrário este debate está arriscado a se tornar estéril, podendo estar condenado à virtualidade e ao aprimoramento do discurso abstrato.

2 – Para falar sobre a Saúde do Trabalhador é condição destacarmos o que significa a saúde para o governo FHC: o orçamento destinado para o Ministério da Saúde é insuficiente para financiar as propostas emanadas da 10.<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde.

3 – Recentes ações do STF (RE n.º 206.220 e ADIN 1.893-9) buscam impedir ao SUS o poder de intervenção/fiscalização nos ambientes de trabalho, e retira da Justiça Estadual a competência para o processamento de ações Cíveis Públicas. Neste sentido, a CUT reafirma sua posição em defesa do SUS (Leis 8.080 e NOST) e exige a imediata revogação das RE n.º 206.220 e ADIN 1.893-9.

4 – A privatização do Seguro Acidente do Trabalho (SAT), segue seu curso de implantação, sem que sejam sequer ouvidas as propostas emanadas dos diferentes setores da sociedade brasileira, como constatado no I Encontro Estadual de Saúde do Trabalhador do Estado do Rio Grande do Sul, realizado de 27 a 29 de maio do corrente ano, e no cotidiano. A CIST do Conselho Nacional de Saúde elaborou um documento argumentando a respeito das grandes perdas que significam para o patrimônio público a entrega do SAT para as Seguradoras Privadas. Propôs alternativas factíveis para o setor, já em maio de 1997. Passaram-se dois anos sem que ocorresse qualquer alteração na postura do governo.

5 – Ao final da elaboração das Normas Técnicas do INSS, foram preteridos os setores organizados da sociedade brasileira. As constantes edições das Ordens de Serviços Internas implementam na prática a organização do INSS para torná-lo mais atrativo para as seguradoras privadas, quando não renunciam de imediato ao papel de estabelecer nexos causais para as doenças do trabalho (OS 604, e Resolução n.º 502/97).

6 – Em março de 1997 foi aprovado e assinado pelo Ministério da Saúde o conjunto de propostas da CIST/CNS, até o momento não foram implementados vários itens, como:



- a) participação da CIST na elaboração do Plano de Trabalho das áreas executivas do Ministério da Saúde, relativas à Saúde do Trabalhador, fato este que se confronta com a NOST, no artigo 1.º inciso V;
- b) publicação do Manual de Vigilância Sanitária em Saúde do Trabalhador no SUS;
- c) revisão e complementarão da Lista de Doenças do Trabalho para o SUS e a obrigatoriedade de sua notificação, com divulgação para o INSS;
- d) disposição sobre a definição das normas para o cadastramento de serviços de Assistência à Saúde do Trabalhador no SUS.
- e) Plano Nacional de Formação e Capacitação de Recursos Humanos para o Saúde do Trabalhador (ST) no SUS.

7 – A realização da III Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador que foi aprovada pela 10.ª CNS, e rerepresentada pela CIST/CNS, até o momento não saiu do papel.

8 – A inexistência da elaboração de um programa para a saúde dos trabalhadores do serviço público, que cumpra com a legislação existente, e que seja aplicada para todos os setores.

9 – A “nova” NR5 não atendeu às reivindicações e às propostas que contemplassem a classe trabalhadora como um todo.

10 – O método que está sendo adotado na questão do uso do amianto no Brasil, com uma composição de Gabinete da Presidência da República, desvelando a importância dada pelo Governo Federal, representado pelo governo FHC, para o empresariado do setor em detrimento da saúde e da vida dos trabalhadores.

11 – O uso indiscriminado de venenos na agricultura, atendendo à verdadeira máfia que está à frente da venda destes produtos amplamente utilizados no território nacional, inclusive pela Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), no controle de vetores conforme podemos constatar no relatório final do Seminário Internacional de Controle de Vetores e Reservatórios, que aconteceu em BH de 26 a 31 de outubro de 1998, em que além de recomendar e fornecer o uso de inseticidas organofosforados, clorados, carbamatos e piretróides, determina que o critério a ser adotado para a escolha seja o de menor preço, negligenciando o papel do controle biológico utilizado no mundo com melhores resultados, sem dar prioridade aos controles físicos, à educação, à saúde e demais maneiras de esclarecimento à população. Não existe no relatório qualquer menção à saúde dos trabalhadores que manipulam tais venenos.

12 – A abertura ampla que FHC deu para a entrada no país das sementes transgênicas demonstra a sua total submissão às transnacionais do porte da Monsanto. Empresa esta que concentrou-se na biotecnologia, por se tratar de um negócio muito mais rentoso que a área da química tradicional. Sob o argumento de que a engenharia genética resolverá o problema da fome

no mundo, a Monsanto, em conluio com FHC, manipula nossos sofrimentos, remarcando a enorme dissonância entre a população mundial e a quantidade de alimentos disponíveis. Só para citar um exemplo, o hormônio rBGH está desenhado para aumentar a produção de leite, porém para quem tomar desse leite há possibilidade de contrair câncer de mama, de próstata e de cólon. A soja não foi desenhada para aumentar a sua produção, ainda que a facilidade de uso possa permitir que se cultive em maior quantidade – aumentando o uso do herbicida Roundup nestas áreas. Porém, esta soja adicional jamais chegará às bocas das crianças famintas, a maioria se destina à elaboração azeite ou ingredientes destinados a alimentos elaborados que nunca serão vistos pelos camponeses mal nutridos em Bangladesh, Chad ou até mesmo no Brasil. A maioria do milho é utilizada para a alimentação animal.

Longe de ser um assunto técnico, o problema é sobretudo político. Mas se esta questão não consegue desvelar para a maioria qual a sua relação com a Saúde do Trabalhador, talvez fosse necessário perguntar ao Ministério da Saúde, pois ele multiplicou por cem o limite de resíduo permitido de glifosfato na soja para acomodar os interesses dos donos da soja. Para registrar: esse herbicida, comercializado pelo nome Roundup, é o produto químico fundamental da Monsanto. É o oitavo herbicida mais usado na agricultura dos EUA e o segundo em uso não agrícola, tendo sido utilizado para tratar quase 500 mil hectares no Reino Unido. Pode causar reações tóxicas nos mamíferos – incluindo convulsões e paradas respiratórias. A ingestão de pouco mais de 200ml de Roundup é letal.

Finalmente, a tecnologia Terminator. São sementes híbridas, capazes de se desenvolverem apenas uma vez, impossibilitando a guarda de sementes geradas para um próximo plantio porque se destróem por autoenvenenamento. O agente desencadeador mais utilizado é a tetracilina; o coquetel de genes do Terminator aumenta o risco de que novas toxinas e alergênicos apareçam na alimentação humana e animal. Além disso, concentra o monopólio empresarial da Monsanto e Novartis, possuidoras das patentes genéticas dessas sementes.

13 – O desrespeito e o descaso com que o Ministério da Saúde tratou a reivindicação de participação do movimento sindical na coordenação deste encontro.

Diante do exposto, a CUT propõe que este Encontro Nacional de Saúde do Trabalhador elabore um documento exigindo do Governo FHC um posicionamento frente às seguintes questões:

- implementação imediata das resoluções da X Conferência Nacional de Saúde, especialmente aquelas que são relativas à Saúde do Trabalhador;
- implementação imediata das Resoluções da I e II Conferências Nacionais de Saúde do Trabalhador, conforme trabalho já realizado em documento pela CIST/CNS, no ano de 1997;

- criação de um Grupo de Saúde do Trabalhador pelo Serviço Público, com a paridade estabelecida pela Lei 8.142, com a finalidade de elaborar um Programa de Saúde do Trabalhador para o setor;
- implementação imediata do Plano Nacional de Formação e Capacitação de Recursos Humanos para o SUS, conforme documento apresentado pela CIST e aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde, no ano de 1997;
- publicação imediata do Manual de Vigilância Sanitária, adequado à NOST;
- proibição da entrada dos alimentos transgênicos no país, a exemplo do Estado do Rio Grande do Sul;
- divulgação do trabalho preliminar da Lista de Doenças do Trabalho para o SUS e a obrigatoriedade de sua notificação, e a imediata criação de um grupo constituído conforme o estabelecimento na Lei 8.080, parágrafo 3.º, inciso VII;
- divulgação dos resultados do cadastramento de Serviços de Assistência à Saúde do Trabalhador do SUS;
- revogação imediata das medidas adotadas para a aprovação da Privatização do SAT;
- recomposição dos grupos de discussão, com a participação do movimento sindical e das associações de portadores de doenças do trabalho, nas Normas Técnicas do INSS;
- revogação das Ordens de Serviço de n.º 604, e da Resolução n.º 502;
- substituição das CIPAs pelas Comissões de Saúde, Trabalho e Meio Ambiente, totalmente eleita pelos trabalhadores com objetivos que contemplem, além das questões internas, as externas aos ambientes de trabalho;
- criação de Comissões Temáticas (Amianto, Agrotóxicos, Carninogênicos, etc.) seguindo paridade da Lei 8.142;
- deflagrar um processo de mobilização com o objetivo de banir os agrotóxicos do País e substituí-los por tecnologias saudáveis, já disponíveis e que não trazem danos ao ambiente e ao ser humano;
- garantir melhorias nas leis e normas básicas em matéria de Saúde e Segurança do Trabalhador, completadas pela contratação coletiva (Legislação de Sustentação) e lutar para que não haja a precarização da legislação vigente;
- instituição de normas de âmbito internacional nos mercados regionais que garantam: direito à informação nos locais de trabalho relativas às questões de saúde e

meio ambiente; direito de recusa ao trabalho em ambientes contaminados e de risco; livre organização no local de trabalho.

Diante da necessidade de melhoria das condições de trabalho como fator fundamental para a redução dos acidentes de trabalho e doenças profissionais, é necessário investirmos na construção de Mecanismos Integrados de Gestão em Segurança e Saúde do Trabalho, com ampla participação dos trabalhadores, onde todas as ações voltadas à Saúde do Trabalhador sejam unificadas, sob a coordenação do SUS.

Como a reconstrução unificada de um Projeto Nacional, e a priorização da Saúde Pública, só poderá ser feito com o resgate da cidadania e a participação popular, a CUT considera fundamental a implantação do Orçamento Participativo. É necessário atender aos anseios da população no estabelecimento das prioridades financeiras.

Exigimos que o Ministério da Previdência repasse o percentual devido ao Seguro Acidente do Trabalho ao SUS, e a implantação imediata da PEC 169.

## Saúde dos Trabalhadores e Meio Ambiente em Tempos de Globalização e Reestruturação Produtiva

Raquel Rigotto<sup>4</sup>

**Resumo:** *Quais os rebatimentos da globalização e da reestruturação Produtiva sobre a saúde dos trabalhadores e o meio ambiente? Para identificar as principais tendências neste sentido, este artigo apresenta algumas características daqueles macroprocessos – como a incorporação de novas tecnologias e novas formas de organizar o trabalho, a flexibilização e a focalização da produção, a desterritorialização do capital, a financeirização da economia, a emersão de novos atores globais e a crise do Estado Nacional, a assimetria. Descreve as conseqüências deste processo no mundo do trabalho, enfatizando a fragmentação da classe trabalhadora e o agravamento da exclusão social. Em seguida, relaciona as mudanças urbanas, as transformações no processo de trabalho e a difusão ampliada dos riscos industriais-ambientais como mediadoras dos rebatimentos da globalização e da reestruturação produtiva sobre a saúde humana e o meio ambiente. Estes, por sua vez, apresentam alguns aspectos comuns ao conjunto dos trabalhadores – como a possibilidade de maior degradação ambiental, a incorporação de novas tecnologias e materiais ainda pouco estudados quanto a seus efeitos nocivos, o crescimento da violência, o sofrimento psíquico gerado pela competição e pela quebra dos laços de solidariedade. Outros rebatimentos sobre a saúde são analisados na especificidade da inserção de cada segmento de classe na Nova Ordem: os trabalhadores em empresas de ponta; os terceirizados; o mercado informal e os excluídos.*

**Palavras-chave:** Globalização, Reestruturação Produtiva, Saúde dos Trabalhadores, Meio Ambiente.

### *Health of Workers and the Environment in times of Globalization and Productive Restructuring*

**Summary:** How have Globalization and Productive Restructuring affected the health of workers and the environment? In order to identify the main trends of these influences, this paper presents a number of characteristic traits of these macro - process, such as the incorporation of new technology and new work organization forms, an enhanced production flexibility and focus, the internationalization of capital, the financialization of economy, the emergence of new global social actors, the crisis of the national states and the asymmetry of the world economy. The paper describes the consequences of such process on the work class while laying emphasis on the increasing social fragmentation and exclusion this class has been subject to. Subsequently, it shows the relationship between urban changes, transformations in work process and the growing awareness of industrial – environmental risks as the mediators of the effects Globalization and Productive Restructuring have had on human health and the environment. These two phenomena have some aspects in common with the working population - e.g. the risk of environmental decay, the incorporation of new technology and new materials of still basically unresearched effects, an increasing rate of violence, and the psychological suffering caused by a growing competition-minded-ness and loss of earlier bonds of solidarity. The paper

---

4 Professora do Departamento de Saúde Comunitária da Faculdade de Medicina – Universidade Federal do Ceará – R. Prof. Costa Mendes, 1608 – 5.º andar – Fortaleza – Ceará 60431-970 - Tel.: (85) 243 9044 Fax: (85) 243 905 – e-mails: raquel@nhi.lead.org.br e raquel@secrel.com.br

also analyses certain effects brought about by the insertion of specific class segments into the new order: workers in leading companies, the precariously hired workers, the informal market and the marginalized.

**Keywords:** globalization, productive restructuring, workers health, environment.

## **1 O cenário**

Como fruto da modernidade, contemplamos, nesta virada de milênio, o espetáculo dos avanços científicos e tecnológicos da civilização humana nos últimos duzentos ou trezentos anos. Nossos pais ou avós, que cruzaram este século que agora finda, testemunharam a difusão do uso da eletricidade, o surgimento do rádio e da televisão, a invasão das ruas pelos motores a explosão, a bandeira americana sendo fincada no solo da lua, o telefone e, ultimamente, a expansão da informática e da microeletrônica, revolucionando os conceitos de tempo e distância, a comunicação, a produção, os nossos modos de vida. A população mundial cresceu, a maioria é melhor alimentada, mais alta e mais pesada, mais longeva. Somos muito mais capazes de produzir bens e serviços. A humanidade é muito mais culta (Hobsbawm, 1995).

Mas testemunhamos também os limites do projeto moderno – centrado na racionalidade, na técnica e na ciência – para resolver problemas fundamentais da humanidade. Mesmo sabendo que a avalanche de números muitas vezes banaliza os problemas e oculta o sofrimento humano, vale lembrar que mais de um bilhão de pessoas vivem em pobreza absoluta, 900 milhões de adultos são analfabetos, 100 milhões de pessoas não têm casa, 150 milhões de crianças menores de 5 anos são desnutridas... (United Nations Development Programm / UNDP, 1990). Há ainda os problemas ambientais gerados pela sociedade urbano-industrial – como o efeito estufa, a destruição da camada de ozônio, as chuvas ácidas, a produção de milhares de poluentes da água, do solo e do ar, o acúmulo de lixo tóxico, a exploração intensiva de recursos naturais não-renováveis – que colocam sob ameaça a sobrevivência do planeta.

### **1.1 A globalização e a reestruturação produtiva**

É exatamente neste cenário de modernização conservadora (MATTOSO, 1995) que surgem mudanças profundas na vida social e nos processos de trabalho, as quais vêm sendo estudadas como Reestruturação Produtiva, ou Reconversão Econômica, ou Nova Ordem Econômica Mundial, ou Terceira Revolução Industrial.

Falar em Terceira Revolução Industrial pode invocar em nosso imaginário uma paisagem arrojada e futurista: robôs, máquinas de comando numérico, manufaturas e desenhos ajudados por computador, programas de controle de qualidade, ISO 9000, reengenharia...

Mas ela é mais que o fetiche tecnológico. Claro está que a Reestruturação Produtiva é um processo econômico, político e cultural em curso, de grande dinamismo e alta complexidade, que

acontece em escala planetária em ritmo intenso, exigindo a inserção de todos. Estruturalmente vinculada à globalização, estes dois processos têm sido conduzidos pelas forças hegemônicas em nível internacional, representando a mais recente configuração do capitalismo – a qual converte o sistema mundial em espaço de acumulação - apontando para profundas repercussões sobre a vida social (CARVALHO, 1997a). Daí a importância de estudar este processo, verificar suas reais dimensões; identificar, em essência, suas potencialidades, para buscar interferir nele. Apresentamos a seguir algumas de suas características ou tendências que já se configuram:

**Tecnologia e organização do trabalho.** Apropria-se dos avanços da microeletrônica e da incorporação da informática aos processos de produção para garantir produtos de melhor qualidade e maior competitividade no mercado. Modifica as rígidas formas “taylorista” e “fordista” de organizar o trabalho nas empresas, sob forte influência do modelo “toyotista” japonês, reduzindo os níveis hierárquicos, buscando mais iniciativa e participação do trabalhador no processo (FERREIRA, 1993).

**Novas modalidades de trabalho e novas relações de trabalho.** Expandem-se novas modalidades de trabalho, como o autônomo, o tempo parcial, o temporário, em domicílio, etc. No campo das relações de trabalho,

*“verifica-se a implementação de políticas que visam impor ao empregado uma nova identidade, configurada na relação entre indivíduo-empresa e forjada através de diferentes estratégias de interação na disputa pela lealdade do trabalhador.” (NEVES, s.d.)*

**Mundialização da produção/desterritorialização do capital.** Desconcentra geograficamente a produção, aproveitando-se das facilidades de transporte oferecidas pela globalização: organiza a fabricação de componentes a partir de atividades em diversos países, usufruindo inclusive de vantagens comparativas no acesso a recursos naturais e matérias-primas, isenções oferecidas pelos governos, características da mão de obra local – qualificação, custo, etc. (CARVALHO, 1997a).

**Focalização da produção.** A grande empresa tende a ser substituída por estabelecimento menor, que centra sua atividade naquilo que é a sua excelência (por exemplo, o motor do carro). As demais partes do processo produtivo são delegadas a outras empresas – terceirizadas. Às vezes estas diversas empresas são implantadas numa mesma área geográfica, formando um condomínio de empresas (GONÇALVES, s.d.).

**Especialização flexível.** A competitividade baseia-se na identificação e produção de bens não padronizados, voltados para nichos de mercado ou atendendo, aparentemente, aos desejos do consumidor individual. Em oposição à produção de bens em massa, supõe uma planta industrial

flexível, com máquinas universais programáveis e operadas por trabalhadores não especializados, qualificados e polivalentes (ANTUNES, 1996)<sup>5</sup>

**Financeirização da economia.** Há uma dominância do capital financeiro, operando como “dinheiro volátil”, por meio de redes e circuitos informatizados globais, cerca de 1,4 trilhões de dólares por dia, em detrimento do investimento produtivo. Mesmo as corporações tipicamente industriais têm as aplicações financeiras como um elemento central do processo de acumulação (CARVALHO, 1997a).

**Emerção de novos atores globais e crise do Estado Nacional.** Articuladas ao neoliberalismo, estas transformações têm sido conduzidas pelos interesses diretos de novos e poderosos atores sociais, refletindo acelerada concentração do capital, como os 358 grandes conglomerados e grupos transnacionais que controlam 40% da riqueza mundial e de 80% a 90% das tecnologias. Com este poderio econômico e aproveitando-se das fragilidades dos sistemas de governo mundial, têm prescindido e até inibido a participação reguladora do Estado ou do conjunto da sociedade civil na definição e implantação de políticas (RATTNER, 1997), criando o que vem sendo denominado de crise dos estados nacionais.

**Assimetria.** Sob a cortina de um mundo globalizado, de uma suposta “aldeia global” homogeneizada pela superação dos limites do espaço/tempo, esconde-se um processo estruturalmente assimétrico. Ele designa papéis e limites específicos a cada povo/segmento ou país/região/localidade, através da nova divisão internacional do trabalho, aprofundando as desigualdades inter e intranacionais. Os países industrializados passaram a ser exportadores de tecnologia científica e muitos “países subdesenvolvidos” passaram a ser os “novos países industrializados”, num processo desigual tanto do ponto de vista sócio-econômico quanto ambiental, no tocante à distribuição dos riscos ambientais e ocupacionais (RODRIGUES apud SOBRAL, 1997). O Brasil, como outros países periféricos, está buscando seu ajuste a esta nova ordem mundial, de acordo com o caminho prescrito pelo Banco Mundial e o FMI no Consenso de Washington: privatização, redução do Estado, abertura comercial, desregulação dos mercados etc. Mas, por esta proposta, serão integrados apenas setores, pólos dinâmicos que podem atingir os padrões de competitividade exigidos. Para os demais, não há propostas, não há horizontes (BACELAR, 1997).

---

<sup>5</sup> Antunes, Ricardo. Reestruturação Produtiva. In: SEMINÁRIO DO GRUPO DE SAÚDE DO TRABALHADOR DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA, 1996, Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1996.



## **1.2 Que conseqüências deste processo podem ser esperadas/observadas no mundo do trabalho?**

De fato, tendo como base concreta a incorporação de inovações tecnológicas e organizacionais à esfera produtiva, esta Revolução abre possibilidades técnicas muito importantes, como é a fantástica ampliação da comunicação humana em tempo real, representada hoje pela Internet. Outro exemplo é a oportunidade de usar as novas tecnologias para eliminar o trabalho humano em funções insalubres, penosas ou destituídas de conteúdo significativo, libertando trabalhadores do sofrimento, da doença e da morte no trabalho. Mais do que isto: olhares otimistas sobre a trajetória histórica da humanidade tentam explorar neste processo a oportunidade de realização de parte da utopia moderna, rumo à emancipação dos seres humanos do jugo do trabalho: as máquinas trabalhariam enquanto as pessoas se dedicariam ao lazer, à preguiça, à criação, às artes, à vivência solidária...

Mas a questão é mais complexa e demanda ser contemplada também por outros ângulos. A Reestruturação Produtiva rompe com a hegemonia do Estado e o capitalismo de Bem-Estar do pós-guerra e afeta o interior do processo produtivo, a divisão do trabalho, o mercado de trabalho, o papel dos sindicatos, as negociações coletivas. Estas mudanças estão ocorrendo sem realizar rupturas significativas com a cultura da acumulação, da exploração irresponsável da natureza e injusta dos homens. Também não se tem verificado, na maioria dos países, a necessária regulação por parte do Estado: dar direcionalidade e racionalidade a este processo, buscando as melhores alternativas de inserção do país nesta nova ordem mundial, na perspectiva do conjunto de seus cidadãos. Tendem a prevalecer, até o momento, os interesses do capital de se rearranjar por maior competitividade, questionando direitos e conquistas dos trabalhadores e das sociedades democráticas (MATTOSO, 1995).

Surgem, assim, novos problemas para o mundo do trabalho: efeitos sobre o nível e composição dos empregos, sobre as qualificações requeridas ao trabalhador, o valor dos salários e sua relação com a massa de lucro apropriada pelas empresas, as condições de trabalho, a gestão e controle da mão de obra, as relações sindicais (DIEESE, 1994).

Outras revoluções já chacoalharam o mundo do trabalho em nossa história. Esta última produz o desemprego estrutural, resultante da desregulação da concorrência e dos mercados, da ausência de políticas macroeconômicas apropriadas, dos efeitos da globalização financeira sobre o investimento e o crescimento econômico (MATTOSO, 1995).

Como dimensão da insustentabilidade deste processo, evidencia-se a transformação de boa parte dos seres humanos que vivem do trabalho em **redundantes**: um bilhão de desempregados no mundo de hoje confundem-se com os excluídos do acesso e do gozo de direitos e benefícios sociais mínimos. Número crescente da população – brasileira e mundial – torna-se desnecessária para o processo produtivo, o que significa falta de acesso a bens e serviços públicos, à informação e à

cultura e, na falta de políticas sociais eficientemente compensatórias, a fome e até a morte (RATTNER, 1996).

Mais do que isto, consolida-se um **brutal aprofundamento da fragmentação da classe trabalhadora**, retalhando-a em segmentos com perfis de vida muito diferenciados, como veremos a seguir:

- os empregados das empresas de ponta;
- os empregados das "terceiras";
- o diversificado e crescente contingente dos trabalhadores no mercado informal e,
- os excluídos, não só do mercado de trabalho, mas também das políticas públicas, da identidade cultural, da participação e da representação política.

Há, evidentemente, uma lógica que articula esses segmentos. Ao cenário de modernidade e sofisticação tecnológica das empresas de ponta articula-se – não como efeito colateral indesejável, mas como um dos paradigmas constitutivos deste processo – o universo das “terceiras”. Na maioria dos casos, ao invés de representarem um esforço articulado entre a grande e a pequena empresa no sentido de qualificar fornecedores e aumentar a qualidade dos produtos - o padrão reestruturante de terceirização, consistem de estratégias restritivas de externalização das atividades para redução de custos via precarização das relações e condições de trabalho, somada à diminuição do nível de remuneração e na perda de parte dos benefícios sociais – o padrão predatório de terceirização (DIEESE, 1994).

Faz parte deste cenário o grande e diversificado grupo de trabalhadores do mercado informal, que inclui desde os trabalhadores ligados à indústria de calçados, por exemplo, e que desenvolvem suas atividades em casa; ou os de confecções ligados a “facções”; os camelôs, lavadores e vigias de carros nas grandes cidades; as mulheres não remuneradas no seu trabalho cotidiano de cuidar das crianças, dos idosos, dos deficientes; as crianças obrigadas precocemente ao trabalho, e tantos outros, que chegam a se igualar com a população economicamente ativa inserida no mercado formal de trabalho, ou, em algumas regiões, superam-na.

Para completar este quadro, qualificado como modernização conservadora exatamente por seus graves impactos sociais, é preciso ainda trazer à cena outro grupo de trabalhadores, de fronteiras nebulosas com o anterior, que é o dos excluídos, dos desempregados, dos sem-terra, dos jovens e idosos que não conseguem acesso ao mercado de trabalho, das famílias subjugadas ao trabalho escravo no ermo das carvoarias ou das plantações de cana, dos famintos das grandes cidades, das correntes migratórias em busca de trabalho. A eles vêm juntar-se trabalhadores demitidos nos processos de enxugamento das empresas – não só os menos qualificados, mas também supervisores e chefias intermediárias; categorias que se extinguem – bancários, por exemplo, de 1.700.000 trabalhadores em 1990 para 400.000 em 1995 etc.

Parece, assim, que mais duas características ou tendências devem ser acrescentadas à Reestruturação Produtiva, pela forma como vem sendo conduzida principalmente nos países periféricos:

**Aprofundamento da fragmentação da sociedade** (CARVALHO, 1997b, NEVES, s.d.). Consolidam-se segmentos com pouca mobilidade entre si, com níveis de vida muito desiguais, ao tempo em que, pela ampliação estrutural do desemprego, condena parte considerável da população à condição de desnecessária ao mercado de trabalho e de consumo – os excluídos.

**Agravamento da questão social, ampliação da exclusão e ameaça à coesão social.** Agravam-se os mecanismos geradores de desigualdades entre os segmentos sociais, aprofundando o abismo entre ricos e pobres. Em 1991, um “quinto mais rico da população do mundo apropriava-se de 84,7% do PIB mundial, enquanto um quinto mais pobre estava reduzido a 1,4%. Em 30 anos, a disparidade das rendas entre estes dois extremos passou, de 30 por um, para 60 por um.” (SACHS,1995). Este quadro aponta para o aumento da heterogeneidade no interior das macro-regiões, coexistindo áreas dinâmicas e “integradas” com outras estagnadas (BACELAR, 1997) – o que, somado aos diversos mecanismos de quebra dos laços de solidariedade de classe no mundo do trabalho, coloca em xeque a própria sociabilidade do sistema.

Quanto à dinâmica política da sociedade, entram em rigoroso questionamento as formas tradicionais de representação e defesa de interesses. O setor privado aperfeiçoa seu desempenho na disputa pela adesão dos trabalhadores, apelando à sua subjetividade para criar novos laços de identidade entre empresa e empregados. Os sindicatos de trabalhadores, de maneira geral, têm encontrado muitas dificuldades diante da magnitude do desafio, hoje, da defesa do emprego e dos salários, num quadro de redução da massa de trabalhadores formalmente empregados e da modificação de seu perfil. Apesar do esforço de algumas entidades em compreender o processo mais geral em curso e redirecionar suas práticas, não tem sido simples, num contexto que tende a minar a solidariedade, adotar uma visão de classe social que ultrapasse os limites da corporação de ofício e avance na interlocução com a sociedade (ANTUNES, 1996)<sup>6</sup>. São poucas as experiências bem sucedidas, por exemplo, de incorporação do universo dos trabalhadores terceirizados à agenda sindical. Há também a questão dos trabalhadores do mercado informal, com maiores dificuldades ainda de desenvolver formas ou instâncias de organização que tragam suas questões para a agenda social. Os horizontes apontam para a diversidade dos movimentos sociais e para o crescimento das Organizações Não-Governamentais, ampliando o leque de questões em debate – gênero, etnias, homossexualismo, ambiente, entre outras – e para a possibilidade de atuação articulada entre elas.

---

<sup>6</sup> idem

## **2 Como a Globalização e a Reestruturação Produtiva rebatem sobre o campo da Saúde dos Trabalhadores e do Meio Ambiente? Que tendências podem ser observadas?**

Claro está que a saúde humana, hoje, é profundamente marcada pela forma como estamos vivendo, no Brasil e no mundo, o processo de Globalização e de Reestruturação Produtiva, mediado pelas mudanças urbanas, as transformações no processo de trabalho e a difusão ampliada dos riscos industriais-ambientais. O modo de vida desenhado por este modelo redefine os padrões de saúde-doença das populações:

*“A incorporação de milhares de novas substâncias químicas, o aumento das plantas industriais, dos volumes produzidos e transportados e da aplicação de diversas formas de energia trouxeram, indubitavelmente, a ampliação da grandeza e do alcance dos impactos sócio ambientais das atividades humanas nas sociedades contemporâneas. Assim, os padrões de produção e consumo passaram a definir, cada vez mais profundamente, tanto o estado das águas, do ar, dos solos, da fauna e flora, quanto as próprias condições da existência humana: seus espaços de moradia e de trabalho, seus fluxos migratórios, as situações de saúde e de morte.” (FRANCO e DRUCK,1997: 25)*

Essas autoras apontam que, nos espaços urbano-industriais – que hoje concentram mais de dois terços da população, rompem-se as fronteiras entre o ambiente intra e extrafabril, como demonstram os acidentes industriais de grande porte. Os riscos gerados na atividade produtiva expandem seu raio de ação, movimentam-se pelo espaço geográfico através de dutovias e outros meios de transporte, ampliando a população a eles exposta. A biotecnologia e novos materiais geram novos meios de agressão aos mecanismos de regulação da biosfera e de lesão para os organismos humanos, com efeitos cumulativos que podem resultar em mutagênese, teratogênese, carcinogênese (FRANCO e DRUCK ,1997).

Por outro lado, as doenças infecto-contagiosas emergentes, como a aids, e as re-emergentes, como a tuberculose, a dengue e o cólera, vêm nos lembrar o duplo perfil de morbimortalidade dos países periféricos, onde elas se associam às doenças crônico-degenerativas e ao crescimento das causas externas, como a violência, os acidentes de trânsito e de trabalho, as intoxicações de origem ambiental ou ocupacional. É o registro, no corpo das pessoas, da perversa sobreposição de padrões de pobreza e miséria aos padrões “modernos” de desgaste da saúde (MINAYO, 1995).

Assim, é possível identificar vários rebatimentos deste processo sobre a saúde que são comuns ao conjunto da classe trabalhadora. Outros, entretanto, devem ser compreendidos na

especificidade da inserção do segmento de classe considerado naquele processo, como veremos a seguir.

## **2.1 Tendências comuns ao conjunto dos trabalhadores:**

Retrocesso nas políticas sociais, como tem sido visto na questão da Previdência Social ou do financiamento do Sistema Único de Saúde, com sérios impactos sobre a qualidade da atenção prestada à saúde da população.

A disputa entre os governos pela instalação de plantas industriais, apresentadas à sociedade como soluções para o desemprego, na maioria das vezes não considera seus impactos sobre o meio ambiente e as condições de trabalho, podendo levar a maior degradação ambiental e à geração de mais situações de risco.

Tendência ao deslocamento dos empreendimentos para cidades de menor porte, sem tradição industrial, ampliando os territórios expostos a tensões ambientais e a riscos ocupacionais, sem a correspondente capacitação do poder público e dos organismos da sociedade civil para seu controle.

Tendência à “privatização” do controle ambiental, relegado às leis do mercado e à iniciativa privada, sem participação do Estado ou da sociedade civil, como no caso dos sistemas de certificação ISO 14000 e 9000 (SOBRAL, 1997; VILELA; IGUTI, 1997).

Flexibilização das relações de trabalho, com tendência a retrocessos em direitos conquistados e reconhecidos na legislação trabalhista, como as formas de contratação e a jornada de trabalho, com possibilidade de intensificação do desgaste dos trabalhadores.

Terceirização – cresce o número de trabalhadores ligados ao setor de serviços, onde estão expostos a riscos ocupacionais mais relacionados à carga mental e psíquica, agentes ergonômicos etc.

Introdução de novas matérias-primas, produtos, tecnologias e formas de organizar o trabalho ainda não suficientemente avaliados quanto aos seus efeitos nocivos à saúde, à segurança e ao ambiente.

Maior dedicação de energia do trabalhador ao trabalho: exigência de qualificação permanente, de participação na construção da competitividade da empresa.

Relações no trabalho e sociais mais competitivas. Quebra dos laços de solidariedade, maior individualismo, maior solidão. Maior dificuldade para a ação coletiva e sindical, dificultando as iniciativas dos sujeitos em defesa da saúde no trabalho e do meio ambiente.

Tendência ao crescimento da violência, pelo agravamento da questão social, com os seus reflexos sobre o perfil de morbi-mortalidade da população: assaltos, homicídios, dependência de drogas, gangs urbanas, delinquência juvenil, acidentes de trânsito.

## 2.2 Tendências nas empresas de ponta

No tocante às relações de trabalho, as exigências de qualidade nesse setor tornam necessária maior adesão dos trabalhadores ao projeto da empresa, fazendo emergir a proposta da parceria. Abrem-se, assim, para algumas categorias com maior tradição de organização, maiores possibilidades de conversa entre empresários e trabalhadores, reconhecendo, de um lado, a existência de identidades e interesse distintos, mas procurando espaços de negociação delimitados pelo interesse comum na manutenção do emprego/sobrevivência da empresa. Nesse segmento, podem ser observados alguns avanços na contratação coletiva do trabalho, na negociação madura da redução e da flexibilização da jornada de trabalho, com ganhos para os trabalhadores na manutenção do emprego e não-redução do salário. Há alguma abertura para ultrapassar limites impostos pela CLT e pelos padrões tradicionais de relação: pode-se, por exemplo, negociar a introdução de inovações tecnológicas e organizacionais e condições de trabalho (DIEESE, 1994). Entretanto, ainda há muitos problemas também para esse grupo de trabalhadores.

Com a introdução de inovações tecnológicas e, principalmente, de novas formas de organizar o trabalho, surge a exigência de um novo perfil do trabalhador. O saber já possuído por ele não interessa mais, há demanda de aquisição permanente de novos conhecimentos, somada à exigência de polivalência.

Possibilidade/exigência de maior iniciativa e criatividade do trabalhador no processo de trabalho. Substituição do controle através de chefias e hierarquias por novas formas de controle.

Nem sempre a maior qualidade do produto e produtividade implicam em melhoria da qualidade de vida e da qualidade do trabalho. Tendência ao controle dos riscos ocupacionais mais “selvagens”, com possível redução dos acidentes do trabalho, inclusive os fatais, e das doenças profissionais clássicas. Entretanto, podem persistir exposições a riscos ocupacionais em baixas dosagens, levando a efeitos crônicos e de longa latência, de identificação mais difícil para os níveis atuais de desenvolvimento do conhecimento. Podem se manifestar “outros efeitos” dos riscos ocupacionais já existentes, como os neuro-comportamentais, reprodutivos e até o câncer (DIAS e LINO, 1996). Podem surgir novos riscos e agravos em relação com as novas formas de organizar o trabalho (*stress*, hipertensão arterial, LER, sofrimento psíquico, doenças mentais).

Permanecer numa empresa após um “enxugamento” pode trazer experiências e sentimentos que questionam a identidade do trabalhador: que valor tenho para a empresa? Em que medida meus esforços e dos colegas estão sendo reconhecidos? Até onde vai o compromisso da empresa conosco?

O medo da demissão assola os trabalhadores e gera profunda insegurança quanto ao futuro. Ele sobrepõe-se à preocupação permanente em “garantir-se” no emprego, num clima de “salve-se quem puder” que deteriora as relações humanas no trabalho e submete os trabalhadores a um cotidiano estressante.

Tendência à redução da jornada de trabalho, com repercussões sobre tempo de lazer, convivência familiar e social, hábitos culturais.

Possibilidade de reflexo sobre o perfil de morbi-mortalidade: acentuar tendência já verificável de aumento das doenças mentais, psicossomáticas, cardiovasculares e crônico-degenerativas.

### **2.3 Tendências na terceirização predatória**

Já no segmento das “terceiras”, o que se observa é a implantação do padrão predatório de terceirização, deixando de cumprir até mesmo os preceitos da CLT e precarizando as relações e condições de trabalho. Várias categorias têm denunciado a proposta empresarial de parceria de mão única, voltada para a flexibilização de direitos sem negociação de ganhos também para os trabalhadores. O desemprego crescente pressiona o trabalhador empregado a aceitar tal situação. Os sindicatos vão se enfraquecendo, fragmentados entre diversas categorias/entidades numa mesma empresa.

Condições de trabalho já precárias, agravadas pela redução de custos com pessoal, segurança, prevenção, treinamentos.

Tendência à redução dos benefícios sociais, como fornecimento de transporte, alimentação etc.

Os convênios de assistência médica podem ser revistos, em favor de grupos que ofereçam menores preços, ainda que em detrimento da qualidade do serviço prestado. Há ainda a possibilidade de suspender também este tipo de benefício, empurrando os trabalhadores para o sistema público, onde a prestação de serviços encontra-se prejudicada pelas dificuldades de financiamento.

Intensificação de ritmos de trabalho, prolongamento das jornadas, aumentando o tempo de exposição aos riscos ocupacionais e o desgaste dos trabalhadores.

Exposição profissional a altas doses de agentes tóxicos, com efeitos agudos e de curta latência, paralela à exposição a baixas doses, com efeitos crônicos e de longa latência. Alta incidência de acidentes de trabalho, inclusive fatais, e das doenças profissionais clássicas (DIAS e LINO, 1996).

Deterioração da qualidade de vida: redução do número de horas de sono e repouso, piora do padrão alimentar e de moradia.

Possibilidade de reflexo sobre o perfil de morbi-mortalidade: manutenção ou aumento das doenças infecto-contagiosas, parasitárias e carenciais, superpondo-se às crônico-degenerativas e da violência, reforçando o duplo perfil epidemiológico.

## 2.4 Excluídos

O agravamento da questão social aponta para a deterioração progressiva das condições de sobrevivência em todos os seus aspectos. A isto soma-se a limitação e ineficiência das políticas sociais de mitigação da miséria.

Taxas de mortalidade infantil elevadas, expectativa de vida inferior à dos outros grupos sociais, desnutrição, doenças infecto-contagiosas emergentes e re-emergentes.

Exposição a condições sócio-ambientais mais precárias: moradia em áreas de risco, vivência nos centros e periferias das grandes cidades, com seus riscos de poluição e violência, particularmente para as mulheres e as crianças (prostituição, drogas, gravidez em adolescentes, doenças sexualmente transmissíveis etc).

Degradação intensa da dignidade humana, com repercussões sobre a identidade dos indivíduos, a coesão das famílias, o futuro dos jovens.

O sofrimento psíquico do desempregado: o constrangimento, a crise de identidade, a perda da auto-estima, a depressão e até o suicídio (SELIGMAN, 1997).<sup>7</sup>

## 3 À guisa de conclusão: novas perguntas

Não seria correto cair no determinismo tecnológico e executar as novas tecnologias como os demônios responsáveis por nossos males. Os impactos das tecnologias dependem das políticas sociais que acompanham sua implantação (NEVES, 1991). Quais as nossas finalidades? Guatarri nos interpela:

*“A do desemprego, da marginalidade opressiva, da solidão, da ociosidade, da angústia, da neurose, ou a da cultura, da criação, da pesquisa, da re-invenção do meio ambiente, do enriquecimento dos modos de vida e de sensibilidade?”*  
(GUATARRI, 1990)

Se queremos usufruir coletivamente dos potenciais benefícios da tecnologia, teremos que encontrar e viabilizar respostas para muitas perguntas. Como garantir o sustento de milhões de trabalhadores tornados desnecessários ao processo produtivo? Como aproveitar destas

---

<sup>7</sup> Resultados preliminares de pesquisa sobre o sofrimento psíquico de desempregados, apresentados pela Profa. Edith Seligman no Painel “Desemprego e Saúde” do V Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva e V Congresso Paulista de Saúde Pública.



possibilidades para melhorar a qualidade de vida no trabalho – enriquecendo seu sentido humano – e fora dele? Como construir a via da inclusão? Como dar sentido às nossas vidas sem a ética do trabalho, que tem nos regido há séculos?

Há quem diga que estamos nos umbrais de uma nova era: privilégio (?) estar vivo, testemunhar e poder influencia-lá! Se o devir é aberto, se os caminhos da história não estão pré-determinados, então podemos participar no desenho do futuro: a perplexidade se transforma em desejo de descobrir jeitos de aproveitar destes avanços da modernidade para reinventar e construir, juntos, modos de vida mais humanizados, mais solidários, mais ricos...

*“Nenhuma teoria da transformação político-social do mundo me comove, sequer, se não parte de uma compreensão do homem e da mulher enquanto seres fazedores da História e por ela feitos, seres da decisão, da ruptura da opção. A grande força sobre que deve alicerçar-se a nova rebeldia é a ética universal do ser humano e não a do mercado, insensível a todo reclamo das gentes e aberta apenas à gulodice do lucro. É a ética da solidariedade humana.” (FREIRE, 1997)*

# Bibliografia

- BACELAR, Tania. Herança de diferenciação e futuro de fragmentação. *Estudos Avançados*, São Paulo, v. 11, n. 29, p. 7–36, 1997.
- CARVALHO, Alba M. Pinho. O processo de globalização e seus rebatimentos no Estado. In: CONGRESSO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL DA AMAZÔNIA, 1997, Belém. Belém: [s. n.], 1997 a. Mimeografado.
- . A globalização e o desafio da questão social. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ECONOMIA DOMÉSTICA, 14. , 1997, Fortaleza. Fortaleza: [s.n.], 1997b. Mimeografado.
- DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDOS SÓCIO-ECONÔMICOS (DIEESE). *Trabalho e reestruturação produtiva: 10 anos de linha de produção*. São Paulo: DIEESE, 1994.
- DIAS, Elizabeth; LINO, Domingos. Globalização e a saúde e segurança dos trabalhadores. *Boletim LEAD BRASIL*, São Paulo, n. 6, jan: mar. 1996.
- FERREIRA, C. G. *O fordismo, sua crise e o caso brasileiro*, Campinas: CESIT, 1993. (Cadernos do CESIT. Texto para discussão, n. 13).
- FRANCO, T. ; DRUCK, G. A. A degradação do trabalho e os riscos industriais no contexto da globalização, reestruturação produtiva e das políticas neoliberais. In: FRANCO, T. (Org). *Trabalho, riscos industriais e meio ambiente: rumo ao desenvolvimento sustentável ?*. Salvador: UFBA, 1997. p. 15–32.
- FREIRE, P. Globalização, ética e solidariedade. In: DOWBOR, L. ; IANNI, O. ; RESENDE, P.E. *Desafios da globalização*. Petrópolis: Vozes, 1997. p. 248 – 251.
- GONÇALVES, Carlos Augusto. Reestruturação produtiva e ação sindical. São Paulo: CUT, DESEP, [19 – –?].
- GUATTARI, Felix. *As três ecologias*. Campinas: Papirus, 1990.
- HOBSBAWM, Eric. *Era dos extremos: o breve Século XX*. São Paulo: CIA das Letras, 1995.
- MATTOSO, Jorge. *A desordem do trabalho*. São Paulo: Página Aberta, 1995.
- MINAYO, M. C. S. (Org.). *Os muitos Brasis: saúde e população na década de 80*. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995.
- NEVES, Magda. Mudanças tecnológicas e organizacionais e os impactos sobre o trabalho e a qualificação profissional. In: CONFERÊNCIA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO, 6. 1991, São Paulo. São Paulo: [s. n. ], 1991.

- . *Reestruturação produtiva e estratégica no mundo do trabalho: as conseqüências para os trabalhadores*. Belo Horizonte: [s. n. ], 19-- /].
- RATTNER, Henrique. Tecnologia e saúde: um convívio sustentável ?. *Boletim LEAD Brasil*, São Paulo, n. 4, out. – dez. 1995.
- . Globalização: em direção a um mundo só ?. In: BECKER, Bertha; MIRANDA, Mariana (Org.). *A geografia política do desenvolvimento sustentável*. Rio de Janeiro: UFRJ, 1997. p. 127 –148.
- SACHS, I. Em busca de novas estratégias de desenvolvimento. *Estudos Avançados*, São Paulo, v. 9, n. 25, set. –dez, 1995.
- SOBRAL, H. R. Globalização e meio ambiente. In: DOWBOR, L. ; IANNI, O. ; RESENDE, P.E. *Desafios da globalização*. Petrópolis: Vozes, 1997. p. 140 – 146.
- VILELA, R. ; IGUTI, M. *Uma análise crítica da ISSO 1400*. Piracicaba: [s. n. ], 1997. Mimeografado.
- UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMM. *Human developmet report*. New York: Oxford University, 1990.

***Painel II***

# *Novas Estratégias em Saúde do Trabalhador*



## Marcos conceituais

### *Marc Lalonde (1974)*

Conceito: campo de saúde

- biologia humana
- meio ambiente
- estilo de vida
- organização da atenção à saúde

### *Alma Ata (1978) Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde:*

*Cap i : “reafirma enfaticamente que a saúde – estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade – é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível de saúde possível é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor de saúde.”*

### *Carta de Ottawa, 1986*

- criação de políticas públicas saudáveis
- fortalecimento dos recursos de saúde comunitária
- criação de entornos favoráveis à saúde
- aprendizado e enfrentamento
- reorientação dos serviços de saúde

### *Declaração de Adelaide (Austrália), 1988*

- políticas públicas saudáveis

### *Declaração de Sundsvall (Suécia), 1991*

- ambientes favoráveis à saúde e desenvolvimento sustentável à qualidade de vida

### *Declaração de Bogotá (Colômbia), 1992*

- promoção da saúde adequadas aos países em desenvolvimento

---

<sup>8</sup> Coordenadora do projeto Promoção à Saúde do Ministério da Saúde.

***Declaração de Jacarta (Indonésia), 1997***

- promoção da saúde no Século XXI

***Carol Buck (1984): “o entorno”***

- entornos perigosos
- necessidades básicas e amenidades
- trabalho
- isolamento e alienação
- pobreza

***Llona Kickbush (1986): princípios fundamentais da Promoção à Saúde***

- 1 – afeta a população em seu conjunto no contexto de sua vida diária e não se centra em pessoas que correm o risco de sofrer determinadas enfermidades
- 2 – pretende influir nos determinantes ou causas da saúde
- 3 – combina métodos e enfoques distintos mas complementares
- 4 – orienta-se para conseguir a participação concreta da população
- 5 – os profissionais de saúde devem desempenhar um papel de grande importância na defesa e facilitação da promoção da saúde

**Políticas públicas saudáveis**

***Declaração de Adelaide, 1988***

- caracterizam-se pelo interesse explícitos de todas as áreas públicas em relação à saúde e à equidade
- criam ambientes sociais e físicos comprometidos com a saúde
- têm como compromisso medir e difundir o impacto destas políticas na saúde
- estabelecem novas alianças, intersetoriais e com a sociedade
- promovem a saúde numa abordagem integrada com o desenvolvimento social e econômico

***Pré-requisitos para a saúde (Ottawa), 1986***

- a paz, a educação, a moradia, a alimentação, a renda, um ecossistema estável, a justiça social e a equidade



*Promoção de Saúde do Trabalhador*

- qualidade de vida
- processo de trabalho
- ambientes: físico, psicossocial

*Trabalho – atividade intrínseca*

- imprescindível
- representações sociais
- representações pessoais

## **Documento apresentado pelo Grupo de Trabalho de Acreditação Hospitalar do Ministério da Saúde**

*Yasue Higaki<sup>9</sup>*

Definição – procedimento de avaliação externa, voluntário, periódico e reservado de um estabelecimento/empresa efetuado por profissionais independentes, visando avaliar o seu funcionamento e suas práticas, usando como base, critérios/padrões estabelecidos. Procura assegurar que as condições de SEGURANÇA e de QUALIDADE DOS SERVIÇOS/PRODUTOS INTERESSES DOS CLIENTES são levados em consideração pelo estabelecimento.

### **Fundamentos e Princípios da Acreditação**

- centrado no cliente
- melhoria contínua da segurança – processos operacionais – serviços/produtos
- melhoria contínua da qualidade dos serviços/produtos
- engajamento/responsabilidade dos profissionais em todas as etapas – serviços/produtos
- um esforço contínuo, perseverante e sistemático para o alcance dos objetivos propostos
- uma necessidade de objetividade de propósitos

### **Objetivo Geral da Acreditação**

- transformação gerencial através da auto avaliação para uma melhoria contínua da qualidade
- acreditação hospitalar

### **Estrutura do sistema nacional de acreditação**

#### *Organização Nacional de Acreditação*

- direito privado
- sem finalidade lucrativa
- coordenador e normatizador

---

<sup>9</sup> DAPS/SPS/MS.

### ***Instituições Acreditoras***

- executor do processo de avaliação e de certificação
- avaliadores
- hospitais

### ***Acreditação Hospitalar***

dezembro 1998

- protocolo de Interações entre o MS e instituições privadas para a fundação da Organização Nacional de Acreditação em setembro 1998 – comitê *ad hoc*

Propostas de DIRETRIZES:

- processo de acreditação hospitalar
- critérios para a qualificação e capacitação de avaliadores
- requisitos para o credenciamento de instituições credidoras
- código de ética

### **Programa de Acreditação Hospitalar – MS**

#### ***I - Instituições prestadoras de serviços de saúde***

- FBH – Federação Brasileira de Hospitais.
- CNS – Confederação Nacional de Saúde.
- ABRHUE – Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino.
- CMB – Confederação das Misericórdias do Brasil.
- Acreditação Hospitalar.

#### ***II - Instituições compradoras de serviços de saúde***

- ABRASPE – Associação Brasileira de Serviços Assistenciais de Saúde Próprios de Empresas.
- CIEFAS – Comitê de Integração de Entidades Fechadas de Assistência à saúde.
- ABRAMGE – Associação Brasileira de Medicina de Grupo.
- FENASEG – Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização.
- UNIMED – Confederação Nacional das Cooperativas Médicas do Brasil.

***Processo de Acreditação Hospitalar***

***Princípios orientadores – NÍVEL 1***

- habilitação do corpo funcional
- atendimento aos requisitos fundamentais de segurança para o cliente
- estrutura básica (recursos) capaz de garantir assistência orientada para a execução coerente de suas tarefas

***Princípios orientadores – NÍVEL 2***

- normas, rotinas e procedimentos documentados e aplicados
- evidência de introdução e de utilização de uma lógica de melhoria dos processos nas ações de assistência e nos procedimentos médicos
- evidência de atuação focalizada no cliente
- processo de acreditação hospitalar

***Princípios orientados – NÍVEL 3***

- evidência de vários ciclos de melhoria em todas as áreas
- sistema de informação institucional consistente
- sistema de aferição do grau de satisfação dos clientes internos e externos
- programa institucional de qualidade e de produtividade implantado, com evidente impacto sistêmico

***Metodologia do Processo de Acreditação Hospitalar***

Manual brasileiro de acreditação hospitalar.

Três Níveis.

Três Padrões – itens de verificação.

- de complexidade crescente
- padrões interdependentes
- lógica global e longitudinal
- processo de acreditação hospitalar
- resultados da avaliação
- não acreditado

- acreditado – nível 1
- acreditado pleno – nível 2
- acreditado com excelência – nível 3
- acreditação hospitalar

### ***III - Instituições privadas de direito público***

- CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários municipais de Saúde.
- CONASS – Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde.
- Estatuto da Organização Nacional de Acreditação.
- Assembléia Geral.
- Conselho de Administração.
- Superintendência.
- Gerência Administrativa.
- Gerência Técnica.
- Comitê *ad hoc*.
- Acreditação Hospitalar.

### ***Março 1998***

- Consolidação dos princípios orientadores da versão final do manual

### ***Junho 1998 – comitê ad hoc***

Propostas:

- Estrutura do Sistema Nacional de Acreditação Hospitalar.
- Estatuto da Organização Nacional de Acreditação.
- Acreditação Hospitalar.

### **Histórico**

- em 1997 – REFORSUS
- projeto de acreditação hospitalar
- outubro 1997 – consolidação conceitual e metodológica da proposta do processo de acreditação hospitalar

- novembro 1997 – constituição da comissão de revisão, adaptação e redação do manual brasileiro de acreditação hospitalar
- janeiro/fevereiro 1998 – teste de campo da versão preliminar do manual

### **Objetivos da Acreditação**

- obter o reconhecimento externo da qualidade dos seus serviços/produtos
- obter a confiança do público nos seus serviços/produtos
- avaliar a qualidade e a segurança dos serviços/produtos
- avaliar a capacidade dos estabelecimentos à melhoria contínua da qualidade de seus serviços/produtos e os interesses globais dos seus clientes
- identificar os pontos fortes e as necessidades de melhoria nas estruturas e nos processos operacionais do estabelecimento/empresa
- envolver/responsabilizar todos os profissionais nas etapas do processo de melhoria contínua da qualidade

### **Acreditação**

- quem faz – organização/instituição externa e independente
- onde – instituição/empresa interessada em se submeter ao processo de avaliação
- quando – quando a instituição/empresa achar que se encontra capacitada para ser acreditada, e voluntariamente, solicita a avaliação
- por que – agregação de valor (melhor aceitação dos produtos/serviços pelos seus usuários)
- com o que – padrões e processos de avaliação pré estabelecidos e aceitos pela comunidade

## ***Painel III***

# ***Construindo um Mundo Estratégico de Saúde do Trabalhador***





## **Texto apresentado pela representante do CONASS**

*Maria Luiza Jaegger<sup>10</sup>*

Estou aqui pelo Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), que precisa cada vez mais discutir o seu papel na garantia da atenção integral à saúde da população que, na sua grande maioria, é composta por trabalhadores.

Mas vou falar aqui, como membro do CONASS e não como a posição do CONASS, por que esta ainda precisa ser discutida.

Vou falar como alguém que vem participando há muito tempo da luta pela implantação do SUS, das Conferências e Encontros de Saúde do Trabalhador como uma das representantes da CUT e depois como assessora do Conselho Nacional de Saúde.

Como ex-Secretária Municipal de Saúde de Porto Alegre, e agora como Secretária Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, que participou e participa da construção de uma política de Atenção Integral à Saúde em que uma questão fundamental é a Saúde do Trabalhador.

Como alguém que participa de um governo democrático e popular, composto basicamente por trabalhadores que vieram do movimento sindical e popular, e que se propõe a desprivatizar o aparelho do Estado, a submetê-lo ao interesse da maioria da população e que as políticas públicas e a utilização dos recursos devem ser definidas junto com a população via os Conselhos de cada área e via o Orçamento Participativo que quer construir uma nova sociedade mais solidária mais humana.

Considero nosso desafio a construção, no cotidiano da vida dos trabalhadores do Brasil, da atenção integral à saúde.

O que pressupõe a luta por uma política de desenvolvimento econômico e social voltada para a melhoria da qualidade de vida do povo brasileiro, conservação do meio ambiente, garantindo o direito à cidadania de forma igualitária e equânime a toda população.

Mas precisamos lembrar que a implantação do SUS caminha na contramão do neoliberalismo, da centralização do poder e dos recursos, a falta de controle social, do desrespeito ao pacto federativo e aos direitos sociais.

Conseqüentemente o poder. Ex: Porto Alegre (construção da política, comerciários, Restinga, trabalhadores municipais e ex, Encontro Estadual de Saúde do Trabalhador (intoxicações, trabalho infantil e dos adolescentes, etnia, informação, formação e pesquisa, saúde mental e saúde da mulher).

Precisamos trabalhar com todas as informações existentes, nos diversos sistemas de informação e, principalmente, que estas informações e pesquisas informem a ação dos conselhos de saúde, do movimento popular e sindical, dos trabalhadores de saúde e dos gestores.

Precisamos trabalhar para que todos os campos dos formulários dos sistemas de informação sejam preenchidos e bem preenchidos, para que possibilitem um melhor diagnóstico. Precisamos implantar o (SINAN) Sistema Nacional de Agravos de Notificação em Saúde do Trabalhador.

Precisamos rever e avaliar o que decidimos em todos os seminários, encontros e Conferências e que conseguimos colocar ou não em prática e porque motivos.

Precisamos divulgar, discutir e apreender com todas as experiências e informações, por exemplo as decisões do Supremo, ou Internet.

Precisamos que os trabalhadores de todos os serviços e unidades de saúde deste país tenham consciência e sejam capacitados para que, nas suas ações, entendam que a maioria dos usuários do SUS são trabalhadores e, na maioria das vezes, os seus problemas individuais de saúde são problemas do coletivo onde este trabalhador está inserido. Noutras palavras, que cada trabalhador de saúde seja capacitado a fazer ações de assistência e vigilância à Saúde do Trabalhador.

Este mesmo processo de conscientização deve ser feito com os Conselheiros de Saúde, com os gestores de saúde, com o movimento popular e também com o movimento sindical.

Temos que pensar que estamos falando dos trabalhadores do Brasil do Oiapoque ao Chui, de sujeitos da sua história: os agricultores, os sem terra, os pescadores, os operários de construção, os trabalhadores de transporte, na alimentação, em oficinas mecânicas, dos bóias-frias, dos terceirizados, dos comerciários, dos trabalhadores de informática, dos bancários, dos trabalhadores em indústrias petroquímicas, metal-mecânica, de cerâmica, de biotecnologia, dos empregados domésticos, dos trabalhadores de saúde e tantos outros.

Estamos falando dos riscos a que cada um dos trabalhadores brasileiros estão submetidos, estamos falando das suas características culturais, religiosas e étnicas e que ações de vigilância e assistência à saúde e ações intersetoriais são necessárias respeitando os usuários como sujeitos da sua saúde.

Estamos falando de intoxicação por agrotóxicos, por mercúrio e por tantos outros; estamos falando de dor de coluna, de surdez, de câncer, de doenças respiratórias, de depressão e tantos outros problemas de saúde que atingem os trabalhadores e estão relacionados com as condições e ambientes de trabalho; estamos falando de todos acidentes de trabalho formais ou informais. Logo, nos planos de saúde de cada serviço, dos municípios, das regiões, dos estados onde esses

---

<sup>10</sup> Secretária de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul.

trabalhadores existem na vida real, precisam e devem aparecer as ações que serão feitas em relação a essas questões (por exemplo, antavírus é zoonoses e é Saúde do Trabalhador). Não precisamos carimbar recursos. O que precisamos é que a política de saúde seja construída a partir de problemas e necessidades da população da cada local. Assim a Saúde do Trabalhador vai aparecer, vai aparecer a necessidade de equipes multidisciplinares. Assim terminaremos com ações pontuais, dispersas, sem integração e sem impacto.

Precisamos que cada serviço ou unidade de saúde incorpore o que está na Constituição e na legislação do SUS; que o meio ambiente do trabalho é um dos locais de riscos à saúde da população, que deve ser avaliado, diagnosticado e vigiado. Que cada Unidade ou Serviço tenha mapa dos riscos à saúde nos ambientes de trabalho da sua região.

Não podemos transformar a Saúde do Trabalhador em guetos, ou via Programa de Saúde do Trabalhador, ou via Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (que para o conjunto dos outros serviços vire o local onde se faz Saúde do Trabalhador ou centros de referência que, na realidade, são a única porta de entrada). O nosso desafio é que cada trabalhador de saúde, cada serviço de saúde nas suas ações faça Saúde do Trabalhador, e se tenha Unidades realmente de referência nas áreas de assistência e vigilância, de apoio e diagnóstico e de capacitação de recursos humanos.

Precisamos que a formação de terceiro e segundo graus, a capacitação em serviço, a formação multidisciplinar e a especialização, instrumentalize todos os trabalhadores de saúde em relação ao SUS e à Saúde do Trabalhador. Os cursos em Saúde do Trabalhador, no Brasil, de uma forma geral, são destinados, ainda à formação tradicional em medicina ocupacional ou do trabalho, à enfermagem do trabalho e à formação de auxiliar de enfermagem do trabalho, considerando o mercado privado.

Precisamos construir propostas de Código de Saúde em cada município, em cada estado, junto com o movimento social. Códigos de Saúde que definam as ações, o papel dos gestores e dos *prestadores* seus deveres e seus direitos que garantam o poder regulador e fiscalizador dos serviços de saúde sobre qualquer coisa que traga risco e que garantam o controle social.

Estes são alguns dos desafios que devemos enfrentar e gostaria de encerrar parafraseando, primeiro o Fadel, desejando que neste momento seja construído mais que o discurso da prática mas estratégias que consolidem a prática do discurso. E segundo, o fim da fala do Governador do Estado do Rio Grande do Sul, Olívio Dutra, em qualquer ato: boa luta para todos nós.

## Exposição do representante do CNS<sup>11</sup>

*Nelson Rodrigues dos Santos<sup>12</sup>*

Vamos iniciar falando alguma coisa da gestão e, no final, quando eu estiver falando do controle social através dos Conselhos de Saúde, vou justificar porque inicio falando da gestão. É que, na visão nossa, e eu estou tentando traduzir ou sentir a percepção do Conselho Nacional de Saúde, dos 32 Conselheiros que se reúnem mensalmente e... é uma tentativa pessoal e subjetiva, que está sujeita a incorreções e erros, evidentemente. Nem eu tenho essa delegação aqui, mas, na Mesa, vou ter que tentar refletir como os 32 Conselheiros estariam vendo toda essa discussão de hoje de manhã aqui.

A visão inicial que estamos tendo da gestão é que, pela primeira vez na história do Ministério da Saúde, através da Secretaria recente de Políticas de Saúde, há um tratamento mais adequado, mais realista pelo menos, de formular políticas específicas. Tem uma série de políticas específicas sendo formuladas através dessa Secretaria de Políticas de Saúde e uma delas é a de Saúde do Trabalhador. Essa formulação considera a complexidade do que tem pela frente, o desafio de formular uma política, ainda que específica, no caso da Saúde do Trabalhador, complexidade essa que é a da própria sociedade, do quadro estatal e das instituições do nosso país, e sem considerar a participação de todos os atores institucionais e sociais na formulação dessa política.

É preciso reconhecer que esse é um trajeto mais prolongado, não se formula uma política dessa em 30 dias, nem em alguns meses, sem um processo desencadeado, tem que ter o *start*, e esse *start* foi dado.

Então, o estabelecimento de uma política específica dentro da Saúde do Trabalhador está passando, necessariamente, pela visão que já foi colocada aqui, intersetorial e interinstitucional dentro do setor saúde. Pelo menos três ministérios, o da Previdência, o do Trabalho e o da Justiça estão envolvidos em nível nacional, pensando mais nos trabalhadores formais, mas também nessa massa de trabalhadores informais que cresce hoje dentro das contingências da política econômica do país. Também em nível ministerial, estão envolvidos a Assistência Social e até a Comunidade Solidária como parte do poder do Estado hoje, que gasta recursos públicos. A intersetorialidade, hoje, passa pelo Ministério Público, que se alia, em quase todos os Estados, e nacionalmente, aos interesses do direito da cidadania. Finalmente, essa intersetorialidade tem que passar pela sociedade organizada, de empregados e empregadores, as grandes entidades sindicais e não sindicais de empregados e empregadores do setor público e do setor privado, empregador público também e o

---

<sup>11</sup> Este texto é resultado da transcrição (*ipsis-literis*) e edição da fala do representante do CNS, lida, corrigida e aprovada pelo expositor.

<sup>12</sup> Conselho Nacional de Saúde.

funcionário público também; e setores formal e informal, sendo que esse informal, repito, cresce assustadoramente no nosso país. Então, esse é quadro intersetorial, sem o concurso do qual qualquer proposta de formulação de política específica de Saúde do Trabalhador, por mais atraente que seja, vai morrer na praia, não vai chegar no trabalhador.

Então, tem que transitar por essa heterogeneidade, cheia de conflitos, mas é perfeitamente possível e viável no nível micro de alguns locais, mais na frente mostrando que é possível e só tem esse caminho, dessa participação toda, e é um processo que se prolonga. E, quando eu estou colocando isso no nível nacional, eu coloco a nível estadual e municipal, porque esses atores todos se repetem na esfera estadual e na esfera municipal. Só em municípios muito pequenos, que são mais da metade dos municípios brasileiros, esses atores não se repetem, pelo nível extremamente micro dos municípios. E a questão interinstitucional não é menos responsável para quem está formulando a política.

Portanto, estou reconhecendo esse esforço e essa lucidez que, pela primeira vez, o Ministério da Saúde traz ao formular a política. Ao nível interinstitucional dentro do setor saúde, nós temos o quê? Temos, dentro do Ministério da Saúde ainda, estruturas com alto grau de autonomia, quer dizer, não há uma uniformidade desejável para um Ministério. Temos Secretarias dentro do Ministério, temos uma Fundação Nacional de Saúde, temos uma FIOCRUZ e temos outras estruturas que ainda guardam um certo grau de autonomia entre si, indesejável. E há um processo de alinhar uma uniformidade, pelo menos nos princípios, diretrizes e estratégias. E todas as estruturas têm algo a ver com Saúde do Trabalhador, todas elas.

Mas não pára aí: temos o CONASS e o CONASEMS, nos níveis de governo estadual e municipal, aonde se repete toda essa heterogeneidade. Então, o trabalho interinstitucional, quer dizer, o contato cotidiano intenso, inteligente e militante que eu acho que hoje, na busca da parceria e da luta comum das três esferas, dos dirigentes e dos técnicos das três esferas, torna-se fundamental, e isso parece que estamos assistindo aqui hoje.

No caso do CONASS e da esfera estadual, estendendo para um dos braços dele, não sei se são o mais ou menos importante as universidades públicas. As universidades, de um modo geral, são parte, integram o Sistema Único de Saúde com toda a questão da produção do conhecimento, tecnologias e de planejamento e programação, que elas podem e devem ajudar o Sistema Único de Saúde.

Então, passando necessariamente pela intersetorialidade e pela interinstitucionalidade, nós achamos que é o reconhecimento desse trajeto iniciado pela Secretaria de Políticas de Saúde, que a Ana Figueiredo colocou alguns lances aqui.

Essa é a primeira questão que a gente queria colocar, na ótica de como os Conselhos de Saúde e o controle social, devem estar enxergando esse fenômeno. No momento, o que nós estamos enxergando também...

Aí começa a ficar um pouco mais difícil, e nos pega a todos ainda com um pouco de inexperiência, apesar de tantos anos de militância, pelo menos na minha idade, a gente se sente tão inexperiente ainda em tantas coisas. Quando a gente coloca aqui uma proposta dessas, não só de política de SUS em geral, mas uma política específica de Saúde do Trabalhador, por que é que essa proposta tem que passar por total congruência, total adesão com os princípios e diretrizes do SUS? O que é, na prática do dia-a-dia, ela estar congruente com a universalidade, com a equidade, com a integralidade, com a descentralização e com o controle social, os cinco grandes princípios do SUS? Por que crivo de verificação, de checagem, de acompanhamento e avaliação, nós vamos estar percebendo a implementação concreta dessa política, que tem que chegar lá na ponta, a cada um dos trabalhadores formais e informais, a congruência com esses princípios e diretrizes? E, dentro desses princípios e diretrizes, como eu havia colocado a questão da “precedência”, a prioridade culturalmente histórica que tem que se dar ao trabalhador doente do trabalho ou acidentado do trabalho, essa precedência, até onde ela vai conviver com o direito de cidadania do não trabalhador que também está doente, está se acidentando, como é que fica a equidade nisso tudo?

Essa resposta acho que vai vir muito mais do nível municipal, descentralizado, do que do nível nacional. Mas a prática já vai estar guiando a resposta concreta a essa indagação, muito mais na prática do que na teoria.

Dentro dessa congruência dos princípios e diretrizes do SUS, há outro ponto que já foi colocado aqui também: como é que vai ficar a hierarquização do sistema, o trajeto do trabalhador dentro do próprio sistema, que começa pela promoção da sua saúde, como já foi colocado, pela proteção específica dos agravos, dos riscos e, enfim, por todo o universo da atenção básica à saúde. Como é que vai ficar a Saúde do Trabalhador no PAB, no PSF, no PACS, nos agentes comunitários, na extensa rede de centros e postos de saúde de atenção básica à saúde que nós temos no nosso país, nas vigilâncias epidemiológica e sanitária?

Então, esse universo espetacular da atenção básica à saúde no nosso país tende a crescer para transformar o modelo de assistência, como é que está a Saúde do Trabalhador? Mas, indo na integralidade para a média e alta complexidade, como é que a esse trajeto do trabalhador sem diferenciar, mas não saindo do programa específico? Porque, no SUS, tem que ter uma rede única, rede única que atende o trabalhador acidentado e doente e o não-trabalhador acidentado e doente, os mesmos profissionais na mesma capacidade instalada. Como é que isso vai se dar nessa unificação do SUS, mas reconhecendo essa cultura historicamente acumulada da emergência da grande precedência, da grande prioridade ao atendimento preventivo e curativo simultaneamente ao

trabalhador, na sua promoção, na sua proteção, no seu diagnóstico precoce, nas suas doenças do trabalho?

Na média complexidade, vai se situar o que se falou de Centros de Referência, Centros de Referência específico; exclusivo da Saúde do Trabalhador também não dá, já foi bem colocado aqui. É importante que, na ponta, se tenha consciência, quer dizer, os planejadores e os dirigentes descentralizados, estaduais, municipais e regionais, não tenham culpa de espalhar um pouco isso: não deve haver exclusividade mesmo. O mesmo otorrino que está fazendo diagnóstico de disacusia, de surdez, audição, ou a visão, ou o pulmão do trabalhador, o mesmo otorrino, o mesmo pneumologista, o mesmo clínico geral, a mesma enfermagem tem que estar fazendo diferenciação também naquele mesmo ato, se a coisa tem nexos causal com o trabalho ou não tem nexos causal com o trabalho, e dando encaminhamento no atendimento unificado do SUS da mesma maneira independente da origem. Já foi colocado aqui, nós temos aí pelo menos o atendimento de média complexidade e de alta complexidade, principalmente a de média complexidade, que é a massa do atendimento ambulatorial especializado e hospitalar, nós temos 80% do setor privado conveniado e contratado.

Como é que vai se dar esses contratos, esses convênios? Quem está contratando o setor privado hoje é o Estado e o Município, principalmente o Município, que avança mais na sua gestão e a própria regulação do setor privado de mercado. Foi colocado aqui também que os planos de saúde não podem ficar por fora de serem regulados a favor do trabalhador que é atendido dentro dos planos de saúde na sua prevenção e na sua assistência à doença e acidente de trabalho. Então, essa congruência dos princípios e diretrizes do SUS para essa política de Saúde do Trabalhador que inicia esse processo complexo passa por toda essa questão. E, para terminar, agora falando dos Conselhos de Saúde nos últimos minutos...

Agora estou colocando a ótica pela qual o Conselho de Saúde deve estar vendo essa iniciativa, uma iniciativa necessária e que está mostrando o próprio respeito à descentralização, como vocês aqui estão vendo em todos os locais do país e todos os níveis de inserção institucional.

Mas os Conselhos de Saúde são um fenômeno hoje que está acontecendo que não vai poder ficar, não vai poder ser relativizado de maneira nenhuma, na formulação e na concretização dessa política específica de Saúde do Trabalhador, como de qualquer outra política específica ou da política geral. Por que? Os Conselhos, queiramos ou não, vieram para ficar. Culturalmente é uma coisa muito nova, poucos até sabem o que está acontecendo em Conselhos de Saúde, até entre os próprios profissionais e militantes de saúde. No entanto, hoje, em menos de 7 anos, de 7 anos para cá, os municípios que não tinham Conselho de Saúde. Hoje tem mais de 3 mil municípios com Conselho de Saúde funcionando mais ou menos regularmente. No papel, mais de 4 mil. Pelo menos mil funcionam regularmente, já cumprindo várias exigências de paridade, de pluralismo da sociedade, de lucidez crescente de seu próprio papel de controle social, de formular estratégia e

controlar a execução de políticas. Não é brincadeira isso: em mais de 3 mil municípios começa a acontecer isso. A totalidade das unidades federadas estão com Conselhos Estaduais, uns funcionando melhor, outros pior, mas estão funcionando. E o Conselho Nacional, que se reúne regularmente.

Nós temos uma estimativa de 45 ou 50 mil Conselheiros de Saúde neste país, que não é qualquer delegação, não é qualquer pessoa da população: o Conselheiro de Saúde, foi legitimamente eleito, indicado, é representante de um segmento da população. Temos hoje um exército de 45 a 50 mil Conselheiros de Saúde. Os conselhos dos 3 níveis, nacional, estadual e municipal, começam a se encontrar. Nós fizemos em Brasília, no ano passado, o 2.º Encontro Nacional de Conselheiros de Saúde. Vieram dois mil conselheiros, cada um por sua conta, trepidando por todas as estradas e ônibus desse Brasil todo. Fizemos a 7.ª Plenária, que são reuniões não de Conselheiros, mas de Conselhos de Saúde: cada Conselho de Saude Estadual e Municipal indica 2 a 4 Conselheiros para se reunir. Começou com 150... a última, foi há 15 dias, com 500 Conselheiros, de 2 a 4 de cada Conselho de Saúde.

O intercâmbio, a riqueza do intercâmbio que se dá nesses encontros, nessas plenárias, talvez vários de vocês já tenham podido ter acesso aos relatórios finais desses encontros, é de uma novidade cultural, de cultura política nesse país, incomensurável. Eu acho que os cientistas sociais e cientistas políticos das nossas universidades não estão nem tangenciando, não estão nem arranhando a profundidade e a importância desse acontecimento que, como o Diógenes falou, está acontecendo dentro dos aspectos mais avançados da reforma do Estado que acontece no nosso país, hoje, que são os Conselhos de Saúde.

Então, para terminar, esses Conselhos de Saúde estão crescendo nessa quantidade, mas qualitativamente. Há um processo acumulativo que, de repente, sem estar muito planejado, começa a brotar qualidade. Nós estamos aguardando ansiosamente brotar mais qualidade do funcionamento dos Conselhos. Há indicadores de que isso está acontecendo. Num primeiro momento, nos primeiros anos desses Conselhos, havia um certo maniqueísmo, tanto do lado dos Conselhos como do lado dos Gestores, e que está acabando hoje. O que é o maniqueísmo? Os Conselhos de Saúde vendo nos Gestores um grupo de pessoas e dirigentes públicos que poderia estar sujeito a dúvidas de se eles têm espírito e compromisso público ou não. Então, o bem público e o compromisso com o público está concentrado mais nos Conselhos. Isso é uma visão de bem e mal, que tem que ser superada. Da parte dos Gestores também: os Gestores são constitucionalmente dirigentes públicos e têm compromissos públicos. Mas também da parte dos Gestores estava havendo, nos primeiros anos, a visão de que esse monte de Conselheiros e Conselhos de Saúde é um basismo, que vai atrapalhar a gestão, que vai ter uma gestão mais lenta.



Esses tabus, dos dois lados, estão caindo hoje visivelmente nos Conselhos dos três níveis, e está se tendo mais lucidez dos papéis. E a formulação de estratégias, controle e execução de políticas nos Conselhos começa a acontecer cada vez mais.

Para terminar, especificamente em relação à Saúde do Trabalhador, nós ainda estamos achando que precisa haver uma qualidade que ainda não se deu. A impressão nossa, no próprio Conselho Nacional de Saúde, e também nesses intercâmbios com os Conselhos Estaduais, nas Plenárias, nos Conselhos Municipais, nós estamos achando que o conjunto das entidades da sociedade organizada que se representam nos Conselhos está valorizando ainda mais o vetor, o caminho da entidade da sociedade para a reunião regular do Conselho, trazendo para a reunião do Conselho, mensal em regra, os problemas da sua entidade, da sua organização, do seu segmento da sociedade, e já vem negociar deliberações a favor do segmento que pode ou não estar negociado conjuntamente com os outros segmentos.

Mas o vetor contrário, ou seja, o representante da entidade ou do segmento da sociedade, voltar para a sua entidade empolgado com o que foi deliberado no Conselho e passar esse empolgamento para a pauta das reuniões de diretoria da sua entidade, da assembléia da sua entidade, esse outro vetor está muito atrofiado ainda. E isso acontece na Saúde do Trabalhador. As bancadas de trabalhadores dentro dos Conselhos estão discutindo uma série de coisas fundamentais e indispensáveis em política de saúde e estratégia de saúde. Mas as políticas específicas do trabalhador precisam ser um pouco tirada à saca-rolha, ainda.

Então, eu não estou fazendo uma crítica, por ser um processo também complexo, de amadurecimento de prática democrática, de democracia participativa e os Conselhos de Saúde se interagirem em parceria com o gestor buscando a formulação de estratégia. Formular estratégia não é ficar no varejo de miudezas de um volume de problemas e transformar os Conselhos em Ouvidorias. Conselho é Ouvidoria também, de problemas pequenos, mas o Conselho tem a responsabilidade de transformar um certo lote, uma certa massa crítica de problemas pequenos, no atacado, na estratégia, e partir para transformar o sistema, e não se perder no cipal de problemas pequenos como muitas vezes ainda acontece. É isso aí.



## *Painel IV*

### *Contexto Atual da Previdência Social e a Saúde do Trabalhador*



## Exposição de José Prata de Araújo<sup>13</sup>

Qual é, digamos assim, o pano de fundo dessa reversão, essa contra-reforma na área social que nós estamos assistindo atualmente. No segundo ponto, eu falarei sobre quais as principais justificativas que as elites colocam para fazer a reforma da Previdência, e finalmente, vou abordar a questão da Previdência e a Saúde do Trabalhador, em particular essa questão da privatização do seguro acidente do trabalho. Pois bem, sobre essa questão histórica, eu pessoalmente acho que na forma... a história das políticas sociais, o entendimento da conquista social no Brasil nos ajuda a compreender muito, hoje, essa ofensiva contra as políticas sociais que nós estamos assistindo.

Em primeiro lugar, é preciso dizer o seguinte: nós estamos vivendo hoje, no Brasil e no mundo, que poderia ser chamado de uma revanche liberal. Revanche, por quê?

O liberalismo não é algo novo. Nós já tivemos liberalismo no Brasil, plenamente, de 1888 até 1930. O Brasil aboliu oficialmente a escravidão em 1888, a primeira Constituição Republicana brasileira, de 1891, plenamente liberal, simplesmente proibia o governo, o Estado, de ter política pública. Portanto de legislar sobre saúde, educação, previdência e direito trabalhista. Essa Constituição liberal teve vigor pleno até 1926, e o Brasil começou, digamos assim, a encerrar essa trajetória liberal em 1926 através de uma emenda constitucional – nesse caso uma boa emenda constitucional – onde pela primeira vez na história brasileira, se autorizou que a União poderia, a partir daquele momento, legislar sobre direito do trabalho, previdência, saúde e todos os direitos sociais.

De acordo com o ex-professor da USP Aziz Simão, o liberalismo no Brasil, sob certos aspectos, manteve a herança escravista porque acabou com a escravidão, mas o homem, o braço livre, era também livre de qualquer direito, não tinha direito algum. O Brasil, até 1930, não tinha leis sociais, não tinha contratos coletivos que normatizassem a relação trabalho nas categorias profissionais e não tinha sequer o contrato liberal, que era o contrato individual.

Até 1930, aquela selvageria liberal, todas as relações de trabalho eram relações de trabalho acertadas oralmente, o trabalhador era admitido e demitido sem qualquer justificativa, sem qualquer aviso, sem qualquer indenização, sem nada. Uma questão importante a ser ressaltada: existe toda uma historiografia no Brasil que afirma que os direitos sociais teriam sido fruto de uma canetada, digamos assim, de Getúlio Vargas ou de João Goulart mais tarde. E não é bem verdade. Se você pegar a história das conquistas sociais no Brasil, praticamente, todas as conquistas sociais têm uma origem básica: as categorias mais mobilizadas saíram adiante, batalharam, conquistaram, através de lutas, de greves, e aquilo virou uma referência para os demais trabalhadores.

---

<sup>13</sup> Este texto é resultado da transcrição (*ipsis-literis*) e edição da fala do Assessor Sindical José Prata

E o grande mérito, por exemplo, de, no caso de Getúlio Vargas, foi estender aos trabalhadores urbanos alguns direitos que já eram conquistas efetivadas de uma série de categorias profissionais nas suas lutas. A Previdência é um bom exemplo disso. A primeira lei da Previdência, a Lei Eloy Chaves, foi para os ferroviários. Naquela época, os ferroviários eram uma das categorias mais mobilizadas.

No Brasil e no mundo, o embrião de Previdência Social foi o seguro acidente de trabalho. No caso brasileiro, o seguro acidente de trabalho privado começou com uma lei de 1919. Por quê? Porque era no local de trabalho onde se expressavam os principais conflitos sociais. Então, a cobertura previdenciária relativa ao acidente, doença, invalidez, se deu, em primeiro lugar, no local de trabalho vinculado ao seguro acidente de trabalho exatamente porque era ali que pulsava a maior pressão social, era ali que pulsava a maior pressão para se ter uma solução mínima para as questões de incapacidade, de invalidez e morte. E só mais tarde a Previdência, portanto, se estendeu aos demais eventos sociais que transcendiam ao local de trabalho.

Todas as demais conquistas: jornada de trabalho, descanso semanal remunerado, direito de férias, tudo o mais, tem um pouco essa origem. As categorias saíram adiante, se mobilizaram e depois as conquistas se espalharam para todos os trabalhadores. O décimo-terceiro salário, por exemplo, que foi homologado em 1962, não tem sua origem em uma lei do João Goulart. A origem é a luta social desde a década de 40, e podemos contabilizar umas 20 greves pleiteando a gratificação de natal. Uma série de categorias já tinha conquistado o décimo-terceiro e em 62 foi apenas estendido a todos os trabalhadores urbanos uma coisa que já era realidade para um grande número de trabalhadores.

Eu enfatizo, portanto, essa questão porque aquilo que é doado pelas elites, pode ser retirado com muita facilidade. Aquilo que é fruto da conquista social, da pressão da sociedade, aquilo que é fruto da resistência das gerações passadas, da persistência, da luta que, em muitos casos custou até a morte de muita gente, tais conquistas têm que ser valorizadas. E o Brasil, nós sabemos bem, tem uma história marcada por ditaduras. As lutas sociais por direitos se deram, em geral, em conjunturas muito difíceis. Então, além de os direitos sociais serem fruto de luta, é preciso ressaltar também que foram fruto da luta em condições históricas muito complicadas, em geral marcados por ditaduras, por perseguição aos sindicalistas, perseguição aos militantes de esquerda. Penso que esse aspecto é muito importante.

A segunda questão, ou seja, se as conquistas sociais – o direito trabalhista, a previdência, a educação, a saúde – foram fruto da pressão da sociedade de baixo para cima como explicar, então, que as elites aceitaram transformar em lei todos os direitos sociais que nós temos hoje?

Aí tem um aspecto contraditório das reformas sociais. E as reformas sociais são fruto da pressão de baixo da sociedade, mas, num certo sentido também elas foram fruto, num certo sentido, do medo que as elites têm de perder o controle da situação econômico-social. Nessas circunstâncias, toparam ceder os anéis para não perder os dedos.

Qual que é o lema da chamada revolução de 30? Fazemos a revolução antes que o povo a faça, não é? Eloy Chaves, autor da primeira lei de Previdência, era um latifundiário paulista, Secretário da Segurança Pública de São Paulo, que coordenou o massacre à greve geral de 17. Os fiscais da Previdência reeditaram, recentemente, essa lei com a exposição de motivos e, na exposição de motivos está dito o seguinte: “Nós vamos criar a Previdência no Brasil porque as ideologias extremadas e desvairadas tomaram conta do primeiro mundo e vão chegar ao Brasil se a gente não se prevenir”.

Então, há toda uma ideologia que pensa os direitos sociais como forma de amortecer os conflitos sociais. As reformas têm esse sentido contraditório: pressão da sociedade e, ao mesmo tempo, de uma certa maneira, a aceitação das elites, a legalização dos direitos como forma de se preservarem.

Pois bem, o que é que explica, portanto, esse reverterio a que estamos assistindo recentemente?

Na minha opinião, basicamente, o projeto socialista, nos moldes que foi construído no leste europeu, ruiu, o capitalismo ficou em cena sem qualquer concorrente, sem contra-ponto, sem adversário e, portanto, em vez de ceder os dedos, passou a exigir de volta a devolução dos anéis.

Ou seja, se as elites toparam legalizar as conquistas sociais pela pressão dos trabalhadores, mas também temerosa do risco vermelho, sem o risco de um regime mais radical, as elites se sentiram encorajadas a simplesmente rodar a roda da história para trás.

A palavra “reforma”, historicamente, é um termo progressista, significa incluir pessoas, ampliar direitos. Mas foi apropriado de uma forma conservadora pelas elites. Quem melhor definiu reforma, do meu ponto de vista foi a presidente da Confederação dos Aposentados, Maria Machado. Ela disse o seguinte: “Se você reforma sua casa, o que você quer com reforma? Melhorar a casa!”

Ora, o que eles estão fazendo é demolindo a nossa casa, estão demolindo cem anos de conquistas sociais, fruto da persistência, da luta, da perseverança de gerações passadas, estão dando o nome de reformas, mas na verdade estão demolindo toda a estrutura social ainda limitada que nós temos no Brasil. Talvez quem melhor tenha definido o que é ser neoliberal tenha sido o Veríssimo, escritor gaúcho. Ele disse que ser neoliberal é nunca pedir perdão.

Se erraram as reformas, o Brasil não deu certo porque faltaram reformas. Se errar de novo, é porque faltaram reformas. Se esse pessoal continuar no poder, daqui a 20 anos, vão estar dizendo que o Brasil não deu certo porque faltaram reformas. Então é a visão neoliberal fechada, é esse dogma liberal onde cada desastre que cometem, cada exclusão social que fazem, é justificado com a alegação de que o país ainda não foi ajustado porque as reformas não foram cumpridas. E, com certeza, nós vamos assistir à reforma da “Previdência Um”, depois a “Reforma Dois” – é esse o nome que estamos dando às leis complementares e ordinárias que virão por aí - porque não vão ser leis apenas para regulamentar a Emenda Constitucional. Aproveitando as brechas legais do que saiu da Constituição, vão propor, nas leis complementares, uma nova reforma que provavelmente será muito mais profunda do que a Reforma Um.

E depois teremos a Reforma Três etc. Se esse pessoal continuar no poder, daqui a 20 anos, eles estarão com o mesmo discurso.

A segunda questão é o pano de fundo dessas reformas.

Pessoalmente, acho que esse regime liberal, por mais que cometa desatinos como atacar os servidores, cortar na previdência, cortar na saúde e tudo o mais, por mais que faça essas coisas, não é essa a centralidade, o coração do projeto neoliberal. O coração desse projeto nós poderíamos chamar de “a ética liberal”.

O que orienta, sob o ponto de vista ético essas reformas que aí estão?

É a idéia básica de substituir a cooperação entre as pessoas por uma competição selvagem. Esse é o supra-sumo, é o coração desse projeto. Tudo aquilo que depende da vida solidária, a Previdência, por exemplo, está sendo atacado. Tudo aquilo que depende da vida solidária está sendo enfraquecido: os sindicatos, os partidos de esquerda, o serviço público, os servidores. Tudo aquilo que tem um papel importante na distribuição de rendas, no estabelecimento de patamares mínimos de vida para as pessoas está sendo atacado. Então este, me parece, é o ponto central desse projeto. E quem hoje é de sindicato sabe disso, sabe da dificuldade de se organizar um movimento reivindicatório por local de trabalho.

Será pelo desemprego? Também. Mas a questão de fundo é outra. A questão de fundo é que os empresários, com essa ideologia liberal, estão convencendo os trabalhadores de que a luta social, a luta classista não resolve. Os empresários vendem a idéia de que a saída é fazer treinamento pessoal e ascender individualmente.

Esse é o coração desse projeto: substituir a cooperação por essa concorrência selvagem entre as pessoas, ou seja, nos convencendo que em todos os ângulos da vida social, no trabalho, na família, na escola, nós devemos pisar no pescoço do outro cidadão, que essa é a forma de caminhar para adiante.



É claro que os liberais não têm a coragem política de chegar para a sociedade e dizer o seguinte “olha, vamos desmontar a Previdência, porque não acreditamos em vida solidária”. Eles não falam isso. Eles se referem a questões de natureza mais neutra, por exemplo a questão do equilíbrio fiscal. Todas as reformas são justificadas como forma de equilibrar a crise fiscal do País. Só que a questão fiscal não é algo neutro. Como o país arrecada ou como o país gasta, depende de diretriz política! De quem você vai cobrar impostos e como é que você vai distribuir a arrecadação pública não é algo neutro.

Na Previdência, por exemplo, qual que é a alegação básica da proposta liberal? É que a Previdência estaria em crise porque o número de idosos está crescendo e o número de pessoas da ativa está reduzindo! Portanto, a Previdência estaria fadada à uma falência inevitável. E propõe a privatização da Previdência como forma de equacionar a questão do envelhecimento da população. Mas a privatização da Previdência vai fazer o número de pessoas idosas deixar de crescer? É claro que a privatização não equaciona a questão do envelhecimento!

Ocorre que os liberais não têm coragem de dizer que, na opinião deles, a sociedade e o Estado não têm condições financeiras de bancar esse número crescente de pessoas idosas.

O Brasil tem hoje 12 milhões de pessoas com mais de 60 anos. Daqui a 20 anos seremos 30 milhões de cidadãos e cidadãs com mais de 60 anos. Qual é o economista, qual o técnico que vai conseguir reduzir despesas de Previdência, num cenário onde o número de idosos passa de 12 para 30 milhões? Alguém consegue uma mágica de reduzir despesas?

Então, na verdade, a proposta deles é outra, não afirmada publicamente. Eles querem excluir idosos da cobertura de Previdência e trazer o resto que ficar com a Previdência para o salário mínimo. Essa é que é a questão, ou seja, equacionar a questão do envelhecimento pela exclusão.

Eles não têm proposta que resolva esta questão! Não medem, em longo prazo, o que vai acontecer com o orçamento público. Se a família brasileira está encolhendo, à médio e longo prazo, o país vai gastar menos com as políticas para a infância. E se o país tem mais idosos, vai haver, digamos assim, um remanejamento do orçamento público. O país vai ter que gastar mesmo com a terceira idade, não há saída. E é positivo que as pessoas estejam vivendo mais.

O caso típico que é o grande exemplo dessa privatização, é o chileno. E ali ocorreu uma farsa. Por que uma farsa? Em primeiro lugar, trata-se um projeto dito liberal, implantado por um ditador sanguinário, Pinochet. Que liberalismo é esse, comandado por um ditador sanguinário? Em segundo lugar, no Chile, a Previdência é privada mas é obrigatória! Vocês já viram uma coisa dessas?

Imaginem aqui, no Brasil, privatizar a Previdência e obrigar todo mundo a ser segurado da Bradesco Seguros, Itaú Seguros. Mesma coisa com a Saúde. Tanto o Chile como a Argentina estão

privatizando Saúde e Previdência, e cometendo o absurdo de conceder capacidade tributária para as seguradoras! No Chile e na Argentina o cidadão pode escolher apenas a seguradora à qual vai se filiar, porque são todos clientes compulsórios.

Assim é muito fácil falar em economia de mercado! Mas em qualquer democracia a capacidade tributária é privativa do Estado. Então, que liberalismo é esse?

O Brasil tem 40 milhões de contribuintes para a Previdência. Se esse modelo fosse aplicado aqui, de cara, as seguradoras teriam 40 milhões de clientes cativos.

Então, o certo, talvez, no caso chileno, não seria uma Previdência privada, seria uma Previdência pública no sistema de concessão para a iniciativa privada, porque a Previdência privada chilena tem todas as prerrogativas da Previdência pública, a começar pela mais importante, que é o seu caráter compulsório.

Outra aspecto importante do caso chileno: com a privatização da Previdência, todas as contribuições vão para as seguradoras. Mas se é a contribuição dos ativos que paga os aposentados, com a Previdência privatizada quem vai pagar os aposentados? No Chile, o Estado paga.

Outro problema: se eu pago Previdência há 20 anos, e se privatizarem a Previdência, eu vou querer de volta meus 20 anos corrigidos, não é isso? Quero um bônus para levar para a seguradora privada. Quem, no Chile, bancou esse segundo grande passivo? Também foi o governo!

Privatizaram a receita e estatizaram dois passivos monumentais!

Outro problema, talvez o mais grave do projeto chileno: só trabalhador paga a Previdência. Nesse sentido, a Previdência chilena é pior do que nos Estados Unidos. Nos Estados Unidos, que é a referência liberal, as empresas se cotizam na Previdência Social. No Chile, os encargos de Previdência são custeados unicamente pelo trabalhador. A empresa e o Estado não têm contribuição para a Previdência, ou seja, a aposentadoria passa a ser uma responsabilidade exclusivamente individual.

No caso chileno, a Previdência que é um pacto de vida, com os ativos financiando os aposentados, virou um pacto de morte. Os ativos passaram a pagar as seguradoras, e os aposentados ficam sem nenhuma cobertura solidária. Há mais ou menos dois ou três anos, o chefe da Previdência privada chilena esteve aqui, em Brasília, e o Ministério da Previdência transcreveu o depoimento dele na íntegra, num livro. Lá pelas tantas, Júlio Bustamante, é esse o nome do senhor a quem me refiro, se vira para um auditório de 300 pessoas e diz o seguinte, “Vocês me perdoem de falar assim tão friamente, mas, no Chile, a nossa Previdência vai ser viável daqui a 15 anos, quando 1 milhão e meio de aposentados tiverem morrido”.

Ele disse isso e o depoimento dele está registrado na íntegra, no livro que o Ministério da Previdência Social, aqui de Brasília, publicou! É uma proposta de genocídio, essa é a verdade!

Talvez o aspecto mais dramático da privatização da Previdência, também da Saúde e da Educação, dos serviços públicos de um modo geral, é que esta, talvez, tenha sido uma das maiores rupturas sociais modernas. O serviço público tem a finalidade de tirar de quem tem e redistribuir para quem não tem. Se você privatiza o serviço público, você simplesmente volta a uma situação de selvageria. Um doente, um portador de deficiência, o inválido, o idoso, não têm qualquer cobertura solidária. Essas pessoas ou sobrevivem individualmente ou procuram a família ou morrem por falta de atendimento. Então esse é, com certeza, o aspecto mais dramático da chamada reforma da Previdência.

O projeto chileno, aplicado no Brasil, como Roberto Campos defende, por exemplo, seria uma calamidade.

Quando eu falo que o equilíbrio fiscal não é algo neutro, creio que estou dizendo a verdade. Roberto Campos, vocês sabem disso, é um dos maiores adeptos do equilíbrio fiscal, não é isso? Ele é até dogmático. Pois ele propõe aplicar, sem pôr nem tirar, o projeto chileno no Brasil.

Isso significaria gerar um passivo, nos próximos 30 anos, de três trilhões de reais! Quatro PIBs brasileiros! Esse seria o tamanho do passivo a ser coberto, relativo ao pagamento de 20 milhões de aposentados e pensionistas, e a devolução da contribuição para 40 milhões de trabalhadores. A sociedade teria que fazer um esforço fiscal anual de 80 bilhões por ano, equivalente a 10% do PIB, para encher o bolso das seguradoras. Três pacotes do FMI por ano, esse seria o nosso esforço fiscal!

Se um pacote levou a essa desgraça que temos no Brasil, pensem só o que aconteceria com a privatização da Previdência nos moldes chilenos! E o mais incrível, é que essa proposta vem de um dogmático do equilíbrio fiscal como o Sr. Roberto Campos.

Por que o modelo chileno não se aplica no Brasil? Uma vez, o Antônio Brito, quando ainda era Ministro da Previdência, disse mais ou menos o seguinte: “Olha, a privatização da Previdência não é uma questão de princípio, é uma questão fiscal: não tem dinheiro. Se tivesse dinheiro para privatizar a Previdência, não tenha dúvida, privatizaria a Previdência no Brasil”. Como não há dinheiro há curto prazo, estão fazendo as reformas pelas beiradas. Primeiro, fazem a privatização do seguro acidente do trabalho. Aí começa o processo de privatização. Depois vem Previdência complementar, que deveria ser pública e privada, e passa a ser apenas privada. Mais um passo do processo de privatização. Agora estão propondo cortar direitos, dificultar a aposentadoria e subir contribuições. São esses os quatro eixos centrais dessa Reforma da Previdência.

O argumento central do governo aqui, e no mundo, para atrasar a aposentadoria das pessoas é que o indivíduo precisa trabalhar um pouco mais antes de se aposentar, que ele deve pagar mais a

Previdência para reequilibrar o caixa previdenciário. Mas cadê os empregos? Eles dizem que é irracional que os sindicatos e os trabalhadores rejeitem a Reforma da Previdência. Na lógica deles se vivêssemos numa época histórica marcada pelo pleno emprego, se o mercado de trabalho estivesse em alta, se não houvesse o desemprego em massa, trabalhar mais seria uma obrigação, seria quase que uma imposição para os sindicatos.

Pode até ser que seja prematuro um sujeito se aposentar com 50 ou 60 anos. Mas a verdade é que, no Brasil, nessa idade, é muito tarde para trabalhar também. Aqui, branqueou o primeiro cabelo, se o sujeito trabalha na iniciativa privada, o mercado de trabalho fecha! Portanto, essa reforma também não vai equacionar a questão central. Ao contrário, ela será um fator a mais para agravar o desemprego. Se essa reforma levar pessoas a ficarem cinco ou seis há mais no mercado de trabalho, ela será geradora de mais desemprego com certeza. E vivemos uma época, como já alertei, extremadamente desumana.

O regime capitalista sempre foi muito excludente, mas havia o discurso do pleno emprego. Hoje em dia, nem o discurso sobrou mais! Cortar cabeças virou virtude. O administrador público ou o empresário competente é aquele que corta cabeças e fala publicamente! Não é preciso esconder mais! Ele vai para a televisão, para os jornais, para a imprensa, e com cara de orgulho fala “multipliquei a minha produtividade por três e demiti a metade”. Demitir pessoas virou virtude empresarial. Excluir virou virtude.

O problema é que Previdência e desemprego não combinam. Não combinam porque um desempregado pesa duas vezes para o governo. A pessoa empregada paga a Previdência, mas a pessoa desempregada deixa de pagar a Previdência e ainda vai buscar o seguro-desemprego. O desempregado deixa de gerar receita e passa a gerar despesa. Portanto, em políticas sociais, desemprego e Previdência não combinam. Não tem jeito de se realizar uma Previdência saudável financeiramente, num cenário histórico marcado pelo desemprego em massa. Essa é uma questão-chave. Nós vivemos num país onde o desemprego não é uma mera consequência de políticas de mercado. O desemprego é uma política oficial. Vocês devem ter visto, recentemente, a revista teórica do partido oficial do governo. Essa revista estampava na capa a seguinte manchete: “Será o desemprego necessariamente um mal?”. É essa a dúvida do socialismo democrático que está no governo. Será o desemprego um mal? A revista faz uma clara apologia da economia informal.

De acordo com o IBGE, em dados recentemente divulgado, a história de que o Brasil possui um PIB paralelo, é mentira! A economia informal emprega 25% dos trabalhadores e apenas produz 8% do PIB. É claro que as redes globo da vida, só mostram aquele autônomo bem sucedido. Mostram um ou outro advogado, um consultor, que se deu bem na vida de autônomo. Mas a grande maioria dos que passam para a economia informal perde muito em relação à economia formal. A grande maioria, na média, tem uma vida muito pior do que o pessoal da economia formal.

Eu acho, portanto, que a crise da Previdência não está ligada ao envelhecimento, que é um fenômeno irreversível e positivo. Essa crise está ligada, em primeiro lugar, à questão do emprego. Está ligada, ainda, ao modelo do chamado estado-mínimo. O economista Paulo Nogueira Batista Júnior, de São Paulo, fez um estudo mostrando que todos os Estados que adotaram a agenda liberal não encolheram, mas aumentaram! A arrecadação de tributos no Brasil passou de 26% para 32% desde Collor. Na Europa, a arrecadação do governo subiu de 38% para 42% do PIB. O que está havendo, então, não é um encolhimento do Estado mas um remanejamento, onde se tira recursos das políticas sociais, recursos de servidores e se transfere receitas para os gastos financeiros. O Estado neoliberal não é um estado-mínimo, é mínimo apenas para as políticas sociais! Mas é um Estado cada vez mais máximo para a especulação financeira. Alguns dizem que vivemos sob o signo da inflação da especulação financeira. Antes, a inflação corroía as pessoas, o poder aquisitivo nos preços dos produtos. Hoje empobrece a sociedade pela transferência de recursos da área social para a área financeira.

Finalmente, é preciso lembrar a área do diagnóstico. Fizeram a reforma com diagnósticos violentamente mentirosos! Dou dois exemplos. Quando fizeram a reforma da Previdência, o governo apresentou dois argumentos centrais: primeiro, que é era necessário acabar com a aposentadoria por tempo de serviço e, segundo, com os gastos excessivos da previdência dos servidores. Quanto à aposentadoria por tempo de serviço, o ministro Stephanes sempre dizia o seguinte: “Olha, os aposentados por tempo de serviço são 11% a 12%, e consomem 33% da receita”. Esse dado tem uma manipulação gigantesca. As pessoas, no Brasil, aposentavam por tempo de serviço, em média, aos 55 anos. Mas havia um outro tipo de aposentadoria, a aposentadoria por idade, aos 60 para a mulher e aos 65 para o homem.

O gasto efetivo com a aposentadoria por tempo de serviço não é o gasto total, é apenas a diferença entre a aposentadoria por tempo de serviço e a aposentadoria por idade, já se a pessoa não se aposentasse por tempo de serviço, ela se aposentaria por tempo de idade. Então, por exemplo, a despesa efetiva do governo com uma mulher que aposenta aos 55 anos por tempo de serviço, e que se aposentaria por idade aos 60 anos, é relativa apenas ao período dos 55 anos aos 60 anos. O correto portanto, seria, quando ela completasse 60 anos, remanejar despesa relativa a essa aposentadoria, passando da conta tempo de serviço para a conta aposentadoria por idade. Se um homem aposenta aos 58 anos por tempo de serviço e aos 65 por idade, o gasto efetivo é apenas dos 58 aos 65. Aos 65 ele deveria ser remanejado. O fato é que o Brasil tem 2 milhões de pessoas aposentadas por tempo de serviço. Se não existisse a aposentadoria por tempo de serviço, desses dois milhões, um milhão já estariam aposentados por idade.

... o déficit do INSS é de 7,8 bilhões e o déficit da Previdência dos servidores federais, estaduais e municipais bateria na casa de 34 bilhões. Entretanto, no cálculo do déficit do INSS o governo contabiliza a contribuição do trabalhador de 8% a 11% e a da empresa de 21% a 23%; já

no déficit dos servidores, só contabiliza a contribuição do servidor! Não contabilizam a contribuição do empregador, que é duas vezes a do empregado, na ordem de 21% da folha. Portanto, dos 70 bilhões gastos com a folha dos servidores ativos federais, estaduais e municipais pelos menos 15 bilhões é resultado de uma manipulação proposital da despesa com os servidores.

Obviamente, existentes distorções nas despesas com os servidores. Mas o governo está exagerando essas distorções para quê? Para simplesmente fazer um linchamento. Então, pessoal, é um pouco essa a situação...

Finalmente, a Saúde do Trabalhador.

Eu já fui de CIPA de empresa, fui também sindicalista, e com base na minha experiência, acho que são dois os “nós” na Saúde do Trabalhador: primeiro, a substituição da política de prevenção. No caso da Previdência, por exemplo, só querem pensar na incapacidade, não querem saber de prevenção. Em segundo lugar, temos no Brasil um sindicalismo de porta de empresa. Portanto os trabalhadores não têm controle social sobre o processo de produção. Como fazer uma política eficaz de Saúde do Trabalhador num país onde o conceito de seguridade social é um conceito ainda, no fundamental, apenas legal, no papel, e onde os sindicatos não têm qualquer acesso ao interior das empresas?

É claro que a Previdência tem alguns benefícios que são opcionais. Por exemplo, o salário-maternidade, já que você escolhe se vai ter filhos. Existem benefícios que são inevitáveis, como a da aposentadoria, pois você não escolhe se vai envelhecer. Mas existe uma série de benefícios na Previdência que poderiam, através de políticas preventivas, ser evitados! O Brasil tem hoje 500 mil pessoas em gozo de auxílio-doença, 500 mil pessoas no INSS; 2 milhões de pessoas aposentadas por invalidez no INSS; 4 milhões de pessoas recebendo pensão por morte, e 600 mil pessoas recebendo benefícios de acidente de trabalho. Esses 4 itens, o auxílio-doença, as aposentadorias por invalidez, as pensões por morte e os benefícios por acidente do trabalho, de uma forma ou de outra, comportam políticas preventivas. A doença pode ser evitada em muitos casos, a invalidez também pode ser evitada, a morte em muitos casos pode ser evitada, e também o acidente de trabalho.

Então, em primeiro lugar, o INSS é uma seguradora muito esquisita, não é? Preocupa-se com a incapacidade, mas não se preocupa com a prevenção, não se preocupa em combater os negligentes, não aciona, por exemplo, as ações regressivas. Me parece que existem apenas 38 ações no Brasil todo. E poderiam ser umas 400 ou 500 mil assim, de cabeça... um negócio assim violento!

Quer dizer, a empresa faz o que quer, e a Previdência não toma nenhuma medida punitiva no sentido de resgatar e punir aquele empresário negligente. Ou seja, a preocupação, infelizmente, é apenas a incapacidade, ou melhor, com descaracterizar a incapacidade. Não previne, não cobra o

negligente, e quer descaracterizar e reduzir benefício de incapacidade. As medidas mais recentes mostram isso.

Toda a legislação da Previdência, já há algum tempo, vem acabando com os benefícios previdenciários para doenças e acidentes menos graves. No caso, por exemplo, do auxílio-acidente, existiam três graduações, agora existe apenas uma.

Tivemos, em Minas Gerais, recentemente, uma palestra que foi motivo de muita revolta. Um médico-perito do INSS, numa plenária de 300 pessoas, defendeu enfaticamente que a surdez, de fato, não deveria originar o auxílio-acidente porque o surdo é muito mais produtivo! E apresentou toda uma justificção, dizendo que o surdo se concentra mais, não ouve o barulho ao lado, etc.! Ele disse essas coisas na cara de todos os sindicalistas e de profissionais! Isso é pra vocês verem a que ponto chegamos, em termos de argumentos.

Outro exemplo: o governo está aumentando de 6% a 8% a alíquota de Previdência para as empresas que mantiverem os trabalhadores em condições insalubres. Acham que punindo as empresas que mantêm insalubridade com o aumento irão forçá-las a investir em prevenção. Mas um país que não tem ação regressiva, que não tem nenhuma medida contra as empresas, esse caminho vai levar aonde? As empresas fazem um remendo preventivo, alega que tal trabalhador não está mais em área insalubre, não paga aqueles 6% a 8% a mais e, na prática, o que temos é a descaracterização da insalubridade! E, finalmente, haverá o retorno forçado de muitos trabalhadores ao local de trabalho; gente sem a menor condição, sendo retornadas, sem qualquer garantia.

A reforma da Previdência vai acelerar e vai aprofundar esse ataque à Saúde do Trabalhador. Em primeiro lugar, vão uniformizar os benefícios da Previdência para depois rebaixar todos ao mesmo tempo. A uniformização poderia ser algo muito interessante numa situação em que existindo mais de um parâmetro de direitos, os de cima puxam os de baixo. Mas o que fizeram foi uniformizar para rebaixar, como já se anunciou para as aposentadorias por invalidez, que vão cair de 100% para 70%, e para o auxílio-doença, que deve cair de 91% para 70%.

No ano passado, através de uma medida provisória, propuseram, acabar com a estabilidade de um ano para todos os trabalhadores que tivessem acidentes e doenças menos graves. A estabilidade, na formulação do Ministério da Previdência, só ficaria para aqueles casos em que o trabalhador ficasse impedido de exercer aquela função que exercia na empresa, ou seja, só haverá estabilidade, na prática, para quem tiver o auxílio-acidente. Ou seja, na visão deles a estabilidade de um ano, que é uma conquista muito pequena, simplesmente seria extinta para 95% dos trabalhadores acidentados! Finalmente, estão propondo a privatização do seguro acidente do trabalho. O governo sustenta a privatização alegando prevenção, integralidade na assistência, controle social e tudo isso mais. Mas, na verdade, o seguro privado é seguro contributivo, obrigatório. Se o trabalhador se acidentou, se a empresa não estiver em dia com a quota de seguros,

não tem benefícios. Na Previdência Social, se você se acidentar terá direito ao benefício, com a Previdência cobrando da empresa. Em segundo lugar, provavelmente o seguro que não refletirá contradição entre as partes. As partes vão fazer um acordo para abaixar o nível de acidente de trabalho e doenças profissionais. Ou seja, quanto menor for o índice de acidente de trabalho e de doenças, menor será a quota que a empresa pagará à seguradora, e menor será a reparação financeira da seguradora para os acidentados. É o tipo do seguro que não tem contradição entre as partes!

Outra questão importante: até dois anos, os benefícios mais simples de auxílio-doença ficariam com as seguradoras ou mútuas e os benefícios comuns ficam com o INSS. O perigo é de se voltar àquela velha irracionalidade: tem acidente comum, é do INSS; se é acidentário, é mútua. Quem paga? O Brasil tinha, e vocês sabem disso, 250 mil ações na Justiça pleiteando a transformação do benefício comum em acidentário. Já era um troço complicado, mas pelo menos era dentro da mesma seguradora. Você tinha o benefício e entrava na Justiça para pleitear a sua transformação. Na privatização cada seguradora cuidará de um tipo de benefício. O INSS cuidará do auxílio-doença comum, por exemplo; e a seguradora ou a mútua do acidentário. Se houver uma polêmica jurídica, quem é que vai pagar? Então, a tendência é voltar àquela velha irracionalidade do sistema seguro acidente de trabalho.

Outra questão óbvia é que as seguradoras já estão agindo para expurgar grande parte dos acidentes de trabalho, por exemplo, os acidentes de trajeto. A seguradoras não querem esses acidentes nos plano de benefícios e querem desqualificar uma série de doenças profissionais e do trabalho também. Pressionam para abrir uma margem de lucros ainda maior, expurgando uma série de eventos que dariam direito a benefícios.

Assistência médica é outro ponto fundamental. Estão atacando o SUS dizendo que o SUS não dá assistência e que a seguradora daria assistência integral. Uma maravilha! Mas o empresário quer recuperar alguém para reintegrar no trabalho? Não, ele quer é demitir. Quando alguém se acidenta, infelizmente, no Brasil, ou é aposentado ou demitido! Infelizmente essa é a filosofia e acho que esse papo de assistência integral para retornar à empresa, é papo furado.

Finalmente, para terminar mesmo, acho que outro problema grave é a reforma sindical. Atualmente, no Brasil, o que temos é o sindicalismo de porta de empresa. As CIPAs são manipuladas, o patrão elege o presidente e praticamente inviabiliza a CIPA como uma comissão combativa. Também o serviço de medicina do trabalho é totalmente manipulado pelas empresas. E querem piorar o que já temos.

O liberalismo admite a idéia de romper as relações do sindicato com o Estado. Mas não admite a idéia de estabelecer regulamentos entre particulares, entre trabalhadores e empresas, normatizadas numa série de direitos a partir, por exemplo, das garantias de comissões por local de trabalho, direito de reunião em local de trabalho, vistorias e vai por aí. Ou seja, rompe a relação do



sindicato com o Estado e deixa o mercado ao bel saber normatizador... saímos da dependência do governo e passamos à escravidão do mercado. Se esse modelo sindical passar, teremos o sindicalismo por empresa que eles querem montar, velho sindicalismo amarelo, um sindicalismo inteiramente controlado pelas empresas.

Portanto, temos que repensar a questão da Saúde do Trabalhador buscando implementar, efetivamente, o conceito de seguridade, forçar o Ministério da Previdência e toda a área previdenciária a começar a construir uma nova cultura previdenciária, cultura previdenciária essa que pressupõe a questão da prevenção como política central e, em segundo lugar, dar aos trabalhadores capacidade de auto-organização por local de trabalho. O papel dos fiscais do Ministério do Trabalho é muito importante na área de Saúde. Mas se não houver organização interna, não adianta muito. Penso que esses são nossos grandes desafios: adotar uma política preventiva e de seguridade e, por outro lado, garantir aos principais interessados, que são os trabalhadores, algo elementar do ponto de vista democrático que é poder se organizar e controlar o processo de produção. Obrigado.

***MESA-REDONDA***

# *Avaliando a Prática da Saúde do Trabalhador no SUS*

**De onde vem a Saúde do Trabalhador?**

### **Saúde do Trabalhador: trajetória**

- final dos anos 70 – O “boom” da oposição sindical
- a influência do “modelo operário italiano”
- movimento da Reforma Sanitária no Brasil
- a VIII Conferência Nacional de Saúde
- aparecimento dos primeiros “Programas de Saúde do Trabalhador”: O desafio de não se desvincular prevenção e assistência
- a participação dos usuários (sindicatos) na sua construção e gerenciamento
- a Constituição de 1988
- sistema Único de Saúde e os princípios de Universalização, Descentralização e Hierarquização
- controle Social (conselhos locais, municipais, estaduais e nacional de Saúde)
- a extinção do INAMPS e reestruturação do Ministério da Previdência Social
- os processos de estadualização e municipalização
- os instrumentos legais e normativos disponíveis hoje
- globalização e liberalização da economia
- domínio liberal do Estado Brasileiro intensificado a partir de 1995: a Saúde como “bem individual” ou “direito social”; as “reformas” (da Previdência Social; da Justiça; do Trabalho)

### **A trajetória da institucionalização da área é atípica para dentro da saúde pública brasileira:**

- Estado x sociedade
- as características do agir da área (*modus operandi*) é atípica para dentro da saúde pública brasileira:
- não dissocia preventivo do curativo

---

<sup>14</sup> SMS/Campinas

- o usuário (trabalhador) é, fundamentalmente, sujeito da ação
- intersetorialidade
- onde está (e quem é) a Saúde do Trabalhador no SUS
- quais são os profissionais

Onde estão?

- que estão fazendo?
- quais são os nós atuais?
- no contexto social e político: imposição da lógica do mercado sobre as instituições e o estado; hegemonia da economia sobre a política; desequilíbrio nas relações de trabalho; desconstrução de direitos.
- no contexto do SUS: hegemonia da lógica assistencial curativa; falta de reconhecimento do trabalho como fonte de agravos (implicando em falta de informação e “negligência”); ações pontuais; escassez de recursos; dificuldade para construção de políticas e práticas com outros setores.
- como implementar as ações em Saúde do Trabalhador, tendo em vista os problemas que os gestores precisam administrar cotidianamente: as urgências e emergências, as múltiplas campanhas de saúde, as epidemias, falsificação de remédios etc.
- reconhecimento do trabalho como fonte de agravos pelos gestores e profissionais da saúde (a Saúde do Trabalhador faz parte dos problemas cotidianos: as urgências e emergências, as múltiplas campanhas de saúde, as epidemias, falsificação de remédios etc.).
- incorporação de ações de Saúde do Trabalhador em todos os níveis do sistema, independentemente do modelo assistencial.
- retaguarda técnica.

## **A Prática Atual de Saúde do Trabalhador – Nós Críticos**

*Leticia Nobre<sup>15</sup>*

Em primeiro lugar, agradeço à Comissão Organizadora deste Encontro pelo convite para minha participação nesta Mesa e à Coordenação de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde pela viabilização de minha presença aqui.

Esclarecer que o que aqui será apresentado é, antes de tudo, o resultado de minha reflexão de praticamente uma década de experiência e trabalho coletivos, compartilhados, primeiramente, com meus parceiros e parceiras na Bahia; também com colegas e amigos de outros estados; e, por fim, também fruto das recentes, árduas e revigorantes discussões com meus companheiros membros do Comitê Técnico Científico de Saúde do Trabalhador. No entanto, apesar dessas contribuições fundamentais, quero esclarecer que assumo total responsabilidade pelo que aqui colocar.

Antes de apresentar o que considero os principais desafios e nós críticos para a área de Saúde do Trabalhador na atualidade, farei um breve diagnóstico geral da área.

A Saúde do Trabalhador carrega a particularidade de ser uma área que institui práticas inovadoras, práticas essas que, em verdade, estão em construção, que perseguem a integralidade da atenção à saúde e a modificação de uma situação dada, conseguindo, muitas vezes, desfazer a dicotomia existente entre assistência individual e coletiva, entre a vigilância epidemiológica e a vigilância sanitária, entre ações preventivas e curativas. Além disso, traz em sua trajetória a busca da participação e do controle social por parte dos trabalhadores e suas organizações; na realidade, é uma área que se instaura desde o início a partir da mobilização e luta dos trabalhadores pela saúde no trabalho. O exercício da intersetorialidade é também uma característica fundamental das práticas em Saúde do Trabalhador.

No entanto, apesar de perseguir a integralidade e de ter experiências inovadoras, a área ainda não logrou atingir de fato a integralidade da atenção. E aqui inicia o primeiro nó crítico, que considero fundamental, que é a questão do **modelo assistencial**. Tal modelo foi construído, principalmente, centrado na criação e funcionamento de centros de referência, ou unidades de referência, que tornaram-se quase “ilhas autônomas”, marginais ao restante do sistema (Sistema Único de Saúde (SUS)); vários desses serviços enfrentaram dificuldades enormes para articularem-se com os demais níveis do sistema e as demais instâncias do SUS até hoje não incorporaram a Saúde do Trabalhador em sua concepção do processo saúde-doença e em suas práticas; ou seja, não

---

<sup>15</sup> CESAT/SESA/BA.

consideram ainda o trabalho como um determinante do processo saúde-doença. Isso resultou em unidades que eram mais referência para as instituições externas ao setor saúde, aos sindicatos de trabalhadores e mesmo às empresas, muito mais do que referência de fato às demais instâncias do SUS; podendo-se falar mesmo da existência de “guetos”, dada a **dificuldade de articulação intra-setorial**, tanto com os níveis básicos da atenção, como com os níveis especializados, hospitalar e também com as vigilâncias – epidemiológica e sanitária.

Ainda dentro da questão do modelo assistencial, é importante ressaltar as concepções e métodos utilizados pelos centros de referência que, a despeito do esforço em construir novos paradigmas – especialmente o da concepção da determinação social do processo saúde-doença e da consideração do trabalho – do processo de produção – enquanto categoria central neste processo, utilizou ou privilegiou, nos primeiros anos de sua prática, os referenciais normativos e metodológicos das normas trabalhistas e previdenciárias; na ótica, sim, da garantia dos direitos sociais, porém, ainda restrita do ponto de vista da intervenção e resultados, e do ponto de vista da população atendida, constituída principalmente por trabalhadores do mercado formal, celetistas, das categorias mais organizadas.

A produção de normas e protocolos próprios para o SUS como um todo ainda é escassa; pouco se trabalha na ótica da vigilância em saúde e da vigilância da qualidade da atenção à saúde, interferindo pouco nos demais serviços de saúde, públicos e privados. Experiências ricas de vigilância em saúde foram produzidas em alguns serviços e lugares, porém ainda há a necessidade de definir melhor conceitos e concepções, especialmente aquelas de vigilância, de educação e de promoção em saúde; essas concepções ainda são diversas, o que pode representar níveis diferenciados de práticas e conhecimentos, além de realidades locais diversas. No entanto, pode-se afirmar que a construção do processo de vigilância em Saúde do Trabalhador ainda resente-se de maior reflexão e consolidação, especialmente no que diz respeito à incorporação de critérios epidemiológicos em seu planejamento e acompanhamento, definição de prioridades e de métodos de intervenção, adotando noções de território e incorporando outros segmentos de trabalhadores e da população que ainda estão à margem da atenção.

O segundo nó crítico refere-se à prática da intersetorialidade. A despeito de a área de Saúde do Trabalhador apresentar, desde seu início, interfaces explícitas com outras áreas, como Trabalho, Previdência, Justiça, Meio Ambiente, Promotoria Pública, entre outras, o exercício da intersetorialidade tem sido bastante difícil e, muitas vezes, retórico, sem resultados mensuráveis. Contribui para isto a deficiência de planejamento das instituições; a execução de ações pontuais; a aplicação de métodos e técnicas diversificadas, às vezes, a própria ausência de método; o não acompanhamento e avaliação dos resultados. Principalmente, a discrepância de objetivos, algumas vezes conflitantes até, entre as diversas instituições. Outra dificuldade relacionada a isso é o fato de que a saúde – a proteção da saúde ou as necessidades em saúde – quase nunca é contemplada nas



macropolíticas ou nas políticas setoriais, ficando o setor à margem das definições de diretrizes e prioridades nos planos de desenvolvimento. Especialmente crítica é a interface com a área de Meio Ambiente, que resiste à necessidade de incorporar os ambientes internos – e o meio ambiente de trabalho – como parte do ambiente em suas políticas, normas e regulamentos.

Considero como terceiro nó crítico a questão do financiamento da Saúde do Trabalhador no SUS. A lógica de financiamento vem sendo progressivamente melhorada, com adoção de critérios epidemiológicos e populacionais e repasses fundo a fundo, a partir da Norma Operacional do SUS – NOB-96. No entanto, os mecanismos e critérios para o financiamento das ações em Saúde do Trabalhador ainda não foram definidos; as ações em Saúde do Trabalhador não estão previstas no Piso de Atenção Básica; os procedimentos de maior complexidade, especialmente aqueles relativos à vigilância epidemiológica e vigilância sanitária ainda não foram incorporados pela Tabela de Procedimentos do SIA/SUS. A forma de pagamento por procedimento continua sendo inadequada para as ações e intervenções de saúde pública – vigilância, acompanhamento, avaliação, monitoramento, intervenção. No entanto, a despeito desses limites, é necessário que a Saúde do Trabalhador estabeleça mecanismos e metodologias para o dimensionamento e estimativa de custos de suas ações, bem como avalie e estime o custo social do impacto das atividades e processos produtivos na saúde humana e ambiental. Faz-se necessário construir indicadores que dêem visibilidade a esse impacto e justifiquem os investimentos em sua prevenção. Mais que tudo, é necessário que se definam mecanismos claros e contínuos de financiamento e definição de parcelas nos orçamentos das três esferas de governo. A par do financiamento no âmbito do SUS, é imperioso resolver o impasse do repasse de percentual do Seguro Acidente de Trabalho para o SUS. A assistência ambulatorial, hospitalar, a reabilitação física, a vigilância em saúde, a capacitação de recursos humanos e a pesquisa, fazem parte da atenção à Saúde do Trabalhador, devendo por princípio constitucional serem também custeadas pelos empregadores, que o faziam através do SAT. O não repasse de parte dos recursos do SAT para o custeio dessas ações no âmbito do SUS configura, no meu entender, um confisco, legalizado, porém não legítimo.

Por último, deparamo-nos com a questão do controle social. A participação dos trabalhadores nas instâncias de gestão do SUS não é valorizada. Existe grande resistência por parte dos gestores em admitir como legítima a participação dos trabalhadores, dada a natureza política, complexa e conflituosa da relação capital-trabalho e suas implicações no processo saúde-doença. A tendência é a recusa em admitir essa complexidade e situações de conflito, imputando as reivindicações dos trabalhadores a interesses expúrios. Ainda se tem pouca experiência no processo de negociação político-gerencial no âmbito do próprio SUS, seja entre as instâncias e câmaras tripartites e bipartites próprias do SUS, seja em negociações com empresas, sindicatos, trabalhadores e outras instituições, como Ministério Público. Por outro lado, há as dificuldades inerentes ao próprio processo histórico das lutas e conquistas sindicais; a persistência de práticas assistencialistas, o peso na resolução de problemas básicos e individuais como, por exemplo,

conseguir a emissão de uma CAT; o momento atual de refluxo dessas práticas, a desestruturação dos sindicatos frente às mudanças no mundo do trabalho, às práticas de terceirização, precarização e flexibilização; o ainda precário entendimento dessas mudanças. Aliás, o entendimento e enfrentamento das mudanças no mundo do trabalho colocam-se como desafios não só para os sindicatos e trabalhadores, como também para os próprios técnicos da área da saúde. Os sindicatos de trabalhadores pouco cobram dos gestores a efetiva implantação e funcionamento do SUS, seja através das instâncias já definidas – conselhos de saúde, câmaras técnicas – seja através de outras formas de participação e reivindicação.

Ainda é necessário pensar estratégias para incorporação de outras categorias de trabalhadores, como os informais, os precarizados, os trabalhadores rurais, os domésticos – e de outras representações sociais – associações comunitárias, organizações não-governamentais – nas instâncias de controle social, bem como ampliar essas instâncias, construindo outras práticas de controle social.

Por último, devo lembrar uma outra questão, que mereceria mais uma página ou mais uma hora, ou várias e várias horas – recursos humanos. O investimento em recursos humanos, com capacitação, habilitação e conhecimentos suficientes e necessários para o reconhecimento e entendimento da relação entre trabalho e saúde é, sem dúvida, um ponto crucial. Não me estenderei sobre esse ponto, que considero que perpassa todas as demais questões já apontadas, estando relacionado especialmente à questão do modelo assistencial. E aqui voltamos ao início, à construção de um modelo de atenção que garanta a integralidade e a melhoria efetiva das condições de trabalho e vida. Nesse sentido, acredito que construímos um caminho sobre o qual hoje podemos olhar, refletir, avaliar e seguir; agora em direção a um outro patamar – de maturidade para o enfrentamento desses nós críticos, desafios ainda por um bom tempo.

## **A gestão da Saúde do Trabalhador na esfera do município: uma experiência**

*Conceição A. P. Rezende<sup>16</sup>*

A história recente da Saúde do Trabalhador no Brasil, enquanto gestão e modelo assistencial confunde-se com a história da saúde pública de modo geral. Ou seja, no período pré-Constituição de 1988, a sua gestão caracterizava-se por um modelo centralizador e disperso em vários órgãos, como o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), que era responsável pela assistência aos acidentados do trabalho com carteira de trabalho assinada; o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), pelas ações de reabilitação e previdência em relação aos trabalhadores lesionados por acidentes do trabalho e o Ministério do Trabalho que era encarregado pela fiscalização acerca do cumprimento da legislação trabalhista, na qual se incluía a fiscalização da disponibilidade e utilização de equipamentos de proteção individual nas empresas.

A organização dos serviços, também centralizados, funcionava na lógica do modelo médico clínico, a partir de um sistema de comunicação de acidente do trabalho, fornecida pelo serviço de atendimento médico das empresas.

No final da década de 70, com o Brasil (des)governado pela ditadura militar e com as políticas sociais (des)organizadas no limite da (in)tolerância social em relação aos seus resultados, o movimento dos trabalhadores caminhou para um salto de qualidade em sua organização sindical e o movimento sanitário caminhou em passos decisivos rumo à realização da 8.<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde (junho/1988), que definiu um projeto de Reforma Sanitária para o País, que se institucionalizou com a Constituição de 1988, com as Leis Orgânicas da Saúde (8.080 e 8.142), com as Normas Operacionais do SUS e outros instrumentos normativos.

O resultado positivo desse momento foi a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) que definiu a política de saúde como direito de cidadania, portanto dever do Estado, a ser assegurada de forma universal, integral (promoção, proteção e recuperação) e equânime, nela incluída a Saúde do Trabalhador, do meio ambiente, incluindo o do trabalho, a vigilância epidemiológica e sanitária, entre outros.

---

<sup>16</sup>Rezende, Conceição A. P. A Gestão da Saúde do trabalhador na esfera do município: uma experiência. In: ENCONTRO NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR, 1999, Brasília. Brasília: [s.n.], 1999. Psicóloga Sanitarista, ex-Secretária Municipal de Saúde de Betim – MG (1994-1996), Pesquisadora do NESCON/FM/UFGM Psicóloga Sanitarista, ex-Secretária Municipal de Saúde de Betim – MG (1994-1996), Pesquisadora do NESCON/FM/UFGM

Tendo como princípio a descentralização das ações e serviços de saúde, a implementação do SUS vem sendo realizada de forma lenta e descontínua porque está atravessada por uma conjuntura de implementação de uma reforma de Estado prescrita pelo projeto neoliberal, resultante do capitalismo tardio, que tenta tomar de assalto a América Latina e, especialmente o Brasil, cuja participação nas decisões da Direção do Banco Mundial tem se caracterizado pelo entreguismo e a falta de defesa dos interesses e da soberania nacionais.

Este projeto propõe a desoneração do Estado brasileiro em relação a sua função de regulação do mercado que passa a regular as funções do Estado e a desoneração em relação à execução de políticas sociais, para as quais se apresentam de forma intermitente projetos de contra-reforma.

No (sub)mundo do trabalho, as condições e ambientes degradantes constituem-se nas condições ideais para o crescimento do setor informal como componente da flexibilização (desregulamentação do trabalho) e da reestruturação produtiva. A qualidade dos bens e serviços não é o principal instrumento de competitividade. Os investimentos em capacitação asseguram maior produtividade, que se transformou em critério para a definição e manutenção do emprego.

Os avanços conquistados em 1988 em relação à garantia de acesso a direitos sociais indisponíveis, essencialmente os de seguridade social, baseados na disponibilidade da oferta de ações e serviços de forma descentralizada com a respectiva descentralização dos recursos financeiros, tendem neste momento a possíveis retrocessos, por inúmeros mecanismos de recentralização de decisões e recursos, o que resulta na reformulação unilateral do pacto federativo pelo governo federal.

Em relação à Saúde do Trabalhador identifica-se o agravante da falta de informação acerca da real situação encontrada pelo SUS, além das dificuldades interinstitucionais no que se refere a redefinição de competências e atribuições.

Foi neste contexto que, em 1994 no município de Betim-MG, na região metropolitana de Belo Horizonte, iniciou-se a implementação das ações e serviços de Saúde do Trabalhador, como projeto integrante do planejamento geral das políticas de saúde do município.

Com o objetivo de assegurar maior autonomia do gestor municipal, com maior controle social, definiu-se por habilitar o município na gestão semi-plena do Sistema Municipal de Saúde (NOB/93). Para isto, realizou-se um levantamento geral da legislação vigente, acerca das atribuições dos municípios enquanto gestores do SUS.

Como em outras áreas de atuação, a Saúde do Trabalhador foi incluída na estrutura gestora da Secretaria Municipal de Saúde (organograma), enquanto componente municipal do SUS e estruturou-se inicialmente o serviço de vigilância aos ambientes de trabalho com cadastramento e levantamento geral das condições de trabalho nas empresas juntamente com as ações de vigilância

sanitária. Implementou-se o Sistema de Comunicação de Acidentes do Trabalho em toda a rede de serviços de saúde, realizando-se atividades educativas para que os próprios trabalhadores ou suas famílias preenchessem as Comunicações de Acidentes, caso encontrassem dificuldade junto ao sistema, ao mesmo tempo em que se formava e capacitava os profissionais para esta finalidade.

As ações de Controle Social foram implementadas a partir de discussões no Conselho Municipal de Saúde que resultou na constituição da Comissão de Saúde do Trabalhador vinculada ao Conselho, formada por representantes do Serviço de Saúde do Trabalhador e por membros de todos os Sindicatos de Trabalhadores existentes no município.

Este processo de muito estudo, debates e negociações culminou na definição de se implantar o Centro de Referência de Saúde do Trabalhador em 1.º/5/1995, formado por equipe multiprofissional, admitida por concurso público, constituindo-se em referência especializada nesta área para os trabalhadores e para a rede de serviços de saúde.

A Secretaria Municipal de Saúde utilizava-se da metodologia do Planejamento Estratégico para a elaboração, implementação, avaliação e redefinição de seus projetos. Neste processo, incluía-se o planejamento local dos serviços de saúde que seguiam as diretrizes definidas por um Colegiado de Gestão composto por todos os dirigentes de serviços de saúde da rede.

Foi definido então, que as ações de saúde desenvolvidas pelo Centro de Referência de Saúde do Trabalhador deveriam ser realizadas junto ao Centro de Referência de Especialidades existente, tanto por uma concepção de integralidade das ações, da discussão junto às outras equipes de saúde sobre o conceito de Saúde do Trabalhador, processos diagnósticos e fluxos de encaminhamentos, entre outros, como para facilitar o acesso dos usuários às outras ações e serviços de saúde complementares, inclusive de apoio ao diagnóstico da rede de serviços, reabilitação e ainda, reduzir os gastos de custeio.

Para o desenvolvimento deste projeto algumas dificuldades ficaram evidentes.

Em relação ao modelo assistencial localizamos:

- a prevalência do modelo médico clínico, de abordagem individual, baseado nas experiências dos serviços de medicina do trabalho das empresas, vigente nas práticas históricas de atuação da maioria dos profissionais;
- a falta de formação e capacitação das equipes de trabalho, o que exige da gestão municipal um grande esforço neste sentido;
- desconhecimento do objeto de trabalho (conceito de trabalho, situação epidemiológica e integralidade das ações no sentido amplo) pelas equipes específicas e gerais, pelos gestores e pelo conjunto dos governos;

- a dificuldade de estabelecer a relação do diagnóstico de doenças do trabalho com suas causas, transformando esta análise em retroalimentação da definição de ações não-clínicas como prática cotidiana;
- a indefinição de ações comuns e específicas de cada componente da equipe de trabalho, incluindo as equipes do sistema de saúde como um todo;
- a tendência de se isolar as ações de Saúde do Trabalhador das demais ações e serviços de saúde do sistema;
- a tendência à setorização dos profissionais da equipe, por disciplinas;
- a falta de métodos e técnicas de intervenção em saúde coletiva nesta área.

Em relação às ações intersetoriais:

- a dificuldade de se definir o papel das diversas instituições afins, que deveriam estabelecer relações solidárias e complementares sem as tradicionais disputas ou duplicação de ações.

Em relação ao Financiamento das ações e serviços:

- a manutenção da lógica de financiamento por procedimentos;
- a ênfase no financiamento da atenção ao acidentado do trabalho em detrimento das ações de promoção da saúde e da proteção do trabalhador no ambiente de trabalho;
- a falta de recursos financeiros para investimentos na organização dos serviços e na contratação e desenvolvimento dos recursos humanos.

Em relação ao controle social da política de Saúde do Trabalhador:

- a dificuldade de compreensão, pelos próprios trabalhadores, do importante papel que podem desempenhar na definição, implementação, avaliação de resultados e reorientação dessa política de saúde;
- desconhecimento, pelos trabalhadores, do papel do SUS nesta questão;
- a imposição da lógica do mercado sobre o trabalho, com ênfase na priorização do trabalhador “não-cidadão”;
- a falta de negociação vigente entre os trabalhadores, empregadores e gestores.

Contudo, considera-se que caminhamos no município para a implementação de um serviço de Saúde do Trabalhador que tem como estratégia a realização de políticas intersetoriais, principalmente de meio ambiente e interinstitucionais (Previdência, Trabalho, Ministério Público, Poder Legislativo e Judiciário), a oferta de ações e serviços gerais e específicos, de forma descentralizada e hierarquizada, integral (do conhecimento da realidade às ações de promoção e

proteção, assistência e reabilitação) incluindo pesquisas específicas de condições de trabalho, riscos e agravos, numa concepção do trabalho que incorpora o sistema formal e informal, ou seja, que considere as peculiaridades do universo dos trabalhadores do município, com controle social da política.

### **Texto apresentado por Aparecida Linhares Pimenta<sup>17</sup>**

Em primeiro lugar eu gostaria de parabenizar o Ministério da Saúde pela iniciativa de realizar este Encontro, permitindo a troca de experiências e uma reflexão mais coletiva desses 10 anos de Saúde do Trabalhador no SUS.

Embora saibamos que as mudanças para serem efetivas devem ocorrer no dia-a-dia dos serviços, não podemos desconsiderar a importância de momentos como este, que contribuem inclusive para alimentar nossas esperanças e repensarmos nossa prática cotidiana.

Como mediadora desta Mesa eu gostaria de, ao invés de comentar as experiências de Campinas, da Bahia e de Betim que falam por si, gostaria de trazer para este plenário a seguinte reflexão: quais são os motivos, as razões que dificultam ou mesmo impedem que a imensa maioria dos municípios brasileiros não consigam ainda implantar Saúde do Trabalhador?

O que aconteceu com a Saúde neste país nos últimos 10 anos, para que uma área tão importante como Saúde do Trabalhador praticamente não exista em mais de 5.000 municípios, onde nenhum serviço ou ação voltada para Saúde do Trabalhador foi implantada? Acredito que apenas em cerca de 120 a 150 município existam Programas nesta área.

Minha primeira experiência com Saúde do Trabalhador foi em 1986 em Bauru, com a implantação de um Programa de Saúde do Trabalhador. Nessa época, teve início todo um processo de discussão no Estado de São Paulo, e várias experiências tiveram início neste período não só em São Paulo mas também em outros estados.

Uma das estratégias comuns nessas experiências foi a articulação com o movimento sindical e o entendimento que estas experiências somente teriam sucesso se contassem com a adesão efetiva do principal interessado na melhoria das condições de trabalho que é o próprio trabalhador. Como o Marco, que expôs sobre a experiência de Campinas, colocou, o modelo italiano teve um papel muito importante na definição dessa estratégia. Inclusive neste período vários técnicos da Secretaria Estadual da Saúde de São Paulo tiveram oportunidade, através de um convênio firmado com o governo italiano, de conhecer na Itália o funcionamento na prática do chamado modelo operário de saúde.

---

<sup>17</sup> Diretora-Geral de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Chapecó – SC

Nessa época os técnicos envolvidos com a implantação desses Programas de Saúde do Trabalhador tinham uma expectativa extremamente positiva, e trabalhávamos todos com a idéia de que essa área deveria ser utilizada como uma das orientações para o processo de reestruturação da saúde em curso na década de 80, que culminou com a 8.<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde, com as discussões e propostas da Constituinte, e com o SUS na Constituição de 1988.

Tanto é que uma das primeiras Conferências específicas a realizar-se depois da 8.<sup>a</sup> Conferência Nacional foi a 1.<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador.

Hoje, passados esses 10 anos, me pergunto onde foi que erramos. Será que nossa expectativa era excessivamente utópica ou a realidade de nosso país e da Saúde foi muito mais adversa do que podíamos imaginar naquela época? Esta é a reflexão que quero trazer para este plenário.

A meu ver, as adversidades colocadas pela forma como se deu a condução econômica e política do país, e o processo de construção do SUS, foram os determinantes no sentido dessa área de Saúde do Trabalhador ser marginal no nosso Sistema de Saúde.

Temos que refletir sobre o que ocorreu e continua ocorrendo com o mundo do trabalho ou, mais especificamente, com os trabalhadores brasileiros nos últimos 10 anos.

Estamos falando dos dois últimos anos do Governo Sarney, com inflação galopante e a compra dos 5 anos de mandato; dos dois anos do Governo Collor que representou um dos maiores atentados ao Estado Brasileiro; os dois anos de Itamar que nada fez para mudar esse quadro e os quatro anos de FHC que, com sua política econômica, tem levado à destruição tanto o parque industrial como a agricultura, elevando os índices de desemprego a patamares insuportáveis.

Realmente não imaginávamos que a desgraça poderia ser tamanha! Toda a luta por melhores condições de trabalho, por uma organização do processo de trabalho que considerasse o trabalhador como essencial, passa a ser totalmente secundária no momento que a possibilidade de ter um emprego assume absoluta prioridade na vida de milhões de trabalhadores, que vivem a insegurança e o desespero não só de perder seu posto de trabalho, mas também o risco de não conseguir voltar a ter um emprego nas mesmas condições. Os milhões de trabalhadores jogados no mercado informal, o processo de flexibilização das relações de trabalho e o desemprego foram fatais, ao meu ver, para as imensas dificuldades que a estratégia de Saúde do Trabalhador encontrou para estabelecer-se como linha norteadora do SUS.

Em relação ao processo de implantação do SUS, é fundamental considerar os avanços ocorridos nos últimos 10 anos com a descentralização da saúde, e o nível local assumindo de fato a gestão do Sistema. A busca da garantia da universalidade do acesso, as experiências municipais de organizar seus sistemas de saúde para atender as necessidades da população, tudo isto representou, sem sombra de dúvida, avanços na construção de um sistema de saúde com mais equidade e mais resolutivo.



Mas, se ocorreram esses avanços não podemos negar o peso extremamente significativo que teve a inexistência de uma política de financiamento capaz de responder às demandas de um sistema que propõe a universalidade da atenção. A forma como o Governo Federal e a maioria dos Governos Estaduais vem tratando a questão do financiamento da Saúde explica em grande medida as enormes dificuldades enfrentadas na construção do SUS.

Considerando que os recursos financeiros são extremamente escassos, e que há uma demanda crescente pressionando os gestores locais do SUS pelo atendimento de suas necessidades, estes gestores, ao definir prioridades de implantação de serviços e programas, acabam priorizando aquelas áreas onde a pressão é maior. Como a área de Saúde do Trabalhador não se tem constituído numa pressão organizada seja por atendimento seja por vigilância nos locais de trabalho, o que tem acontecido na imensa maioria dos municípios brasileiros, é que a Saúde do Trabalhador só consegue implantar-se onde existem pelo menos duas das seguintes condições: vontade política do gestor local do SUS, profissionais com interesse e/ou formação na área, demanda organizada dos trabalhadores por este tipo de atenção.

Gostaria de enfatizar que a implantação de Programas ou Centros de Referência de Saúde do Trabalhador são fundamentais para incorporação da estratégia de Saúde do Trabalhador na lógica dos serviços, seja na rede básica seja nas referências especializadas.

Hoje, passados 10 anos dessas experiências, é necessário apontar as contribuições e as limitações dos Programas ou Centros de Referência de Saúde do Trabalhador. Antes de mais nada, é necessário lamentar que essas experiências tenham ficado restritas a um número tão pequeno de municípios, pois se todos ou a maioria dos municípios brasileiros tivessem tido a possibilidade de experimentar esses Programas a saúde dos trabalhadores brasileiros provavelmente estaria em condições bem melhores que estão hoje.

Acho que a grande contribuição dos Programas ou Centros de Referência de Saúde do Trabalhador (CEREST) foi trazer para dentro do SUS a abordagem de uma problemática nova para a saúde pública que, tradicionalmente, esteve voltada para os grupos materno-infantil e para as grandes endemias. Além disso, houve, desde o início, uma proposta metodológica que preconizava desde o trabalho conjunto com os trabalhadores e suas entidades representativas, a integração da vigilância dos locais de trabalho e a atenção à saúde dos trabalhadores, a preocupação em organizar informações até a proposta em criar um novo campo do saber. Os municípios que implantaram seus CEREST e conseguiram garantir sua consolidação nestes 10 anos, no geral, conseguiram mudar a visão e o tratamento das questões referentes à problemática da saúde dos trabalhadores.

As duas principais limitações foram: não ter conseguido expandir-se por este Brasil afora, e, mesmo onde foram implantados os CEREST não terem conseguido incorporar-se nos serviços do SUS a concepção do trabalho como um dos determinantes fundamentais do processo saúde-doença.

Se considerarmos estas limitações como desafios, nossa tarefa para os próximos anos é implantarmos a estratégia da Saúde do Trabalhador nos serviços do SUS de todos municípios brasileiros; criarmos ou fortalecermos os Centros de Referência de Saúde do Trabalhador como locais de produção de informações e conhecimentos específicos da área, formação de recursos humanos e, mesmo, atendimento de referência em Saúde do Trabalhador; lutarmos para que o SUS tenha fontes seguras de financiamento, e aliarmo-nos a luta dos trabalhadores brasileiros por emprego e condições dignas de trabalho.

# ***OFICINAS DE TRABALHO***

## ***As práticas em Saúde do Trabalhador e os novos cenários***

A seguir, serão apresentados os textos-base que serviram de orientação para a discussão nas oficinas. Após os textos, apresenta-se o relatório das oficinas, discutidos e aprovados na plenária do encontro.



## **Assistência em Saúde do Trabalhador no SUS<sup>18</sup>**

*Maria Maeno Settimi<sup>19</sup>*

### **I Introdução**

O artigo 6.º, do parágrafo 3.º, da Lei 8.080/90, diz que as ações de Saúde do Trabalhador incluem a promoção, a proteção, a recuperação e a reabilitação, e no tocante aos dois últimos itens (recuperação e reabilitação-assistência), abrange o trabalhador vítima de acidente de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho.

Em princípio bastariam essas premissas e estariam resolvidos os problemas.

No entanto, após quase 10 anos de existência da Lei Orgânica de Saúde, constatamos que na maior parte do País, a assistência ao trabalhador continua precária, apesar da existência de várias experiências positivas, locais e regionais.

Este texto tem o objetivo básico de focalizar alguns aspectos dificultadores para a implantação de sistemas de assistência capazes de dar conta das necessidades dos trabalhadores e apontar diretrizes para discussão.

### **II Pontos de discussão**

#### **1 Conceitos**

Os conceitos de acidente de trabalho e doença profissional e do trabalho normalmente utilizados são os da Previdência Social.

No entanto, há necessidade do SUS estabelecer critérios para a definição de caso considerando o seu papel e não o da Previdência Social, que é o de conceder benefícios previdenciários.

Em relação ao acidente de trabalho, o SUS deve considerar:

- a população trabalhadora, não importando a existência ou não de vínculo empregatício ou o tipo, abrangendo o mercado formal e informal, funcionários públicos ou da iniciativa privada, temporários, autônomos, domésticos, rurais, etc.;
- Acidente do trabalho: todo aquele que decorre de determinadas condições ou situações no trabalho.

---

<sup>18</sup> Este documento foi solicitado pela comissão organizadora do Encontro Nacional de Saúde do Trabalhador a se realizar nos dias 16, 17 e 18 de junho de 1999, em Brasília, com o objetivo de nortear as discussões da Oficina de Assistência.

Agradecimentos pela leitura e sugestões: equipe do CEREST/SP, DST – CVS/SP, PST da SMS do Rio de Janeiro, PST da SMS de São Paulo, PST da SMS de Rio Claro, CRST – Campinas. Junho de 1999.

Em relação à doença relacionada ao trabalho, o SUS deve considerar:

- da mesma forma que no acidente de trabalho, a população trabalhadora, não importando a existência ou não de vínculo empregatício ou o tipo, abrangendo o mercado formal e informal, funcionários públicos ou da iniciativa privada, temporários, autônomos, domésticos, etc;
- doença relacionada ao trabalho: segundo a Organização Mundial de Saúde os distúrbios de saúde ou doenças relacionados ao trabalho dividem-se em duas categorias: doença profissional e doença do trabalho ou relacionada ao trabalho.

DOENÇA PROFISSIONAL	HÁ UM AGENTE CAUSAL ESPECÍFICO. EX.: SILICOSE (SÍLICA), ASBESTOSE (ASBESTO)
Doença do trabalho ou relacionada ao trabalho	Vários fatores laborais contribuem para a sua ocorrência. Ex.: LER/DORT, distúrbio psíquico

De acordo com a concepção que norteia essa classificação, os exemplos de **doenças profissionais** corresponderiam às doenças “inerentes” às atividades laborais pois, “necessariamente”, haveria exposição a esses agentes. Nesses casos, o nexos causal entre atividades e patologias seria automático. Essa suposta inevitabilidade tem sido contestada, pois hoje se sabe que a ocorrência dessas doenças associa-se, em geral, a situações de exposição descontrolada e que a inexistência de medidas de controle não decorre de impossibilidades técnicas, mas sim de opções gerenciais e políticas por parte de empresários e seus prepostos.

Já na categoria das **doenças do trabalho ou relacionadas ao trabalho**, são enquadrados os distúrbios nos quais não se identifica apenas um agente causal, mas vários, entre os quais os laborais.

*“As doenças do trabalho podem ser parcialmente causadas por condições de trabalho adversas; podem ser agravadas, aceleradas ou exacerbadas por exposições nos locais de trabalho; podem diminuir a capacidade laboral.” (OMS. Identification and control of work related diseases. **Report**. Geneva; 1985. (WHO - Technical Report Series, 714).*

O reconhecimento pela Previdência Social de que determinados distúrbios de saúde se relacionam ao trabalho depende de negociações entre governos, representantes de trabalhadores, empregadores e profissionais de saúde, e também da maneira como se dá a incorporação do avanço do conhecimento sobre essas doenças. Implica em concessão de benefícios previdenciários e se aplica a uma parte da população trabalhadora.

---

<sup>19</sup> Coordenadora do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (CEREST/SP).

O reconhecimento pelo SUS deve seguir a lógica da prevenção, isto é, o raciocínio passa pela seguinte questão: em que medida alguma condição ou situação no trabalho pode ter contribuído para a ocorrência ou agravamento de determinado tipo de adoecimento.

Um ponto de partida pode ser a lista de agravos à saúde decorrentes de condições de trabalho organizada pelo Ministério da Saúde e publicada no decreto 3.048, de 6 de maio de 1999, que aprova o regulamento da Previdência Social.

Assim, do ponto de vista da assistência, para o SUS, não há diferença entre um camêlo que sofre uma fratura de perna por ter sua barraca desabado sobre a mesma, e um trabalhador de empresa metalúrgica, com carteira profissional assinada, que sofre uma fratura de mão por queda. Devem ter igual tratamento e reabilitação. Assim, como não há diferença entre um trabalhador que trabalha em pedreira que adquire silicose, com ou sem carteira de trabalho assinada. Em todos esses casos, os trabalhadores devem receber assistência à sua saúde. O que muda é o encaminhamento para a Previdência Social, que deverá ser feito nos casos do trabalhador da empresa metalúrgica e no trabalhador de pedreira com carteira de trabalho assinada.

## **2 Características dos serviços assistências em Saúde do Trabalhador do SUS**

a) Um primeiro aspecto é a existência de uma rede de serviços de saúde frequentemente sem recursos e meios para prestar assistência à população em geral, sem sistema de referência e contra-referência definido. Na maioria das vezes, apesar de também precários, os serviços de emergência acabam sendo os únicos com alguma capacidade de responder à demanda e com algum poder de resolutividade. A rede básica e os serviços ambulatoriais de referência secundária são insuficientes, ineficazes e esvaziados de recursos humanos, o que gera uma sobrecarga dos serviços de emergência e a procura dos mesmos por pacientes sem patologia de emergência.

Assim, o SUS é parcialmente capaz de apoiar um paciente em crise hipertensiva, mas incapaz de acompanhar esse paciente a médio prazo, dando-lhe informações e propiciando o controle da hipertensão. Esse paciente, diante das dificuldades e filas de espera dos serviços da rede básica e dos ambulatorios, desistirá de realizar um tratamento regular e novamente procurará um serviço de emergência por ocasião de uma nova crise hipertensiva.

b) No caso de acidentes traumáticos, o SUS é capaz de dar um primeiro atendimento, mas não é capaz de oferecer acompanhamento do caso, o que frequentemente contribui para o prolongamento do tempo de incapacidade funcional e laboral e a ocorrência de seqüelas. Assim, o SUS é capaz de socorrer um paciente com fratura de perna, porém é incapaz de devolvê-lo à sociedade recuperado e reabilitado (frequentemente o paciente não dispõe de serviço que possa avaliar o momento de retirada do gesso e sua recuperação, dar-lhe tratamento fisioterápico e propiciar reabilitação adequada).

c) No caso de acidentes do trabalho, a situação é semelhante à relatada no item anterior, com o agravante de que frequentemente vários procedimentos importantes não são realizados tais como:

- registro desses acidentes como do trabalho nas fichas de atendimento, mesmo quando essa informação é solicitada nessas fichas ou outro instrumento;
- notificação aos setores responsáveis pela vigilância em saúde;
- notificação aos órgãos seguradores (Previdência Social, Departamento de Perícias Médicas de funcionários públicos etc.).

d) No caso de doenças relacionadas ao trabalho, além das dificuldades comuns apontadas anteriormente, há falta de preparo e capacitação dos profissionais de toda a rede de serviços para diagnóstico, tratamento e gerenciamento da relação paciente com doença relacionada ao trabalho e empresa. Por exemplo, o profissional de saúde teria que estar preparado para suspeitar de uma perda auditiva induzida por ruído, saber encaminhar o paciente a um serviço da rede capaz de fazer o diagnóstico que, por sua vez, frente ao diagnóstico, teria que notificar aos órgãos responsáveis pela vigilância e ao órgão segurador para eventual benefício.

e) Falta de recursos humanos e materiais em todo o sistema.

g) Dificuldades de gestão tanto dos municípios como dos estados: falta de clareza dos papéis dos gestores municipais e estaduais.

h) Dificuldades gerenciais do sistema.

### **III Possíveis soluções**

#### **1 Considerações iniciais**

Tomaremos como base a Norma Operacional de Saúde do Trabalhador no SUS (NOST-SUS), complementar à Norma Operacional Básica do SUS (NOB-SUS) número 01/96, que tem por objetivo orientar e instrumentalizar a realização das Ações de Saúde do Trabalhador urbano e rural, considerando as diferenças de gênero, pelos municípios, distrito federal e estados, as quais devem nortear-se pelos seguintes pressupostos básicos:

- a) “Universalidade e equidade, onde todos os trabalhadores, urbanos e rurais, com carteira assinada ou não, empregados, desempregados ou aposentados, trabalhadores em empresas públicas ou privadas, devem ter acesso garantido a todos os níveis de atenção à saúde;
- b) Integralidade das ações, tanto em termos do planejamento quanto da execução, com um movimento constante em direção à mudança do modelo assistencial para a atenção integral, articulando ações individuais/curativas com ações coletivas de vigilância em saúde, uma vez que os agravos à saúde, advindos do trabalho são essencialmente preveníveis;



- c) Direito à informação sobre a saúde, por meio da rede de serviços do SUS, adotando como prática cotidiana o acesso e o repasse de informações aos trabalhadores, sobretudo, os riscos, os resultados de pesquisas que são realizadas e que dizem respeito direto à prevenção e promoção da qualidade de vida;
- d) Participação e controle social, reconhecendo o direito de participação dos trabalhadores e suas entidades representativas em todas as etapas do processo de atenção à saúde, desde o planejamento e estabelecimento de prioridades, o controle permanente da aplicação dos recursos, a participação nas atividades de vigilância em saúde, até a avaliação das ações realizadas;
- e) Regionalização e hierarquização das Ações de Saúde do Trabalhador, desde as básicas até as especializadas, que serão desenvolvidas na rede de serviços, organizadas em um sistema de referência e contra-referência, local e regional;
- f) Utilização do critério epidemiológico e de avaliação de riscos no planejamento e na avaliação das ações, no estabelecimento de prioridades e na alocação de recursos;
- g) Configuração da Saúde do Trabalhador como um conjunto de ações de vigilância e assistência, visando à promoção, à proteção, à recuperação e à reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos a riscos e agravos advindos do processo de trabalho.”

## **2 Papéis dos gestores**

Em relação ao papel dos gestores federal, estaduais e municipais, a NOST-SUS traz esclarecimentos detalhados.

### **Municípios:**

a) Na **Gestão Plena da Atenção Básica**, os municípios devem garantir as seguintes ações em Saúde do Trabalhador:

“garantir o atendimento ao acidentado do trabalho e ao suspeito ou portador de doença profissional ou do trabalho, através da rede própria ou contratada, dentro de seu nível de responsabilidade da atenção, assegurando todas as condições necessárias para o acesso aos serviços de referência, sempre que a situação exigir;

realizar ações de vigilância aos ambientes e processos de trabalho, compreendendo a identificação das situações de risco e a tomada de medidas pertinentes para a resolução da situação;

notificar os agravos à saúde e os riscos relacionados com o trabalho e alimentar, regularmente, o sistema de informações dos órgãos e serviços de vigilância, assim como a base de dados de interesse nacional;

estabelecer prática rotineira de sistematização e análise dos dados gerados no atendimento aos agravos à saúde relacionados ao trabalho, de modo a orientar as intervenções de vigilância, a organização dos serviços e das demais ações em Saúde do Trabalhador.”

b) Na **Gestão Plena do Sistema Municipal**, os municípios devem assumir, além das já previstas pela condição de Gestão Plena da Atenção Básica, as seguintes ações de Saúde do Trabalhador:

“realizar a emissão de laudos e relatórios circunstanciados sobre os agravos relacionados com o trabalho ou limitações (seqüelas) deles resultantes, por meio de recursos próprios ou do apoio de outros serviços de referência;

criar e operacionalizar um sistema de referência para o atendimento ao acidentado do trabalho, e ao suspeito ou portador de doença profissional ou do trabalho, capaz de dar suporte técnico especializado para o estabelecimento da relação do agravo com o trabalho, a confirmação diagnóstica, o tratamento, a recuperação e a reabilitação da saúde; assim como para a realização dos encaminhamentos necessários que a situação exigir;

realizar, sistematicamente, ações de vigilância aos ambientes e processos de trabalho, compreendendo o levantamento e análise de informações, a inspeção nos locais de trabalho, a identificação e avaliação das situações de risco, a elaboração de relatórios e a aplicação de procedimentos administrativos (termo de notificação, auto de infração, aplicação de multa ou de interdição, conforme a situação exigir);

criar e manter atualizado cadastro das empresas classificadas nas atividades econômicas desenvolvidas no município, associando ainda os fatores de risco por elas gerados e o contingente populacional, direta ou indiretamente, a eles submetidos;

utilizar os dados gerados nas atividades de atenção à Saúde do Trabalhador, com vistas a subsidiar a programação e avaliação das ações de saúde neste campo, e alimentar os bancos de dados de interesse nacional.

Para facilitar a viabilização das atribuições acima, recomenda-se a criação de um Núcleo de Referência Técnico-Operacional de Saúde do Trabalhador, habilitando, assim, o município ao recebimento de um acréscimo de 1% de teto financeiro do município, a título de índice de valorização de resultados-IVR, definido pela Comissão Intergestores Bipartite.”

#### **Estados:**

Os estados, nas condições de **Gestão Avançada e Plena do Sistema Estadual**, através das suas Secretarias de Saúde, assumirão as seguintes ações de Saúde do Trabalhador, respeitadas as

responsabilidades e prerrogativas, bem como os procedimentos operacionais dos municípios inclusos nas condições de gestão previstas:

“controlar a qualidade das Ações de Saúde do Trabalhador desenvolvidas pelos municípios, preconizadas nesta Norma, conforme mecanismos de controle e avaliação definidos em conjunto com as Secretarias Municipais de Saúde;

promover a definição, conjuntamente com os municípios, de mecanismos de referência e contra-referência, bem como outras medidas necessárias para assegurar o pleno desenvolvimento das Ações de Assistência e Vigilância em Saúde do Trabalhador;

capacitar os recursos humanos, no seu âmbito, para a realização das ações de Saúde do Trabalhador;

estabelecer prática rotineira de sistematização, processamento e análise dos dados sobre Saúde do Trabalhador, gerados nos municípios e no seu próprio âmbito, e alimentar, regularmente, a base de dados nacional;

elaborar o perfil epidemiológico da saúde dos trabalhadores no estado, a partir de fontes de informação existentes e, se necessário, através de estudos específicos, com vistas a subsidiar a programação e avaliação das ações de atenção à Saúde do Trabalhador;

prestar cooperação técnica aos municípios, para o desenvolvimento das Ações de Saúde do Trabalhador;

criar e manter atualizado cadastro das empresas, classificadas nas atividades econômicas desenvolvidas no Estado, associando ainda os fatores de risco por elas gerados e o contingente populacional, direta ou indiretamente, a eles submetidos.

Para facilitar a viabilização das atribuições acima, recomenda-se a criação de um Centro de Referência Técnico Operacional em Saúde do Trabalhador, habilitando, assim o estado, nas condições de Gestão Avançada e Plena do Sistema Estadual, ao recebimento de um acréscimo de 1% do teto financeiro do Estado, a título de Índice de Valorização de Resultados (IVR).

Aos estados que num prazo a ser determinado e critérios a serem definidos pela Comissão de Intergestores Tripartite, estimular a implementação de Núcleo de Referência Técnico-Operacional em Saúde do Trabalhador, previsto no art. 3.º, 1.º, receberá um acréscimo de 0,5% do teto financeiro do estado, a título de Índice de Valorização de Resultados (IVR).”

#### **IV Experiências**

As experiências nos municípios e estados que têm atuação em Saúde do Trabalhador vêm demonstrando que a NOST-SUS aponta diretrizes coladas às necessidades reais.

Os Centros de Referência, Programas e Núcleos em Saúde do Trabalhador têm trabalhado, em linhas gerais, dentro do preconizado na NOST-SUS, e têm se constituído em importantes pólos de difusão técnica e cultural. A busca da integralidade das ações e da prática interdisciplinar tem sido constante. No entanto, freqüentemente têm encontrado pouco respaldo das estruturas das Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde que, muitas vezes, “delegam” as atribuições nesse campo, como se fossem específicas e exclusivas dos pólos de referência. Muitas vezes assim, esses pólos de referência acabam se tornando porta de entrada e não só referência especializada.

No que se refere à assistência, por exemplo, organizar uma rede de referência e contra-referência para atendimento ao acidentado do trabalho nos municípios não é tarefa apenas dos pólos de referência em Saúde do Trabalhador. Pelo contrário, deve envolver toda a estrutura das Secretarias Municipais de Saúde. Do mesmo modo, o processo de organização de redes de referência e contra-referência regionais para atendimento ao acidentado do trabalho deve envolver os municípios e direções regionais da Secretaria de Estado da Saúde. A mesma premissa é válida para a organização de uma rede de referência e contra-referência para o diagnóstico de doenças relacionadas ao trabalho. É fundamental a integração entre os pólos de referência e a estrutura hierárquica das Secretarias de Saúde municipais e estaduais.

Assim, a incorporação da questão “Saúde do Trabalhador” pelas Comissões Intergestores Bipartite (estados e municípios) é imprescindível para a implantação de ações nesse campo no SUS. Nesse sentido, chamamos a atenção para a “Declaração conjunta do Ministério da Saúde e dos Secretários Estaduais de Saúde”, de 2 de março de 1999, na qual se estabelece compromisso referente a vários itens, entre os quais “desenvolver ações de promoção e proteção à saúde dos trabalhadores visando à redução dos riscos, acidentes e doenças relacionadas ao trabalho”.

#### **V Controle social**

Nas disposições finais da NOST-SUS, o artigo 10.º recomenda a “criação da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador, com a participação de instituições e entidades que tenham interfaces com a área de Saúde do Trabalhador, subordinada aos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, com a finalidade de assessorá-lo na definição das políticas, no estabelecimento de prioridades e no acompanhamento e avaliação das ações de Saúde do Trabalhador.”

As experiências de conselhos gestores de unidades de saúde, de referência ou não em Saúde do Trabalhador, devem ser consideradas para que cada vez mais os mecanismos de participação da sociedade nos rumos do sistema de saúde sejam aprimorados.

## **VI Considerações Finais**

Finalizando, no que concerne à Assistência em Saúde do Trabalhador, a prática dos Centros, Núcleos e Programas de Referência em Saúde do Trabalhador tem colocado por terra a falsa premissa de que aos municípios caberia a execução das ações e aos estados caberiam a normatização, articulação e cooperação técnica. Os pólos de referência tanto municipais como estaduais têm se empenhado em executar ações de assistência, não com o objetivo de atender à demanda existente, pois essa seria uma atribuição de toda a rede do SUS, mas de desenvolver tecnologia e conhecimento, de modo a se constituírem em referências reais e não burocráticas. Tanto aos municípios como aos estados compete legislar e normatizar, complementarmente, as Ações de Saúde do Trabalhador, no seu âmbito de atuação, com o objetivo de assegurar a proteção à saúde dos trabalhadores e das trabalhadoras (artigo 8.º da NOST-SUS).

Para que as ações em Saúde do Trabalhador na área da Assistência sejam incorporadas pela rede do SUS é fundamental que:

- sejam objeto de discussão das comissões intergestores bipartite, com incorporação efetiva das atribuições definidas na NOST-SUS pelas Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, levando-se em conta a realidade de cada município e estado, onde podem estar sendo implantados sistemas de saúde polêmicos, considerados variantes do SUS por alguns e privatizantes para outros;
- haja clareza dos papéis das SES e SMS;
- haja garantia do recebimento dos recursos por meio das fontes de transferências, já constituídos legalmente em cada esfera de governo e a definição de mecanismos que garantam que os recursos provenientes destas fontes sejam aplicados no desenvolvimento das ações de Saúde do Trabalhador estabelecidas nos Planos de Saúde;
- haja integração entre as ações de Saúde do Trabalhador e as demais do SUS;
- haja fortalecimento dos pólos de referência em Saúde do Trabalhador, em geral denominados Centros de Referência, capazes de dar suporte técnico especializado nas ações de capacitação;
- haja aprimoramento cada vez maior dos mecanismos de controle social nas estruturas municipais e estaduais.

## Vigilância em Saúde do Trabalhador – O que está por vir...

*Fátima Sueli Neto Ribeiro*<sup>20</sup>

*Armenes Ramos Junior*<sup>21</sup>

*Tarcísio Pinheiro*<sup>22</sup>

*Tarcísio Buschinelli*<sup>23</sup>

Ao preparar um sucinto documento de debate para o Encontro Nacional de Saúde do Trabalhador, cabe delimitar que o objetivo maior é iniciar o debate. A demarcação dos princípios básicos e o registro das atividades e dos horizontes se dão em função das práticas acumuladas pelos serviços, universidades, sindicatos, enfim, da apropriação da extensa produção técnico-científica da área.

### Apresentando o terreno

A área atinente a esta reflexão é a Saúde do Trabalhador, entendida como:

*“área de conhecimento e aplicação técnica que dá conta do entendimento dos múltiplos fatores que afetam a saúde dos trabalhadores e seus familiares, independente das fontes de onde provenham, das conseqüências da ação desses fatores sobre tal população (doenças) e das variadas maneiras de atuar sobre estas condições (determinantes e doenças), no sentido de prevenir e identificar sua ocorrência e reparar seus resultados (ações terapêuticas, de reabilitação e readaptação)”(Tambellini, 1986:9).*

No aspecto legal, Saúde do Trabalhador é considerado “um conjunto de atividades que se destina, através de ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores” (Brasil, 1990). Claramente distinta, em seus marcos paradigmáticos, da medicina do trabalho, da engenharia de segurança e da saúde ocupacional, conforme detalharam Mendes & Dias (1991); Vasconcelos & Ribeiro (1997), Pinheiro (1996).

A literatura e a prática da área de Saúde do Trabalhador evidenciam a imperiosa necessidade de articulação entre as três vertentes das práticas em serviços de saúde: as Vigilâncias Epidemiológica, Sanitária e a assistência básica.

---

<sup>20</sup> Programa de Saúde do Trabalhador SES/Rio de Janeiro

<sup>21</sup> Programa de Saúde do Trabalhador SMS/Curitiba

<sup>22</sup> Faculdade de Medicina UFMG

<sup>23</sup> Fundacentro DVST-SES/SP

O tema desenvolvido neste ensaio está circunscrito às ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador que se desenvolvem enquanto uma prática do Estado.

No que tange à Vigilância Epidemiológica, os instrumentos mais utilizados são as Comunicações de Acidente de Trabalho (CAT), não obstante o seu caráter eminentemente pecuniário. A importante subnotificação deste instrumento é agravada pela exclusão dos trabalhadores informais, trabalhadores rurais e servidores públicos. Mesmo assim, diversos Programas de Saúde do Trabalhador (PST) as vêm utilizando como fonte importante de orientação das ações.

Instrumento típico do Sistema Único de Saúde (SUS), o boletim individual de agravo é utilizado apenas nos Estados do Rio de Janeiro, Paraná e Bahia, onde os acidentes de trabalho e as doenças ocupacionais são de notificação compulsória.

Por Vigilância Epidemiológica entende-se “um conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos” (Ministério da Saúde, 1998).

A Vigilância Sanitária é um campo ainda pouco vivenciado pela área. O modelo da Vigilância Sanitária e da Fiscalização do Ministério do Trabalho ainda são as estratégias seguidas pela grande maioria dos PST que realizam intervenção nos ambientes de Trabalho, seja pela própria orientação do SUS, seja articulado com o Ministério Público.

Por Vigilância Sanitária, a Constituição Federal define: “um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde”. (Ministério da Saúde, 1998).

A delimitação do objeto de intervenção da vigilância a partir do espaço geográfico levou Mendes (1997) a conceituar a Vigilância à Saúde como: “uma resposta social, portanto um modelo de intervenção (processos de trabalho em saúde sob a forma de operações) sobre problemas (de enfrentamento contínuo) num dado território”.

Machado (1996) alertou para o perigo de equiparar a Vigilância em Saúde do Trabalhador às concepções restritas de vigilância da saúde, vigilância médica (de agravos) e a vigilância epidemiológica. Mais do que uma questão semântica, esta redução gera conseqüências na competência institucional para a intervenção nos ambientes de trabalho.

A partir do entendimento da imbricada relação ente saúde e ambiente, emerge a proposta de Vigilância Ambiental.

Por Vigilância Ambiental, a Fundação Nacional de Saúde (1999) considera “... um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer

mudança em fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde do homem, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças e agravos.”

No âmbito da Saúde do Trabalhador, já se tem estabelecido pela portaria 3.120/MS que “Vigilância em Saúde do Trabalhador compreende uma atuação contínua e sistemática, ao longo do tempo, no sentido de detectar, conhecer, pesquisar e analisar os fatores determinantes e condicionantes dos problemas de saúde relacionados aos processo e ambientes de trabalho, em seus aspectos tecnológico, social e epidemiológico, com a finalidade de planejar, executar e avaliar as intervenções sobre esses aspectos, de forma a eliminá-los ou controlá-los”. (Ministério da Saúde, 1998a)

Desta forma, a Vigilância em Saúde do Trabalhador se distingue das vigilâncias e de outras disciplinas do campo da relação trabalho-saúde pela delimitação de seu objeto específico na “investigação e intervenção na relação entre o processo de trabalho e a saúde” (Machado, 1996). Entende-se como trabalho os processos produtivos organizados ou informais, urbanos ou rurais e por saúde as mudanças no potencial máximo de vida dos trabalhadores e seus descendentes, da população exposta aos contaminantes oriundos direta ou indiretamente do processo de trabalho.

### **A prática dos serviços**

A partir da década de 80, é perceptível um intenso crescimento da área de Vigilância em Saúde do Trabalhador. Porém, quando comparada com as práticas de assistência ainda é possível considerar a vigilância como uma prática incipiente, que vem ocupando um espaço periférico e mal definido dentro dos modelos de atenção à saúde no Brasil.

Mesmo que as proposições teóricas e alguns projetos (p.ex. VIGISUS) sinalizem para a articulação entre as diversas vigilâncias, no cotidiano dos Serviços de Saúde a implementação desta prática articulada ainda é emergente. Na instância municipal, esta integração ocorre porque, muitas das vezes, a mesma pessoa ou uma equipe muito reduzida revezam na realização de todas as ações de Saúde Pública. Contudo, em municípios maiores, nas capitais e no nível estadual, o trabalho articulado ainda não deslanchou.

O cotidiano das práticas de fiscalização, salvo ações isoladas, ainda reproduz o modelo centralizador, punitivo e isolado do Ministério do Trabalho, conforme descrito em Vasconcelos e Ribeiro (1997). A grande maioria dos Serviços de Saúde do Trabalhador ainda não viabiliza a prática interdisciplinar, pluriinstitucional e articulada com o controle social, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde (1998), Vasconcelos & Ribeiro (1997) e Machado (1996).

Os modelos de intervenção nos ambientes de trabalho, discutidos em Pinheiro (1996), sinalizam que o tímido avanço observado já imprimiu resultados significativos mesmo que apenas ensaiando este novo instrumental.



Os instrumentos de coerção (p.ex. autos de intimação, infração, interdição) ainda não foram apropriados, por completo, pela Vigilância em Saúde do Trabalhador. Isto decorre, entre outros, do fato da Vigilância em Saúde do Trabalhador não se configurar como uma área especializada de intervenção da Vigilância Sanitária.

Por sua vez, a atuação da Saúde do Trabalhador nos determinantes sanitários, ou mesmo nas causas mais imediatas e evidentes, sofre uma forte resistência, mascarada de discussão de competências, e é enfrentada de maneira distinta e evolutiva pela equipe de Saúde do Trabalhador (Machado, 1996).

O conflito fundamental situa-se na atitude repressiva e pontual das práticas do Ministério do Trabalho e da Vigilância Sanitária Tradicional em contraposição à prática social e dinâmica do SUS.

Uma crítica às ações, assumida pela própria equipe, é a da pouca visibilidade do processo de mudança decorrente de uma ação de Vigilância em Saúde do Trabalhador, além de seu caráter insidioso, longo e amplo. Para enfrentar esta crítica é necessário redirecionar o foco do debate. Uma ação complexa que interfere na gênese do conflito capitalista jamais poderia ser linear e sucessiva.

A evolução das ações ocorre em “movimentos fagocitários”, enquanto uma vertente da ação evolui, o outro mobiliza pouco. Num segundo momento, o lado em atraso evolui e ultrapassa a vertente que avançou. Desta forma, o salto diferenciado deve ser visto a partir da avaliação do “antes e depois”, das conseqüências incorporadas pelos atores e, também pelas modificações implementadas na totalidade do processo e da organização do trabalho. Logo, o tempo e o movimento das ações seguem um lógica mais próxima da “fuzzi” do que da cartesiana.

No que tange às informações, no âmbito dos instrumentos do SUS, poucos estados implementam o Boletim do SINAN como instrumento privilegiado de registro dos agravos relacionados à Saúde do Trabalhador. Os demais bancos de dados do Sistema Nacional de Informação, além de difícil acesso, possuem um baixo índice de manuseio pelos técnicos da área.

A ampliação da lista de notificações compulsória para as várias modalidades de doenças relacionadas com o trabalho vem sendo realizado por alguns Estados. Além da notificação realizada pelos serviços públicos ou privado, é possível ampliar a estratégia de notificação de acidentes para profissionais habilitados e/ou representação da sociedade organizada, conforme utilizado pela Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (Resolução SES 1.331 de 11/4/99). Por outro lado, a simples notificação sem uma investigação clínica mais incisiva dos casos é pouco eficaz.

As práticas pluriinstitucionais, organizadas e sistematizadas segundo a lógica prevista nas normas legais da Saúde do Trabalhador não se configuram estratégias de fácil execução, pois cada instituição (universidade, órgão ambiental, previdência social, etc.) trás em seu bojo vícios e conflitos que nem sempre são compatíveis com a prática do SUS. Por sua vez, a Saúde do Trabalhador no SUS

carece desta articulação pactuada, bem articulada e constante. Experiências promissoras vêm sendo desenvolvidas como: o Conselho Estadual de Saúde do Trabalhador do Estado do Rio de Janeiro, a Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador (CIST) do Paraná e de Minas Gerais, a Plenária de Saúde do Trabalhador do Município de São Paulo, entre outras. Cada uma destas se conformou segundo os embates sociais e os interesses de uma época e de uma realidade social.

A questão do controle social é permeado de questionamentos relativos à dinâmica do movimento sindical e a sua interferência no desenvolvimento da ação de fiscalização. Se a ação fiscal, para os técnicos, é uma etapa cujo fim é a mudança do processo ou da organização causadora do dano, para o movimento social ela pode ser um momento de legitimidade junto às bases e um fim em si mesma. As conseqüências da interrupção da ação deixam atordoado o técnico que incorporou a metodologia conjunta enquanto paradigma da prática.

A Vigilância em Saúde do Trabalhador se insere nas práticas de um Estado que pode ser modificado a qualquer momento pela sociedade, dependendo da correlação de forças entre o capital e o trabalho. Desta forma, quanto mais a Vigilância em Saúde do Trabalhador avança no sentido de intervir nos ambientes de trabalho mais conflitos trará à tona (Pinheiro, 1996).

O atual momento político-social do Estado brasileiro traz novos desafios à prática da Vigilância. A intensificação da acumulação do capital, o aumento do desemprego, a fragmentação e a insustentabilidade do modelo sindical, conforme concebido na década de 30, a “flexibilização” das relações de trabalho, a intensa terceirização, o convívio de modos de produção avançados com outros profundamente retrógrados, são questões que impelem a ação técnica a criar (e recriar) cotidianamente suas estratégias de trabalho.

### **Assumindo os limites...**

A Vigilância na prática da Saúde Pública ainda delimita seu objeto em torno da busca de identificação dos “fatores de risco” e, desta forma, pouco evoluiu para a identificação e alteração dos fatores determinantes mais básicos. Este limite, longe de representar uma restrição técnica situa-se nas dificuldades de atualizar as rotinas institucionais do Estado, restritivo na alocação de recursos para a área da saúde, o que possibilitaria a modernização de seus instrumentos e a capacitação eficiente de seus técnicos.

No âmbito do SUS caberia à Vigilância em Saúde do Trabalhador abordar diretamente a delicada tarefa de intervir sobre os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença-trabalho (Pinheiro, 1996).

Os pressupostos das ações de Saúde do Trabalhador no SUS estão bem descritos no Art. 1.º da Norma Operacional Básica em Saúde do Trabalhador (NOST), especialmente no que tange: à universalidade e equidade; à integralidade das ações; ao direito à informação sobre a saúde, sobretudo os riscos, resultados de pesquisas que dizem respeito diretamente à prevenção e à

promoção da qualidade de vida; controle social; regionalização e hierarquização das ações de Saúde do Trabalhador; utilização do critério epidemiológico e de avaliação de riscos no planejamento e na avaliação das ações, estabelecimento de prioridades e alocação de recursos; configuração da Saúde do Trabalhador como um conjunto de ações de vigilância e assistência, visando à promoção, à proteção, à recuperação e à reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos a riscos e agravos advindos do processo de trabalho (Ministério da Saúde, 1998b).

Estes princípios, ainda que unanimemente aceitos, vêm sendo viabilizados apenas pontualmente e de forma não sistemática. Sua exaltação nem sempre é seguido do compromisso de viabilização. A inserção de valores como democratização das informações, promoção da qualidade de vida e atuação sob controle social vêm de encontro à formação técnica monodisciplinar, isolada e autônoma. Por sua vez, o espaço institucional implementa uma dinâmica veloz e de tal forma imbricado em rotinas e burocracias que tornam a prática dos princípios da NOST inexecutáveis.

O insuficiente investimento governamental no setor saúde, pode ser sentida nos instrumentos obsoletos e na dificuldade de atualização técnica, o que torna a prática de Saúde do Trabalhador mais uma prioridade pessoal do que uma “missão” institucional. E, a partir desta quebra de compromisso, a falta de respaldo, os incessantes boicotes não podem representar desmobilização, mas uma certeza de que o movimento é contra-hegemônico e reiterar a necessidade de intervir nos fatores determinantes dos acidentes como indicador da qualidade da gestão da produção.

Por sua vez, as fiscalizações dos ambientes de trabalho realizadas pelo SUS, ainda que avancem mais do que a metodologia utilizada pelo Ministério do Trabalho, conforme sinalizaram Vasconcelos & Ribeiro (1997) porquanto realiza ações interdisciplinares, pluriinstitucionais, sob controle social e segundo planejamentos tácitos, ainda não sistematizou procedimentos intramuros e pouco avança em relação à checagem do cumprimento das Normas Regulamentadoras.

As metodologias de avaliação dos locais de trabalho vêm incorporando importantes avanços da ergonomia francesa, da psicodinâmica do trabalho, operacionalizando conceitos de processo e organização do trabalho por meio de abordagens sistêmicas de posto de trabalho (Machado 1996). Contudo, a base das práticas quali e quantitativamente ainda possui o horizonte do modo higienista americano de determinar doses e níveis de tolerância.

As informações-alvo de uma ação de fiscalização do SUS ainda se restringem à análise de morbimortalidade com ênfase, quase absoluta, na clínica e nas estatísticas dos acidentes de trabalho. Dados, quase sempre disponíveis, no Serviço Especializados de Medicina do Trabalho e Engenharia de Segurança (SESMT) das empresas.

As tentativas de aproximação das ações de fiscalização do SUS com o setor trabalho, tem representado um desgaste constante. O impasse e os conflitos permanecem.

## **Ensaçando a superação**

É importante reconhecer que a vigilância não é uma prática abstrata, completamente autônoma e descontextualizada. A Vigilância em Saúde do Trabalhador é uma prática social, específica de uma sociedade, num determinado espaço e tempo, tendo como objeto interesses contrários gerados a partir da relação capital/trabalho (Pinheiro, 1996).

Um novo foco ilumina os fatores que pareciam decretar o fracasso do modelo de ação preconizado pelo SUS. Sob a ótica da complexidade, da ergonomia cognitiva e da transdisciplinaridade, o que era tido como lentidão passa a ser entendido como um novo movimento, o que se decretava como resistência à mudança já é reconhecido como subjetividade, a “conscientização” é revista a partir dos valores dos trabalhadores e questionada a imposição dos procedimentos técnicos prescritos sem a vivência do real.

Os instrumentos de intervenção não se limitam à checagem de regras legais. A prática de fiscalização passa a pautar-se nos instrumentos de controle da produção, superando as estratégias de fraudes. As formas de gerenciamento de risco podem ser avaliadas a partir de “relatórios de ocorrências anormais” e “permissões de trabalho”. A confrontação destes instrumentos permite recompor o desgaste material, os procedimentos de manutenção e de rotina e as possíveis falhas causadoras de acidentes.

Desta forma, assumimos o entendimento de que mais do que reafirmar as práticas da área, à Saúde do Trabalhador cabe reafirmar os princípios e a viabilização do Sistema Único de Saúde.

# Bibliografia

- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.3.120, de 1º de julho de 1998. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, n.124, 2 jul. 1998. Seção 1, p. 36-38.
- \_\_\_\_\_. Portaria n. 3.908 de 30 de outubro de 1998. Norma Operacional de Saúde do Trabalhador (NOST/SUS). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, n. 215, 10 nov. 1998. Seção 1. Anexo.
- BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. *Projeto VIGISUS: área programática estruturação sistêmica da vigilância ambiental*. Brasília : FUNASA, 1999. 14 p. Mimeografado.
- BRASIL. Ministério da Saúde ; Fundação Nacional de Saúde; Centro Nacional de Epidemiologia. *Guia de vigilância epidemiológica*, 4.ed. Brasília : Ministério da Saúde, 1998.
- MACHADO, J. M. H. *A heterogeneidade da intervenção: alternativas da vigilância em saúde do trabalhador – 1996*. Tese. (Doutorado) – Fiocruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1996.
- MENDES, E. V. A construção social da vigilância à saúde no distrito sanitário. In: ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. *A vigilância no distrito sanitário*. Brasília : OPAS, 1977. P. 7-19.
- MENDES, R. ; DIAS, E. C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 25, n.5, p. 3-11, 1991.
- PINHEIRO, T. M. M. *A vigilância em saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS): a vigilância do e o conflito da vigilância*. 1996. Tese. (doutorado em saúde coletiva). Universidade de Campinas, Campinas, 1996.
- TAMBELLINI, A. A. M. *Política Nacional de Saúde do Trabalhador : análises e perspectiva*. Rio de Janeiro : ABRASCO, Fiocruz, 1986.
- TAMBELLINI, A. M. ; CÂMARA, V. M. A temática saúde e ambiente no processo de desenvolvimento do campo da saúde coletiva : aspectos históricos, conceituais e metodológicos. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 3, n.2, p. 47-59, 1998.
- VASCONCELLOS, L. C. F.; RIBEIRO, F. S. N. Investigação epidemiológica e intervenção sanitária em saúde do trabalhador : o planejamento segundo bases operacionais. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 3, n.2, p. 269-275, 1997.

## **Informação e Comunicação em Saúde do Trabalhador**

*Jandira Maciel da Silva<sup>24</sup>*

*José Carlos do Carmo<sup>25</sup>*

*Conceição Maria Socorro Ávila<sup>26</sup>*

*M.Paula S.Pozzi<sup>27</sup>*

### **I Histórico de Informação e Comunicação em Saúde do Trabalhador**

A exposição de homens, mulheres e crianças aos diferentes riscos presentes nos locais de trabalho expressa-se em sofrimentos, acidentes e doenças de trabalho. O limitado e deficiente conhecimento destes riscos e danos à saúde relacionados com o trabalho tem importantes implicações para o Sistema Único de Saúde, no que se refere ao planejamento das ações de assistência, de vigilância e de intervenção sobre ambientes insalubres e inseguros.

As profundas transformações dos setores produtivos, com a incorporação de novas tecnologias têm colocado os trabalhadores frente a novos riscos de adoecer e morrer.

Essa reestruturação produtiva acarreta danos à saúde dos trabalhadores, cuja dimensão se faz difícil de ser captada por sistemas de informações cativos do sistema produtivo atual (informal-neoliberal). Ou seja, o conhecimento da dimensão da morbidade dos trabalhadores do setor informal está potencializada nos sistemas de atenção a assistência universalizados. O que nos remete aos importantes limites já conhecidos da CAT. O desafio que se coloca é o de agregar à atenção à Saúde do Trabalhador uma concepção de universalidade e, portanto, de se ver retratado os danos e agravos gerados no mundo do trabalho nos sistemas nacionais de informação vigentes.

Um dos mais importantes aspectos dessa reestruturação produtiva é o incremento do trabalho domiciliar, acarretando a chamada “domiciliação do risco”. Quem já não ouviu falar de famílias que se vinculam à indústria calçadista, levando para suas casas centenas de sapato e tênis para colagem; ou que fazem lapidação de pedras preciosas em suas salas e cozinhas; ou ainda, aquelas que organizam “pequenas reformadoras de baterias” no fundo do quintal, expondo a família trabalhadora e os vizinhos a uma infinidade de riscos para a saúde. Vale registrar que de acordo com o IBGE, atualmente, apenas 30% da População Economicamente Ativa (PEA) do Brasil encontra-se no mercado formal de trabalho. Ou seja, 70% dos trabalhadores brasileiros estão

---

<sup>24</sup> SES-MG.

<sup>25</sup> SES-SP.

<sup>26</sup> SES-SP.

<sup>27</sup> SEPLAN-MG.

SES-SP.

de fora do regime da Previdência Social, inseridos no chamado mercado informal de trabalho, no trabalho domiciliar ou familiar. Essa população, alvo de ações de Vigilância do SUS, também são clientes potenciais da assistência, mesmo os segurados do INSS.

Apesar da área de Saúde do Trabalhador encontrar-se organizada no SUS desde a Lei 8.080 (19/9/90), a principal fonte de informações sobre acidentes e doenças do trabalho existente no Brasil continua sendo a Comunicação de Acidentes do Trabalho (CAT). Como este é um instrumento do MPAS/INSS, a informação a partir da CAT apresenta vários limites, sendo que o principal deles diz respeito à população segurada do INSS. Ou seja, para fazer jus à CAT, é condição *sine qua non* que os trabalhadores estejam inseridos no mercado formal de trabalho, com carteira de trabalho assinada em regime de CLT. Além disso, diante de um quadro de acidente ou doença relacionada com o trabalho, é necessário que o mesmo leve à incapacidade para o trabalho, de caráter total ou parcial, temporário ou permanente, para ter direito à percepção das prestações devidas pelo seguro de acidente de trabalho.

Uma análise dos dados do INSS revelam uma redução significativa de registro dos acidentes de trabalho, redução que longe de significar melhoria nas condições de trabalho, está relacionada, ao que tudo indica, principalmente com a redução da mão de obra do setor formal de trabalho (aspecto sucintamente discutido acima) e com a subnotificação.

Além disso, o aumento do registro de doenças do trabalho, longe de significar uma epidemia, em parte, é devido aos poucos Serviços de Saúde do Trabalhador existentes no Estado, vinculados às Secretarias Municipais de Saúde, e que ao atender a demanda social colocada, têm contribuído para o desvelamento desse importante grupo de patologias.

Isso evidencia o importante papel do Sistema Único de Saúde no sentido de se organizar para melhor conhecer o perfil de riscos e de morbimortalidade dos trabalhadores, já que um dos pilares do sistema é o atendimento universal da população.

Desde a incorporação da Saúde do Trabalhador no SUS, o que vem se dando desde os anos 80, vários municípios do país vêm desenvolvendo ações em Saúde do Trabalhador, inclusive construindo sistemas próprios de registro de acidentes e doenças do trabalho. Basicamente, foram desenvolvidos instrumentos para o registro da demanda e da morbidade atendida nos serviços de Saúde do Trabalhador e bancos de dados sobre acidentes do trabalho.

Está claro, pois, que as informações sobre o perfil de risco e de morbimortalidade relacionadas com o trabalho encontram-se fragmentadas, dispersas num verdadeiro mosaico de dados, sistemas e programas, longe de representar um Sistema de Informações em rede que retrate o quadro de riscos e agravos à saúde determinados pelo trabalho, fundamental para se planejar as ações de assistência e vigilância, na linha da prevenção e promoção à saúde.

## **II Bases de dados nacionais com potencialidade para Informação em Saúde do Trabalhador**

1) Informações que podem ser obtidas a partir do SINAN: alguns agravos que são notificados no SINAN, podem estar relacionados com o trabalho. Destaque para os acidentes com animais peçonhentos, intoxicação por agrotóxicos, hepatite B, aids em adulto etc. Em recente reunião com o CENEPI, decidiu-se pela incorporação de alguns agravos relacionados com o trabalho no SINAN. Os agravos selecionados são: Acidentes de Trabalho; Acidentes com Animais Peçonhentos; Intoxicação por: Agrotóxicos, Mercúrio, Chumbo e Solventes Orgânicos (Benzeno); Pneumoconioses (Silicose e Asbestose); Dermatoses Ocupacionais e Lesões por Esforços Repetitivos.

2) Informações que podem ser obtidas a partir do SIM: ocupação, sexo, faixa etária, causa básica do óbito, óbito por causas externas, óbito por acidente de trabalho.

3) Informações que podem ser obtidas a partir do SIH: internações por causas externas.

4) Informações que podem ser obtidas a partir do SIAB (Sistema de Informação de Ações Básicas).

Neste ponto, a questão que se coloca é a seguinte: que informações o SUS necessita construir, no sentido de conhecer o perfil de riscos e de morbimortalidade dos trabalhadores que buscam seus serviços? Como estas informações serão articuladas, visando construir um sistema de informações em Saúde do Trabalhador, nos diversos níveis de gestão do SUS?

Esse caminho não tem sido buscado pelo Sistema de Saúde do Brasil, o que com certeza tem acarretado prejuízo nas ações de promoção e prevenção dos agravos à saúde relacionados com o trabalho. De fundamental, vale ressaltar, o caráter eminentemente prevenível dos acidentes e das doenças do trabalho.

A ausência de informações, à medida que dificulta as ações de intervenção e prevenção, contribui para manutenção das estatísticas de morbi-mortalidade evidenciadas no cenário nacional, em que pese o sistema CAT demonstrar uma redução dos acidentes de trabalho.

Em relação à análise de dados secundários, uma reflexão necessária diz respeito ao ator profissional de saúde, responsável pelo registro dos fatos e/ou dos fenômenos de adoecimento nas relações do trabalho, especificamente no que diz respeito à capacitação dos mesmos nesta intencionalidade.

Por conseguinte estes mesmos profissionais se encontram desprovidos de sensores que possibilitem a busca de dados que contribuam, ou fundamentem as ações de proteção, prevenção e promoção da saúde o trabalhador, na perspectiva da universalidade e equidade da atenção em saúde.



### III Comunicação em Saúde do Trabalhador

Subjacente a qualquer sistema de informação está a comunicação de dados que, no caso da Saúde do Trabalhador, subsidiem o planejamento de ações dos diversos atores sociais envolvidos na área, sejam eles gestores, técnicos ou usuários de serviços, sejam eles estudiosos ou pesquisadores do assunto, representantes dos movimentos sociais organizados ou a população em geral.

A forma pela qual esses dados são produzidos, sistematizados e comunicados prescinde de decisões políticas que respondam a algumas questões socialmente determinadas no tempo e no espaço, dentre elas: com quais dados devemos trabalhar? De que forma devemos sistematizá-los? Em que momento, a quem e através de qual veículo devemos comunicá-los?

De qualquer maneira, o tipo de informação, o meio de comunicação e a linguagem utilizada devem contemplar a perfeita conexão entre aquele que transmite e aquele que recebe a mensagem.

Eventos, publicações, vídeos e CDs se constituem nas principais formas de comunicação comumente utilizadas para atingir públicos específicos, através das quais o nível de aprofundamento técnico das mensagens pode ser mais sofisticado. No caso dos veículos de comunicação de massa (como jornais, rádios e televisões), a amplitude do alcance da mensagem é limitada e indiscriminada na medida em que, através deles, atingimos um grande e desconhecido público alvo, carente de linguagem mais acessível. No caso da comunicação via Internet, as coisas se misturam: informações técnicas com diversos níveis de sofisticação tem variado e cada vez maior público-alvo.

De qualquer maneira, o importante a lembrar é que, assim como a saúde, a informação é um bem público e um direito social.

Sistematizar as informações que interessam à área da Saúde do Trabalhador – algumas já em bases de dados, outras ainda por se produzir – e comunicar seus resultados é tarefa de todos nós, na medida em que “*a informação só se realiza quando comunicada*”. Esta pode ser uma das formas de contribuirmos para a promoção do controle social das políticas públicas no setor.

Daí, a importância de, no mínimo, uma rede de comunicação no âmbito do SUS, ágil e eficiente, construída a partir de pólos regionais de disseminação da informação das diversas áreas interinstitucionais e multisetoriais que envolvem o tema da Saúde do Trabalhador, tal como o projeto “Rede Brasil-Brasil”, inspirado no Projeto de Cooperação Técnica Brasil-Itália “Proteção à saúde nos ambientes de trabalho”, que criou o CDI-ST – Centro de Documentação e Informação em Saúde do Trabalhador na Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo.

## **Capacitação em Serviço, Graduação e Pós-graduação em Saúde do Trabalhador**

*Raquel Rigotto<sup>28</sup>*

*Paulo Conceição<sup>29</sup>*

*Ary Miranda<sup>30</sup>*

*Gláucia Ieno<sup>31</sup>*

*Nanci Pinto<sup>32</sup>*

### **I Introdução**

A Oficina de Capacitação do Encontro Nacional de Saúde do Trabalhador pretende ser um espaço que, avaliando o SUS e as ações de Saúde do Trabalhador de sua competência, articule os atores que serão responsáveis, nos próximos anos, pela formação de profissionais de saúde que estarão desenvolvendo ações de assistência e vigilância em Saúde do Trabalhador nos municípios que formam os sistemas estaduais e nacional de saúde.

O conhecimento e interesse necessários à dinamização deste campo está na dependência da interação entre os sujeitos envolvidos no processo de educação permanente norteado pelas diretrizes a serem discutidas nesta Oficina.

### **II As conquistas sociais já registradas em documentos oficiais**

A Constituição Federal de 1988 e a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90) colocam o ordenamento da formação de recursos humanos e o desenvolvimento científico e tecnológico na área da saúde como competência e campo de atuação do SUS (Artigo 200 inciso III da CF e Artigo 6 inciso III da LOS), mediante a criação de comissões intersetoriais articuladoras das políticas e programas (LOS - Artigos 12 e 13 Inciso IV e V).

A integração entre serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior, conforme recomendado no Artigo 14 da LOS, a partir da criação de Comissões Permanentes daria viabilidade, nas três esferas de gestão do SUS, à proposição das “prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada” e para a “pesquisa e a cooperação técnica entre essas instituições” (Art.14 Parágrafo Único da LOS).

---

<sup>28</sup> UFC.

<sup>29</sup> CESAT/BA.

<sup>30</sup> CESTE/UFPA.

<sup>31</sup> CERESAT/UFPA.

<sup>32</sup> CEMAST/PR

Os serviços públicos que integram o SUS poderão constituir-se em campo de prática para o ensino e a pesquisa em saúde mediante co-financiamento do SUS x Universidades x Orçamento Fiscal, como recomenda a LOS em seu artigo 27 Inciso IV - parágrafo único.

Em 1997, foi elaborado o **Plano de Formação e Capacitação de Recursos Humanos em Saúde do Trabalhador** para o Sistema Único de Saúde, através da Coordenação de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde.

O documento coloca que o Plano deve estar em consonância com os princípios que norteiam o SUS, buscando capacitar os profissionais para abordagens transdisciplinares e para atuação interinstitucional. Seu objetivo geral é de fomentar e implementar processos de desenvolvimento de recursos humanos de modo a assegurar a execução das ações de Saúde do Trabalhador no SUS. Entre as atividades previstas estão cursos de atualização, aperfeiçoamento e especialização, bem como treinamento em serviço, estágios e treinamento a distância, dependendo do interesse e disponibilidade existente em cada local.

Considerando a abrangência e diversidade no campo da Saúde do Trabalhador foi definida uma espécie de matriz dos conteúdos básicos, a ser trabalhada e adaptada às distintas necessidades locais e regionais, para a montagem dos cursos e programas.

A estratégia para viabilização do Plano deve considerar a parceria sistema formador/serviços de saúde e outras instituições, assim como a diversidade e especificidade das questões de saúde dos trabalhadores de um país como o Brasil. Para sua viabilização foi proposta a realização de oficinas de trabalho, por Unidade da Federação, envolvendo municípios que estejam em fase de gestão semiplena (conforme a NOB 01-93 vigente à época de elaboração do Plano) ou que tenham serviços de Saúde do Trabalhador organizados.

Como instância coordenadora, a Coordenação de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde elaborou roteiros para facilitar a preparação e execução das Oficinas de Trabalho, assim como buscará articulação com Instituições de Ensino e Pesquisa, Fundacentro, Centros Universitários, Pólos e projetos de capacitação em curso, como o Programa de Saúde da Família, o GERUS, e de Vigilância Sanitária, assim como CONASS, CONASEMS, Centrais Sindicais e outros possíveis parceiros para viabilização do Plano.

O Plano tem dimensão plurianual e suas metas deverão ser definidas anualmente, com custo total, para os dois primeiros anos, estimado em R\$ 1.016.204,00 (hum milhão, dezesseis mil e duzentos e quatro reais), a serem buscados de fontes de financiamento, além de parcerias institucionais nos níveis federal, estadual e municipal, que viabilizem as atividades previstas.

### **III Uma pequena amostra do quadro atual**

Com os objetivos de aproximar um pouco mais do conhecimento sobre a situação atual da capacitação dos recursos humanos envolvidos com ações de Saúde do Trabalhador no SUS, suas demandas e propostas, e de reunir subsídios para avançar na definição de uma política nacional de recursos humanos nesta área, foi realizado um breve levantamento não amostral, através de questionário aberto enviado por meio eletrônico, tendo sido respondido por profissionais/grupos inseridos em quatro serviços e três instituições de formação:

- CERESAT/NESC/DPS – CCS/UFPB;
- Centro Metropolitano de Apoio a Saúde do Trabalhador – CEMAST/PR;
- Sec. Saúde Estado RJ/Programa ST/UERJ/Núcleo Unitrabalho;
- CESAT/SES-BA;
- Centro de Estudos ST e Ecologia Humana da Escola Nacional Saúde Pública (CESTEH/ENSP/FIOCRUZ);
- Centro de Documentação e Formação em Saúde e Trabalho – CEDOP/UFRGS;
- Dep. Saúde Comunitária/Fac. Medicina/Univ. Federal do Ceará.

Sintetizando as informações obtidas<sup>33</sup>, podemos dizer que:

A formação básica dos profissionais envolvidos com as ações de Saúde do Trabalhador é bastante diversificada – médicos, assistentes sociais, psicólogos, advogados, sociólogos, enfermeiros, tecnólogos em saneamento, comunicólogos, entre outros.

A capacitação em Saúde do Trabalhador se deu (ou está se dando) de diversas formas: Especialização em Saúde do Trabalhador (multiprofissional), Especialização em Medicina do Trabalho, Especialização em Psicologia Hospitalar, Residência em Medicina Social/concentração saúde ocupacional, Mestrado em Ciências Sociais, etc. Muitos estão vivendo um processo de capacitação em serviço.

Há demandas de capacitação em todas as áreas de atuação do SUS: metodologias de avaliação ambiental, atualização em normas internacionais de certificação em saúde e segurança do trabalho (BS 8800 e ISO 18000), atualização de critérios diagnósticos e tratamento de agravos, aprofundamento sobre os agravos de maior incidência (LER, PAIR, pneumoconioses), psicodinâmica do trabalho, neurotoxicologia, atualização da legislação aplicada, direitos previdenciários e trabalhistas, amparo legal das normatizações públicas, sistema de informação em

---

<sup>33</sup> A íntegra da sistematização dos dados encontra-se à disposição para consulta dos interessados com a Coordenação da Oficina.

Saúde do Trabalhador, análise e interpretação de dados epidemiológicos, epidemiologia aplicada ao serviço, planejamento em Saúde do Trabalhador, informação e comunicação, utilização de recursos áudio visuais em Saúde do Trabalhador, produção de material educativo em Saúde do Trabalhador, concepção e metodologia em Saúde do Trabalhador, metodologias de pesquisa e educação neste campo específico, mudanças no mundo do trabalho, novos processos, novos agravos, integração trabalho x saúde x ambiente.

Foram mencionadas alternativas bastante ricas e diversificadas para atendimento a estas demandas: cursos de curta duração, doutorado, cursos de especialização, residência com área de concentração, trabalho prático, participação em eventos científicos, estudo auto-orientado, cursos comuns com a Previdência e com o Ministério do Trabalho etc.

Convidados a pensar nas **necessidades de qualificação em nível de Estado** e a **forma de atendê-las**, os entrevistados mencionaram:

**Capacitação de profissionais inseridos no cuidado primário para as ações básicas de ST:** a ser pensada de acordo com a definição estratégica do modelo assistencial. Poderia ser equacionada através de cursos de curta duração, com uma parte comum a todos os profissionais envolvidos, e outra específica para quem vai trabalhar diretamente com diagnóstico e tratamento, ou vigilância, ou educação etc.

**Capacitação de profissionais inseridos no cuidado secundário – Centros de Referência** (inclui-se aqui também a capacitação de pessoal de laboratório e outros serviços de apoio às ações, como a informática). Pode ser equacionada através de diversos instrumentos, de acordo com as demandas colocadas pelas atividades em desenvolvimento no serviço: cursos de especialização, oficinas, cursos de atualização, treinamentos e/ou reciclagens rápidas e com uma forte conotação prática, criação de campos de estágios multiprofissionais nos serviços de referência.

**Capacitação de profissionais inseridos no cuidado terciário à ST,** a ser atendida através de mecanismos diversos.

**Capacitação de profissionais na gestão das ações de ST:** voltada para o nível central do SUS municipal e estadual, através de cursos específicos, estímulo à pós-graduação etc.

**Capacitação da alta direção:** voltado para o topo da pirâmide hierárquica, com objetivos de sensibilização, informação e motivação. Podem ser criados instrumentos de comunicação ágeis e periódicos e também oportunidades de contato com outras autoridades – municipais, estaduais, nacionais e internacionais ativas neste campo.

**Capacitação dos Conselheiros de Saúde:** a ser organizada junto com eles, de acordo com suas propostas.

Outros mecanismos/instrumentos úteis à capacitação de todos estes segmentos foram apontados:

- estabelecimento de uma rede de informações via Internet;
- organização de Banco de Dados sobre as produções da Academia na área (monografias, dissertações, teses);
- teleconferências;
- assessoria aos municípios;
- articulação com as Universidades para campos de estágio e pesquisa;
- organização de Centro de Documentação.

Sobre as **ofertas de capacitação**, foi identificado um rico elenco de atividades:

- cursos de especialização em Saúde do Trabalhador (multiprofissionais);
- curso de especialização em Saúde, Trabalho e Meio Ambiente para o Desenvolvimento Sustentável;
- curso de especialização em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana, com duas subáreas de concentração: Saúde, Trabalho e Ambiente e Toxicologia Ocupacional/Ambiental;
- cursos de especialização em Medicina e Enfermagem do Trabalho;
- residência em Medicina Preventiva e Social, com área de concentração em Saúde do Trabalhador;
- curso de Formação de Monitores Sindicais para Saúde;
- curso Básico de Saúde do Trabalhador para Servidores da Rede Pública de Saúde;
- curso de Treinamento de Radiologia de Pneumoconioses;
- oferecimento de disciplinas em cursos de graduação médica, em cursos de especialização em saúde pública, em programas de residência médica;
- cursos de Extensão em Doenças Profissionais, Saúde Mental e Trabalho, Sociologia do Trabalho, Organização das Ações de Atenção à ST etc.

#### **IV Identificando tendências**

A análise dos documentos legais e oficiais já produzidos sobre a questão da capacitação de recursos humanos em Saúde do Trabalhador e dos dados obtidos com o breve estudo realizado, permite identificar algumas tendências em torno das quais parece vir se construindo um consenso

que pode vir a embasar a definição das diretrizes de uma política nacional de capacitação destes recursos humanos.

O primeiro destes consensos é, certamente, o **reconhecimento da importância de investir-se seriamente na capacitação**, como estratégia de garantia dos direitos dos cidadãos-trabalhadores e da qualidade dos serviços a eles oferecidos.

O segundo, diz respeito à estratégia de implementação das ações e ao papel das instâncias neste processo. Para situá-lo, é necessário considerar alguns aspectos:

- as dimensões continentais de nosso país, assim como a diversidade dos processos de trabalho, do perfil epidemiológico a eles relacionados, dos contextos políticos e culturais locais etc;
- a heterogeneidade do quadro atual das ações de ST desenvolvidas no SUS, já que, em cada local, os serviços têm histórias diferentes e procuram dar respostas a contextos distintos;
- a heterogeneidade do perfil de formação dos recursos humanos que hoje atuam nesta área no SUS, relacionado às oportunidades disponíveis no nível local, à trajetória e vocação de cada um – e que pode ser vista como riqueza a ser valorizada, a diversidade das demandas de formação/capacitação. É necessário reconhecer que, pelo próprio processo por meio do qual constituiu-se o campo da Saúde do Trabalhador no SUS, a maioria dos profissionais envolvidos com estas ações têm um perfil diferenciado, envolvendo em sua prática um componente ideológico – que delimita o paradigma da corrente “Saúde do Trabalhador” e que implica num grau mais elevado de compromisso com o trabalho que realizam.

Dessa forma, fica clara a importância de definir com clareza o papel de cada uma das instâncias nas atividades relacionadas à capacitação, tendo como eixo fundamental o processo de **descentralização**. Entende-se com isto que cada uma das instâncias do sistema terá papel diferenciado a desempenhar, sendo que a identificação das demandas de capacitação e a organização do atendimento a elas deverá estar o mais próximo possível daqueles que executam as ações de Saúde do Trabalhador.

Assim, o **papel das diferentes instâncias/entidades** poderia ser assim equacionado:

Nacional

- definir uma política nacional de capacitação, a partir das bases, de concepção descentralizada, e acompanhar sua implantação;
- estabelecer as diretrizes estratégicas consideradas fundamentais, como a questão da Globalização e da Reestruturação Produtiva, seus impactos sobre a saúde dos

trabalhadores e a intervenção dos serviços; as interrelações entre trabalho, meio ambiente e saúde; a interdisciplinaridade e o trabalho em equipe multiprofissional; a intersetorialidade etc.;

- buscar fontes de financiamento;
- buscar a melhoria da abordagem das questões de ST no sistema formal de ensino, particularmente no terceiro grau e na pós-graduação;
- participar da articulação de contatos com instituições formadoras de RH no país e no exterior;
- produzir parte do material didático que poderia ser adotado nacionalmente em alguns cursos (ex.: o livro sobre DP que a COSAT está preparando, consolidados da legislação etc.);
- promover eventos para troca de experiências;
- articulação com as Universidades Federais.

#### Estadual

- apoiar os municípios, facilitar contatos etc.;
- realização de seminários, oficinas, encontros, treinamentos;
- articulação com universidades locais;
- organização de Centro de Documentação;
- implantação/ou implementação de campos de estágio/pesquisa nos Centros de Referência.

#### Local

- definir seu plano de ação em ST, considerando o perfil das atividades econômicas, o perfil epidemiológico, as demandas dos servidores etc.;
- indicar os funcionários a serem capacitados e possibilitar/estimular efetivamente que eles se dediquem a isto;
- fazer um esforço de explicitar os conteúdos mais importantes para a capacitação;
- identificar, com a ajuda do nível estadual, quando for o caso, as instituições/pessoas capacitadas a atender com qualidade à demanda;
- destinar recursos;
- acompanhar o processo de capacitação e avaliá-lo permanentemente;
- planejamento e organização de treinamentos, oficinas;



- organização de centro de documentação.

#### Universidades

- desenvolvimento de pesquisa a partir de demanda dos serviços;
- parcerias para capacitação;
- realização de estágios nos serviços;
- contribuir com o que tiverem de melhor, numa articulação institucional e formal, sem delegação total do processo, mas com a participação dos demandantes e dos gestores do sistema.

Sobre o **financiamento das ações de capacitação** vai ficando claro que os recursos devem ser inseridos no orçamento nacional do SUS, e repassados para os estados e municípios mediante a apresentação e avaliação de um plano consistente de capacitação.

Outro caminho a ser também percorrido é o do envolvimento das instituições que serão beneficiadas com as atividades de capacitação no financiamento das mesmas. Ou seja, as secretarias estaduais, municipais e outras instituições que terão asseguradas “vagas” no que for oferecido, devem participar do financiamento. Outras instâncias a serem envolvidas são os conselhos municipais dos estados beneficiados, assim como o CONASEMS e o CONASS.

Foi lembrada também a possibilidade de articulações e parcerias com outras entidades, nacionais e internacionais, que possam vir a concretizar seus discursos por meio do apoio à realização de atividades de capacitação – a exemplo do que está acontecendo com o VIGISUS.

## **V. Caminhos para a operacionalização**

Aproveitando os acúmulos derivados das discussões anteriores, parece que é chegado o momento de realizar **oficinas de trabalho**, em todos os estados do país, envolvendo profissionais do conjunto de instituições locais identificadas como potenciais participantes (estado, município, universidades, sindicatos, etc.).

Dessas oficinas poderá resultar a criação de Comissões que se responsabilizariam pela coordenação do processo de identificação de demandas de capacitação, de definição de prioridades e estratégias, de articulação com as Universidades, culminando com a elaboração de um Plano Estadual de Capacitação, a ser apresentado às instâncias nacionais – concomitantemente ao trabalho a ser desenvolvido por elas.

## **Investigação e Pesquisa em Saúde do Trabalhador**

*Marco Antônio Rêgo<sup>34</sup>*

*Jorge Machado<sup>35</sup>*

*Francisco Lacaz<sup>36</sup>*

*Luíz Augusto Facchini<sup>37</sup>*

### **I Introdução**

A produção de conhecimento na área de Saúde do Trabalhador se desenvolveu principalmente a partir da década de 80, quando houve um importante crescimento de iniciativas nesta área. Apesar de uma provável diminuição da produção nos anos 90, é nesta década que as investigações epidemiológicas ganham maior visibilidade, principalmente em função das apresentações nos Congressos Brasileiros de Epidemiologia e de Saúde Coletiva. Um marcante impulso para a área, com reflexos também para o campo da pesquisa foi a sua inclusão na Constituição Federal, como resultado do movimento da Reforma Sanitária no Brasil, com crescente incremento no âmbito do Sistema Único de Saúde. É lícito inferir que as investigações em Saúde do Trabalhador tendem para a compreensão da relação saúde e trabalho como resultante das relações sociais de produção e não sob o enfoque individual, centrado no trabalhador e no seu ambiente de trabalho, tal como na Medicina do Trabalho. A Saúde do Trabalhador surge como área do conhecimento científico, apoiada em novos paradigmas das Ciências Sociais e da Epidemiologia, que vê o caráter social do binômio saúde-doença.

### **II Alguns dados**

Encontra-se em andamento um levantamento do perfil das investigações produzidas pelos profissionais da área e publicadas nos anais dos Congressos Brasileiros de Epidemiologia, por estes se caracterizarem em eventos que, em parte, representam a produção científica na área de Saúde e Trabalho no Brasil. Este estudo apresenta resultados parciais quanto às características das instituições envolvidas, aos temas que foram priorizados, às opções metodológicas, ao nível de participação dos trabalhadores na construção dos estudos.

Observa-se um crescimento do número absoluto de trabalhos, mas mantendo-se uma média geral de 9,0% em relação ao total de trabalhos (tabelas 1 e 2). Essas investigações foram

---

<sup>34</sup> SES/BA.

<sup>35</sup> CESTE/ FIOCRUZ

<sup>36</sup> EPM/SP.

<sup>37</sup> UFPEL/RGS.

prioritariamente desenvolvidas por universidades (73,7%) públicas (89,5%) federais (57,9%). A produção originária dos serviços de saúde, em especial do nível municipal, continua incipiente (tabela 3).

No que se refere às características dos estudos, observa-se que a grande maioria é de caráter descritivo (60,5%). Entre os estudos classificados como analíticos (26,3%), verifica-se que 60,0% são estudos de prevalência (tabela 4). O discurso freqüente da participação dos trabalhadores na construção do processo de investigação foi pouco evidenciado empiricamente. Apenas 5,3% dos estudos referiram tal opção metodológica. Quanto ao(s) tema(s) abordado(s), destacam-se: a vigilância de ambientes de trabalho, os acidente de trabalho, as doenças do trabalho, a demanda de ambulatórios de doenças do trabalho e a proposição de metodologias (tabela 5).

Outra fonte de dados quanto às características das investigações é a produção acadêmica (teses de mestrado e de doutorado). Neste sentido, um exemplo é a produção científica na área de Saúde do Trabalhador no Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana (CESTEH), departamento da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), no período de 85 a 98. Em termos quantitativos, observa-se uma crescente produção nos últimos quinze anos, com uma forte concentração nos anos 90, em que se consolidaram como áreas do mestrado e doutorado as áreas de toxicologia e de Saúde do Trabalhador.

Há uma ênfase na abordagem do risco químico, e de estudos de caso com metodologia qualitativa. Os estudos quantitativos aparecem ao serem testados indicadores de exposição, estudos de mortalidade (3) e avaliação de tecnologias alternativas. Quanto aos temas, os agrotóxicos (6) e os acidentes (5) foram os temas mais estudados desde vários ângulos: estudos comparativos de alternativas tecnológicas, introdução de indicadores de exposição, análise do processo de trabalho e sua relação com a saúde no caso dos agrotóxicos e estudos descritivos da mortalidade, conceituais, de atendimento e reabilitação no caso dos acidentes. Em outra forma de recorte dos objetos de estudo, por setor, as indústrias químicas foram o cenário de oito dissertações. A indústria naval aparece em quatro. Além dos agrotóxicos, estiveram presentes agentes químicos como benzeno (1), chumbo (2) e mercúrio (2).

A tradição da Escola Nacional de Saúde Pública no desenvolvimento metodológico e avaliação de políticas públicas na área de saúde também é notada em dissertações e teses (13). O método epidemiológico foi utilizado em nove estudos descritivos, em seis inquéritos transversais, em três estudos de mortalidade, e em dois de desenvolvimento metodológico.

A fala dos trabalhadores foi o elemento metodológico central em quatro estudos qualitativos de percepção de risco e de construção de uma subjetividade coletiva sobre as condições de trabalho. Outros temas e objetos aparecem de forma isolada ou interagindo nos estudos, tais como: gênero (3), saúde mental, trabalho hospitalar e lixo (2); mineração, hidroelétrica, eletricitários, soldadores, construção civil, aeronautas, violência, câncer, hipertensão arterial, ruído

(1). Os estudos que podem ser considerados essencialmente conceituais são apenas dois e tratam dos conceitos de acidente ampliado e de saúde e produção, ambos relacionando o mundo do trabalho com o ambiente externo (tabela 6).

### **III Saúde do Trabalhador: novos cenários, perspectivas e prioridades**

Os estudos sobre a distribuição e os determinantes das doenças ocupacionais e relacionadas ao trabalho, deveriam ser crescentemente apoiados, em função de sua utilidade no estabelecimento de prioridades para intervenção e avaliação. Além disso, o conhecimento da prevalência de problemas ocupacionais e de suas causas pode auxiliar no controle e fiscalização de serviços públicos e privados de Saúde do Trabalhador. A produção científica também é essencial para o adequado embasamento das iniciativas de formação em Saúde do Trabalhador, sejam elas dirigidas a alunos de graduação e pós-graduação, profissionais de saúde, lideranças sindicais, ou trabalhadores.

A análise do cenário atual no mundo do trabalho e de suas perspectivas num futuro próximo poderá facilitar bastante o esforço em definir prioridades para a Saúde do Trabalhador. A globalização da economia sintetiza uma grande transição do mundo contemporâneo. A abertura de mercados, crescimento dos monopólios, redução do tamanho das empresas, aumento da importância dos blocos econômicos tem afetado todos os setores da vida social. Áreas com menor custo da força de trabalho, maiores incentivos fiscais e flexibilidade na legislação tem favorecido a migração de empresas não apenas de uma região para outra de um país, mas também entre os países dos diferentes continentes. Este processo contribui para a exportação de riscos ocupacionais e ambientais dos países desenvolvidos para os subdesenvolvidos e a desindustrialização de muitas regiões. As conseqüências são o aumento do desemprego e precarização do trabalho, a expansão do trabalho informal, da exploração infantil e da sub-contratação e a crescente e particular inserção das mulheres no mercado de trabalho.

Para apreender os reflexos que tais mudanças produzem na saúde dos trabalhadores, é mister atentar para a atual mudança no perfil patológico dos coletivos de trabalhadores cujo nexo laboral é menos aparente e é representado pela morbidade dos cânceres e síndromes músculo-esqueléticas relacionadas aos intensos movimentos repetitivos e ritmos impostos pelas novas tecnologias e exigências de polivalência – observe-se que a tais distúrbios associa-se freqüentemente um quadro psico-afetivo. A tais agravos somam-se a morbidade cárdio-circulatória, gastro-cólica, as doenças mentais e neuro-psíquicas ligadas ao estresse e à estafa físico-mental e mesmo a morte por excesso de trabalho (karoche), herança do modelo japonês. Neste panorama a morbi-mortalidade dos trabalhadores vai caracterizando-se pela prevalência crescente de agravos à saúde que ocorrem na população geral, mas que na coletividade trabalhadora surgem em faixa etária mais precoce e em determinados grupos. Mais ainda, em países periféricos, a coexistência de

processos de trabalho arcaicos e modernos, associa tais agravos à ocorrência dos acidentes e doenças diretamente ligados ao trabalho, fruto ainda da organização “taylorista” / “fordista”.

Por outro lado, no setor de ciência e tecnologia e ensino superior houve diminuição do gasto estatal, reduzindo, em consequência, o apoio a investigação e solução dos problemas de saúde dos trabalhadores. A consolidação de alguns centros de excelência para pesquisa e formação de recursos humanos em Saúde do Trabalhador, a disponibilidade de maiores recursos técnico-científicos na abordagem destes problemas e a maior sensibilidade dos meios de comunicação e da população para este tema são a nota positiva da conjuntura atual.

Especificamente quanto à pesquisa, observa-se a crescente integração de abordagens na investigação de problemas de Saúde do Trabalhador e uma certa ênfase em projetos de intervenção. O acelerado desenvolvimento científico tecnológico permite identificar uma maior sofisticação e qualificação técnica das pesquisas em epidemiologia ocupacional – métodos, técnicas, instrumentos e sua articulação com áreas, como por exemplo, biologia molecular (marcadores biológicos), toxicologia e genética. Este processo tem sido acompanhado por um maior intercâmbio e colaboração institucional – universidades, serviços, empresas, sindicatos, estado. Em termos de perspectivas, estima-se uma maior ênfase na avaliação e controle de riscos psico-fisiológicos, uma maior integração da avaliação e manejo de riscos industriais e ambientais e uma maior utilização de bio-marcadores. Há, portanto, necessidade de novas abordagens e articulações entre ciência e sociedade – multiplicação dos estudos diagnósticos e de intervenção em colaboração.

# Bibliografia

- FACCHINI, L. A. ; DALL' AGNOL, M. M.; FASSA, A G. *Saúde do trabalhador : cenários e perspectivas.* Pelotas : Universidade Federal de Pelotas , Departamento de Medicina Social, 1999. Versão preliminar. Mimeografado.
- LACAZ, F. A. C. *Qualidade de vida no trabalho e saúde do trabalhador.* São Paulo: USP, Escola Paulista de Medicina, 1999. Mimeografado.
- MACHADO, J. M. H. *Contribuição para o debate da produção científica na área de saúde do trabalhador.* Rio de Janeiro : Fiocruz, Escola Nacional de Saúde Pública, 1999. Mimeografado.
- RÊGO, M. A. V. et al. *Investigação em saúde do trabalhador.* In : CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA, 1999, Salvador. Salvador : Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador, 1999.

# ***TABELAS***





**Tabela 1**

**Distribuição dos estudos da área de Saúde e Trabalho aceitos nos Congressos Brasileiros de Epidemiologia. CESAT, 1999.**

CONGRESSO	POSTER	COMUNICAÇÃO COORDENADA	TOTAL
Campinas	21	20	41
Belo Horizonte	56	13	69
Salvador	96	39	135
Rio de Janeiro	108	29	137
Total	281	101	382

**Tabela 2**

**Distribuição percentual dos estudos da área de Saúde e Trabalho aceitos nos Congressos Brasileiros de Epidemiologia. CESAT, 1999.**

CONGRESSO	POSTER	COMUNICAÇÃO COORDENADA	TOTAL
Campinas	9,0	13,9	10,8
Belo Horizonte	14,7	8,8	13,1
Salvador	6,4	11,0	7,3
Rio de Janeiro	9,2	9,1	9,2
Total	8,5	10,5	9,0

**Tabela 3**

**Distribuição dos estudos da área de Saúde e Trabalho aceitos nos Congressos Brasileiros de Epidemiologia segundo as características da instituição executora principal. CESAT, 1999.**

CARACTERÍSTICA	N	%
Tipo		
Universidade	28	73,7
Inst. de pesquisa	5	13,2
Serviço de saúde	4	10,5
Outro	1	2,6
Âmbito		
Federal	22	57,9
Estadual	10	26,3
Municipal	3	7,9
Ign / NSA	3	7,9
Natureza		
Pública	34	89,5
Privada	2	5,3
Filantrópica	2	5,3
Total	38	100,0

**Tabela 4**

**Distribuição dos estudos da área de Saúde e Trabalho aceitos nos Congressos Brasileiros de Epidemiologia segundo as características da investigação. CESAT, 1999.**

CARACTERÍSTICA	N	%
Tipo		
Descritivo	23	60,5
Analítico	10	26,3
NSA	5	13,2
Se analítico		
Prevalência	6	60,0
Coorte	3	30,0
Caso-controle	1	10,0
Total	10	100,0
Total	38	100,0

**Tabela 5**

**Distribuição dos estudos da área de Saúde e Trabalho aceitos nos Congressos Brasileiros de Epidemiologia segundo o tema(s) abordado(s). CESAT, 1999.**

TEMA	N	%
Vigilância de ambientes de trabalho	10	26,3
Acidente de trabalho	8	21,1
Doença do trabalho	9	23,7
Demanda de ambulatório	7	18,4
Metodológico	6	15,8
Mapa de risco	4	10,5
Sistema de informação	2	5,3
Trabalho da mulher	2	5,3

**Tabela 6**

**Produção de monografias defendidas no programa de mestrado e doutorado da Escola Nacional de Saúde Pública FIOCRUZ no período de 1985 a 1998.**

PERÍODO	MESTRADO	DOUTORADO	TOTAL
1985 a 1990	3	1	4
1991 a 1995	17	-	17
1996 a 1998	17	6	23
Total	37	7	44

Obs.: foram ainda defendidas cinco monografias que não se enquadram na relação do trabalho com a saúde nem intermediado pelo ambiente, dois de nutrição e três de toxicologia ambiental.

***RELATÓRIOS DAS OFICINAS DE  
TRABALHO***

## Assistência em Saúde do Trabalhador no SUS

*Andréia De Conto Garbin<sup>38</sup>*

Lutar pela implantação do SUS com a participação dos movimentos sociais.

O SUS deve considerar toda a população trabalhadora, não importando a existência ou não de vínculo empregatício, abrangendo o mercado formal e informal, funcionários públicos, autônomos, domésticos, rurais, etc.

A Saúde do Trabalhador compreende um conjunto de ações integradas que visam à promoção, à proteção, à recuperação e à reabilitação dos trabalhadores.

### **Discutir e operacionalizar a implantação da NOST:**

- estabelecer um calendário para implantação no prazo de 1 ano e meio;
- estabelecer projetos de Saúde do Trabalhador organizados conforme os níveis de complexidade das ações;
- garantir o repasse de financiamento previsto na NOST;
- criação de Comissão Interinstitucional de Saúde do Trabalhador (CIST) em todos os níveis;
- divulgação da NOST-SUS, inclusive pelos conselheiros de Saúde. Sugere-se a discussão junto aos Conselhos de Saúde;
- implementação dos Programas de ST nos municípios através de Centros Regionais de Saúde do Trabalhador;
- organização da rede de referência e contra-referência.

### **Assistência:**

- na assistência, destaca-se a importância de um trabalho multidisciplinar, a articulação interinstitucional e a participação dos diferentes atores sociais;
- constata-se que, em geral, a rede de serviços de saúde é insuficiente e apresenta pouca resolutividade, não existindo um sistema de referência e contra-referência definido. Desta forma, sobrecarregando os serviços de urgência/emergência sem a garantia da continuidade do tratamento e da reabilitação;

---

<sup>38</sup> CEREST/SP

- difundir e organizar a Saúde do Trabalhador em todos os níveis de atenção, inclusive nas Unidades Básicas de Saúde que são “porta de entrada” nos serviços;
- reforça-se a discussão sobre a necessidade de garantir o repasse dos atendimentos dos pacientes de convênios realizados no SUS;
- unificação das várias práticas de Saúde do Trabalhador através de protocolos, estratégias etc.;
- normatizar a notificação de acidente do trabalho no SUS para subsidiar ações de prevenção, inclusive dos funcionários públicos;
- maior controle no uso de agrotóxicos. Responsabilizar os fabricantes de produtos químicos pelo recolhimento das embalagens utilizadas. Incorporar nos currículos das escolas técnicas de agricultura disciplinas sobre Saúde do Trabalhador e agrotóxicos;
- investir na mídia. Divulgar e informar os trabalhadores sobre os agravos à saúde decorrentes do trabalho e seus direitos;
- discutir o papel da assistência nos serviços de Saúde do Trabalhador no âmbito municipal e estadual.

### **Capacitação/Formação:**

- capacitação profissional e treinamento considerando a interface com outras áreas do conhecimento e diferentes instituições: Ministério da Educação, Ministério da Saúde;
- elaborar um projeto Nacional de formação, não restrito aos grandes centros, através de cursos, encontros, livros, Internet;
- incorporar nos currículos dos cursos de Medicina do Trabalho o conteúdo de Saúde do Trabalhador.

### **Controle Social:**

- diferentes concepções e práticas sobre controle social evidencia a necessidade de uma maior discussão sobre este tema, devendo ser contempladas as diferenças regionais. Sugere-se a realização de um Encontro Nacional para ampliar esta discussão;
- deve assumir a responsabilidade de participar do processo de planejamento, organização e avaliação das ações;
- constata-se a ausência de articulação entre os gestores e os movimentos sociais;

- deve realizar o controle do trabalho dos médicos nas empresas;
- participar dos conselhos da Previdência Social e exigir o cumprimento das ações regressivas;
- sistematização dos vários modelos de CIST, composição, formas de atuação para a ampliação desta discussão. Sugere-se a criação de um grupo de trabalho.

**Considerações Finais:**

- os próximos encontros devem contemplar a troca de experiências das atividades desenvolvidas nos serviços de Saúde do Trabalhador, discutindo a complexidade e especificidade da assistência, a reabilitação profissional e a reinserção no mercado de trabalho;
- sugere-se que as discussões não sejam separadas por áreas: assistência, vigilância, capacitação e informação nos próximos encontros, tendo em vista que a atenção deve ser integral;
- realizar encontros anuais de Saúde do Trabalhador;
- realizar a III Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, as conferências estaduais e municipais;
- enviar as resoluções do Encontro ao Ministério Público.

## **Vigilância em Saúde do Trabalhador**

*Fátima Sueli Neto Ribeiro*

*Armenes Ramos Junior*

*Tarcísio Pinheiro*

*Tarcísio Buschinelli.<sup>39</sup>*

### **Pressupostos:**

- a verificação de nexos entre a atividade laboral e o adoecimento é competência da área de Assistência. O atendimento ao trabalhador finaliza na avaliação do local de trabalho;
- trabalho da Vigilância se dá com o controle social em todas as suas etapas;
- questões relacionadas às informações ou vigilância epidemiológicas;

### ***Viabilização :***

- treinamento e intensificação das Fontes de Informação do SUS, com o SINAN, AIH etc.;
- utilização prioritária do SINAN como instrumento de informação dos casos de acidentes e/ou doenças registrados pela Rede do SUS;
- Ministério da Saúde deve elaborar uma lista de doenças de notificação compulsória com a conseqüente ficha de investigação. A eleição das doenças de notificação deve se dar a partir de critérios epidemiológicos e sociais;
- priorizar o acidente de trabalho fatal e com amputação como evento sentinela, a partir de análise conjunta e pluriinstitucional.

### **Questões relacionadas às metodologias de intervenção:**

- atuar no marco da Vigilância em Saúde;
- superar a metodologia de investigação calcada exclusivamente nas categorias fatores de risco, desenvolvendo novos indicadores de prioridade;
- há necessidade de desenvolver estratégias de acordo com as condições sócio institucionais dos Programas e da realidade geográfica, incluindo a capacitação;

- desafio atual da Vigilância em Saúde do Trabalhador é atuar em processos de trabalho de distintas complexidades e na área rural;
- a ação da Vigilância deveria ser anterior ao estabelecimento das Condições de Risco;
- hierarquizar as atividades da Vigilância, segundo os padrões de descentralização do SUS, as intervenções devem se dar pelo município, prioritariamente, e pelos estados, em conjunto com os municípios, em empresas de maior complexidade técnica ou social;
- sindicato deve ampliar a discussão da Saúde, participando das ações de vigilância;
- adotar uma metodologia de investigação que compreenda o entendimento, a compreensão e a análise dos sistemas de controle da produção da empresa, com vistas a identificar fatores que comprometeram o desenvolvimento da produção. Superando a restrita checagem das normas do Ministério do Trabalho e/ou da Vigilância Sanitária;
- adotar como metodologia o retorno das informações apuradas, diretamente ao trabalhador;
- desenvolver metodologias integradas para lidar com os trabalhos não organizados ou não formais.

***Viabilização:***

- priorizar equipe multiprofissional na formação de Equipes de Saúde do Trabalhador;
- adotar atividades que viabilizem uma prática sob o paradigma da promoção e adote os conceitos de Vigilância em Saúde;
- divulgar a Oficina de Intervenção e Investigação em Saúde do Trabalhador realizada pela ABRASCO, em 1996;
- promover uma oficina de metodologia de vigilância, com ênfase na intervenção, que detalhe os distintos níveis de abordagem das condições de trabalho, instrumentos mais modernos de intervenção e de avaliação e instrumentos de intervenção em REDE;
- implantar a notificação de exames positivos para fatores de risco de doença ocupacional, em especial as informações dos laboratórios de toxicologia;

---

<sup>39</sup> Coordenadores.



- celebrar convênios com universidades estaduais e federais, em rede, para auxiliar nas investigações;
- após a intervenção do poder público, a continuidade da Vigilância se dá pelo monitoramento dos sindicatos;
- implantar o Registro na Saúde do Trabalhador a partir dos alvarás (único ou o sanitário) e de termos de controle de informações. Recomenda-se eleger as empreiteiras e as atividades de maior risco ou problemas.

### **Questões relacionadas ao financiamento:**

#### ***Viabilização:***

- inserir na tabela SIASUS os procedimentos de Vigilância em Saúde do Trabalhador.

#### **Questões gerais:**

- vigilância em Saúde do Trabalhador deve se dar no contexto global, articulado com outros programas de Saúde;
- a equipe de Saúde do Trabalhador ainda carece de capacitação para trabalhar com informação e intervenções complexas, bem como os problemas decorrentes do serviço público;
- faz-se imperioso divulgar os riscos de produtos dos químicos, incluindo os agrotóxicos para a Saúde do Trabalhador e para o meio ambiente.

#### ***Viabilização:***

- elaboração imediata de uma REDE entre os SERVIÇOS do SUS e as Universidades, com o intuito de divulgar as informações e viabilizar o auxílio técnico entre os serviços (REDE BRASIL/BRASIL);
- adoção da rotulagem e divulgação dos efeitos danosos à saúde e meio ambiente decorrentes de poluição química;
- recomendação de proibição do jateamento de areia seca e úmida em todo o Brasil.

## **Informação e Comunicação em Saúde do Trabalhador**

*Jandira Maciel da Silva*

*June Maria Passos Resende<sup>40,41</sup>*

No que a informação ajudou (ou a sua ausência atrapalhou) o avanço da implantação de ações de Saúde do Trabalhador?

Informação para que?

### **Necessidades/Prioridades**

Como trabalhar as diferentes necessidades de informação considerando os diferentes níveis de gestão e as próprias necessidades das diferentes estratificações do nível municipal?

### **Orientações / encaminhamentos:**

- desmitificação a informação. Pensar estratégias para que o trabalhador também se aproprie da informação. Necessidade de democratizar a informação. Valorizar a comunicação e reflexão coletiva a ser instituído também nos Conselhos de Saúde;

- produzir a informação para utilizá-la – informação para ação permitindo planejamento, avaliação e retro-alimentação;

- trabalhar melhor as bases de dados municipais intersetoriais;

- criar mecanismos para sistematização da percepção e do saber do trabalhador;

- construir indicadores necessários para o diagnóstico e planejamento na área de Saúde do Trabalhador, orientando a delimitação das fontes de dados;

- utilizar as bases de dados nacionais e os sistemas de informação em saúde de base nacional (SIM, SINAN, SIH, SIA, SIAB), incluindo campos específicos da área, contemplando a questão trabalho;

- SINAN - Incorporar agravos relacionados ao trabalho;

- pensar estratégias para a incorporação de informações sobre a população inserida no mercado informal e os estatutários;

---

<sup>40</sup> DRT/PR.

<sup>41</sup> Coordenadoras.

- capacitação técnica para os profissionais de Saúde do Trabalhador, na área de informação;
- buscar a interssetorialidade e interinstitucionalidade no setor da informação;
- desenvolver estratégias visando integrar as bases de dados interministeriais (RAIS/CAGED/DATAPREV), bem como informação sistematizada da legislação e Saúde do Trabalhador;
- orientação para CONASS e CONASEMS sobre a necessidade de sistemas de informação e comunicação adaptáveis a realidade regional;
- reforçar a importância de discussão da área junto a RIPSA (Rede Interagencial para Informação em Saúde);
- instituir grupo ampliado de discussão no Ministério da Saúde, com a participação de técnicos e trabalhadores, para propor uma política de bi-informação e comunicação em ST.

## **Proposta de Adendo ao Documento da Oficina de Informação e Comunicação do Encontro Nacional de Saúde do Trabalhador**

O COLETIVO DE TRABALHADORES PRESENTES NA OFICINA “Informação e Comunicação em Saúde do Trabalhador”

Considerando que:

- a) a doença e o acidente de trabalho (AT) são gerados na relação concreta e individual entre o trabalhador e o processo de produção do qual é parte;
- b) que a doença e o AT estão inscritos no corpo e na mente dos trabalhadores como fato lesivo à sua saúde, como resultado da expropriação inerente à mais valia;
- c) que este fato é sub-registrado e quando registrado é utilizado segundo a ótica de patrões e governos;

Vem propor à esta plenária:

- 1) que os sindicatos sejam informados e crie as condições para gerar um banco de dados, capaz de produzir informações em Saúde do Trabalhador e Meio Ambiente, capaz de contracenar com as informações apropriadas e divulgadas por governos e patrões;
- 2) que cada sindicato busque, através de seus departamentos de educação e saúde, tornar exequíveis os dados dos agravos à Saúde do Trabalhador, junto as suas bases.
- 3) sugerimos também que as centrais sindicais criem um banco de dados para recolhimento e registro destas informações de suas entidades filiadas.

Assinam:

*Fretremes – Fed. dos Ent. e dos Trab. do MS*

*Asmisa – Ass. Dos Servidores do MS – RJ*

*Siemaca – Sind. dos Emp. em Asseio e Conservação – RJ*

*Sindimed – Sind. dos Médicos de campinas e Região*

*Sindicato dos Trabalhadores Rurais de Carlos Barbosa – RS*

*Sindicato dos Trabalhadores nas Industrias de Construção e do Mobiliário de Lavras – MG*

*Sindicato dos Servidores Públicos Federais de PE*

*Fetrams MS Federação das Entidades no Ministério da Saúde*

*Sindbsp-PA Sindicato dos Trabalhadores de Saúde Publica do Estado do Pará.*

## **Capacitação em Serviço, Graduação e Pós-graduação em Saúde do Trabalhador**

*Ary Miranda*

*Nanci Pinto*

*Glaúcia Ieno<sup>42</sup>*

Além das propostas contidas no “Plano de Formação de Capacitação de Recursos Humanos em Saúde do Trabalhador” aprovado pela CIST/ Conselho Nacional de Saúde, e daquelas que estão no documento base desta oficina, foram recomendados ainda:

- explicitação de um marco teórico norteador do processo formador, baseado no conteúdo da exposição do professor Jaime Breilh;
- que seja incorporada nos programas formadores a questão ambiental, por sua interface com a Saúde do Trabalhador, contemplado aqui o saneamento básico;
- incorporar as questões de Saúde do Trabalhador no Programa de Educação Ambiental destinado aos alunos de 1.º, 2.º, e 3.º graus, a partir de articulação com as universidades, para a sua viabilização no interior do processo de capacitação docente;
- que o Programa de Capacitação atinja também, além dos profissionais de saúde, os integrantes do movimento popular e sindical, assim como os trabalhadores em geral;
- programar capacitação específica para os profissionais de níveis médio e elementar;
- inserir no processo de capacitação do Programa de Saúde da Família os conteúdos relativos ao campo da Saúde do Trabalhador, para todos os níveis.

A oficina recomenda a ampla divulgação e implementação do “Plano de formação e capacitação de recursos humanos em Saúde do Trabalhador para o sistema único de saúde”, acrescido das recomendações deste encontro.

Por fim, cabe reforçar que os caminhos para a operacionalização deste processo de capacitação passam pela realização de oficinas de trabalho em todos os estados do país, envolvendo profissionais do conjunto das instituições locais identificadas como potenciais participantes (Estado, município, universidade, sindicatos etc.).

---

<sup>42</sup> Coordenadores.

## **Investigação e Pesquisa em Saúde do Trabalhador**

*Marco Antônio Rêgo*<sup>43</sup>

*Jorge Machado*<sup>44</sup>

*Francisco Lacaz*<sup>45</sup>

*Herval Pina Ribeiro*<sup>45</sup>

*Luiz Augusto Facchini*<sup>45</sup>

Dinâmica: leitura do documento base; comentários dos convidados e debate do tema.

### **Questões que emergiram do debate**

A questão central colocada foi a contradição existente entre o aumento da capacidade de realização de pesquisas e investigações e a falta de uma política clara de financiamento para a indução de conhecimentos na área, com critérios relacionados à implementação de seus resultados, relacionamento intersetorial e interinstitucional e a participação da sociedade civil. No que se refere ao financiamento, apontou-se como uma alternativa a utilização de recursos originários do VIGISUS e do PSF.

Foram apontadas metodologias que destacam o conhecimento operário, a análise do processo de trabalho e a ênfase em categorias que possam decompor no sentido da construção de conceitos como qualidade de vida, as vezes colocados apenas como bandeiras de políticas empresariais de adesão às empresas.

Foram enfatizadas, positivamente, as metodologias que tenham a característica de estudos de intervenção, pesquisa ação e um compromisso com a difusão e aplicação de seus resultados tendo os trabalhadores como parceiros

Introduzir categorias de qualidade de vida e de desigualdade nos estudos, como forma de superação e contextualização de categorias clássicas dos estudos, em articulação com projetos estratégicos da área de saúde como a proposta de Cidades Saudáveis.

---

<sup>43</sup> Coordenador.

<sup>44</sup> Relator.

<sup>45</sup> Convidados.

O desemprego, a precarização do trabalho e a articulação com temas envolvendo o ambiente e estudos ecológicos de situações características de nosso país foram destacados como temáticas emergentes e necessárias.

O desafio de fundo dos estudos na área de saúde dos trabalhadores é explicitar e trazer para o campo da saúde pública a preocupação com seus determinantes e condicionantes, deslocando e articulando o foco da intervenção.

A complexidade interdisciplinar dos objetos do campo das relações entre saúde e trabalho necessitam da construção de metodologias que incorporem essas dimensões.

Foi colocada a preocupação com o entendimento e apoio a pesquisa pelo movimento sindical. Em particular foi destacada a situação do DIESAT, Departamento Intersindical de Estudos sobre Ambientes de Trabalho e Saúde, em virtual desativação.

Ressaltado o papel da pesquisa como estratégia para construção de uma política pública intersetorial e interinstitucional e de apoio ao processo de municipalização e de fortalecimento do SUS. Neste sentido ressaltou-se a importância da realização de pesquisas no âmbito dos serviços de Saúde do Trabalhador, sendo necessário para isto, a capacitação dos profissionais neste campo. Foi recomendado ainda o estímulo à participação dos profissionais em cursos de pós-graduação como especialização, mestrado e doutorado.

A revisão do modelo calcado nos centros de referência deve ser incentivada no sentido de sua avaliação e redefinição de seu papel de pólo de difusão, dinamizador e de realização de ações.

Definir a construção do perfil de morbimortalidade diante do processo de reestruturação produtiva que induz um duplo perfil epidemiológico específico para os trabalhadores, com a agregação de questões decorrentes de doenças do trabalho estrito senso e de patologias comuns que incidem de forma particular em decorrência do trabalho.

Formular metodologia para o estudo sistemático das informações dos serviços de assistência a saúde dos trabalhadores, bem como utilizar as bases de dados existentes como o Sistema de Mortalidade, de Internação Hospitalar e o Sistema de Notificação de Agravos.

Destacado o grau de dificuldade ao acesso a informação primária para investigação e análise da relação processo de trabalho e saúde pela necessidade do entendimento das organizações que se encarceram, trabalhadores e sindicatos que muitas vezes estão distanciados da discussão da relação entre trabalho e saúde e profissionais que estão diretamente ligados ao atendimento dos trabalhadores, pela dificuldade de relação entre academia e os serviços.

Elogiada a introdução do tema no encontro, sendo sugerida a organização de uma reflexão contínua da pesquisa e investigação como estratégia de fortalecimento e aprofundamento das ações na área de Saúde do Trabalhador.





# ***ANEXOS***

**ANEXO I – Relatório do Pré-Encontro de Saúde do Trabalhador**

*Fátima Sueli Neto Ribeiro*

Em 15/6/99 uma pré-reunião ao Encontro Nacional de Saúde do Trabalhador foi realizada no auditório do anexo do Ministério da Saúde, Brasília, com o intuito de identificar as expectativas dos participantes do Encontro e discutir a dinâmica do mesmo nos próximos dias.

Participaram da reunião representantes da área de Saúde do Trabalhador, Vigilância Epidemiológica e Sanitária das seguintes instituições:

<b>Estados</b>	<b>Municípios</b>	<b>Universidades</b>
Mato Grosso	Barra Mansa/RJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Maranhão	Campinas/SP	Universidade Federal da Paraíba
Paraná	Curitiba/ PR	Universidade Federal do Espírito Santo
Rio Grande do Norte	Goiânia/GO	
Rio de Janeiro	Joinville/SC	
São Paulo	Piracicaba/SP	
Goiás	São Luiz/MA	
	Santos/SP	
	Volta Redonda/RJ	

Foi realizada uma dinâmica de grupo com o intuito de mapear e registrar as expectativas dos participantes para o Encontro. A necessidade de trocar experiências foi a questão mais destacada, consenso entre os participantes, como o ponto mais importante do Encontro.

As propostas individuais foram agrupadas em grandes temas:

Contexto de Saúde e Social Brasileiro:

- Saúde do Trabalhador e o Contexto Privativista (viabilidade, alternativas);
- papel do Estado e dos Municípios;
- conhecimento da Política de Saúde do Trabalhador no Brasil, uma visão do que ocorre globalmente;
- ações judiciais em curso.

Dimensão Política:

- definir uma Política de Saúde do Trabalhador articulada e integrada com outras áreas da saúde e com a Universidade;
- construir uma identidade para a Área no SUS;
- discussão e aprofundamento de todas as interfaces relacionadas à Saúde do Trabalhador.

Experiências:

- conhecer e trocar experiências relacionadas à Assistência e Vigilância em Saúde do Trabalhador dos Estados;
- conhecer as realidades de outros Estados;
- avaliar as ações de Saúde do Trabalhador no nível nacional;
- conhecer como outros Estados enfrentam e superam as dificuldades em Saúde do Trabalhador;
- intercâmbio e troca para possíveis definições;
- trocar experiências;
- dividir expectativas e angústias;
- conhecer novas experiências em Saúde do Trabalhador.

“Institucionalização” da Área:

- fortalecimento da Saúde do Trabalhador em todos os níveis.

Ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador:

- avaliar as ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador desenvolvidas pelo SUS;
- definir estratégias e recursos para a descentralização da assistência, vigilância e pesquisa em Saúde do Trabalhador no SUS;
- analisar a conjuntura da área da Saúde/SUS;
- integrar vigilância, assistência e educação em Saúde do Trabalhador;
- avaliar a situação da vigilância em Saúde do Trabalhador nos diversos Estados;
- discutir a nova estrutura de Saúde do Trabalhador e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária;
- estratégias para ações de vigilância em Saúde do Trabalhador integrada com a Vigilância Sanitária;
- elaborar propostas para o fortalecimento/consolidação nacional de vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS.

Controle Social:

- discutir as ações de Controle Social na Saúde do Trabalhador/SUS.

Recursos Humanos:

- traçar política de formação de recursos humanos.

Informação e Comunicação:

- necessidade urgente de organização de sistema de informação.

Financiamento:

- definir fontes e estratégias de financiamento.

No que tange aos grandes problemas levantados pelos participantes, coube de imediato, as seguintes deliberações:

1) na questão da Ação Direta de Inconstitucionalidade impetrada pela Confederação Nacional das Indústrias contra o Governo do Estado do Rio de Janeiro no Supremo Tribunal Federal.

**Estratégia:** sensibilizar a Mesa-redonda “Avaliando as Práticas” em especial o Deputado Eduardo Jorge, Dr. João Yunes e os Sindicatos.

Realizar uma reunião após as atividades do dia 17/06 com vistas a articular estratégias de ação junto ao Ministério da Saúde e ao Supremo Tribunal Federal.

2) na questão do financiamento das ações de Saúde do Trabalhador.

**Estratégias:** discutir as possibilidades do seguro-acidente do Trabalho na Oficina de Assistência;

3) manter a estratégia de encontros de forma sistemática;

4) criar uma estrutura de associação e/ou rede que viabilize a troca permanente de informações entre os Estados, municípios e universidades.

**Estratégia:** realizar uma reunião noturna para aprofundar os desdobramentos da proposta.

Desdobramentos:

1. criação de uma Associação de Saúde do Trabalhador do SUS; criação da Rede Brasil/Brasil, com vistas a reponder as seguintes perguntas:

- qual o objetivo, o papel e o escopo (mais político ou mais técnico) da área e da associação/rede?

- como estimular a participação de todas as instâncias de uma forma articulada numa rede nacional?

- qual a estratégia de coordenação e custeio dessa instância nacional?

2. Comissão: Paulo Guttierry, Eduardo, Armenes, Marcelo, Fátima Sueli, Jassy, Silvana, Terezinha.

**Participantes**

<i>Nome</i>	<i>Instituição</i>
Andréia de Conto Garbin	CEREST/São Paulo
Arlete Salamere	NST/Município Saudável.
Armenes Ramos Júnior	SMS – Curitiba
Carls Eduardo	COAS – São Paulo – PST
Euze M.S. Carvalho	SES/MT – Coordenador Técnico
Fátima Sueli Neto Ribeiro	SES/RJ
Gláucia Maria de Luna Ienó	CERESAT/PROSAT – UFPB
Inácio Bispo Nunes Filho	Gerência de Qualidade de Vida – MA
Ivanil Mamoré de Souza	Sec. Estadual de Saúde de MT/VISA
Janine Vieira Teixeira	UFES
João Ferreira de Moraes	VISA – Diretor DSAST
Jonhyn Hara	SMS/PST – Barra Mansa – Rio de Janeiro
Marcelo Moreno dos Reis	SMS/PST – Volta Redonda – Rio de Janeiro
Marco Antônio G. Pérez	Programa de Saúde do Trabalhador de Campinas – São Paulo
Maria Cristina do Couto	Vigilância Sanitária Goiás
Maria de Paula S. Pozzi	DVST/CVS/SES – São Paulo
Marivalda M. de Souza	DIPSAT/ GO – SUS
Marlene de Jesus Bezerra Fonseca	GQV/SUVISA – São Luis/MA
Nelson Tomio Endo	SMS/DSQB – Curitiba
Regina Mello Schoeffer	UFES
Silvana Mara Rasesa Ferreira	Programa de Saúde do Trabalhador Piracicaba – São Paulo
Teresinha Nunes	Serviço Saúde do Trabalhador
Tereza Mitsunaga Kulesza	CERESAT/PROSAT – UFPB
Valdelice A. D. de Oliveira	Sec. Municipal de Saúde/VISA
Vitória Régia da Cunha	SSAP/RN – VISA
Wilma Uchoa	CERESAT/PROSAT

## ANEXO II – Perfil do Participante

Número [ ] [ ] [ ] (não preencher este campo)

Responda sobre você

Sexo [ ] (masculino = 1; feminino = 2) Ano de nascimento [ ][ ][ ][ ]

Formação: Nível técnico \_\_\_\_\_ Graduação \_\_\_\_\_

Especialização em Saúde do Trabalhador? [ S ] [ N ]

Mestrado? [ S ] [ N ] Se sim, qual a área? \_\_\_\_\_

Doutorado? [ S ] [ N ] Se sim, qual a área? \_\_\_\_\_

Pós-Doutorado [ S ] [ N ]

Há quanto tempo trabalha com Saúde do Trabalhador (anos) [ ][ ]

Atualmente você trabalha principalmente em que área? [ ]

(vigilância = 1; capacitação = 2; informação = 3; assistência = 4; investigação = 5; outros = 6)

Quais os temas em Saúde do Trabalhador que mais lhe interessam?

(A) \_\_\_\_\_ (B) \_\_\_\_\_

Você vai apresentar trabalho? [ S ] [ N ]; Poster? [ S ] [ N ]; Comunicação oral? [ S ] [ N ]

Você vai participar de qual oficina? [ ]

(assistência = 1; vigilância = 2; informação e comunicação = 3; capacitação = 4; investigação = 5)

Responda sobre a principal instituição/organização/entidade a qual você pertence

Região [ ] Norte = 1 Nordeste = 2 Centro-oeste = 3 Sudeste = 4 Sul = 5

Estado \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_

Tipo [ ] (SUS = 1; universidade = 2; sindicato de trabalhadores = 3; sindicato de empregadores = 4 instituição de pesquisa = 5; consultoria / assessoria = 6; ONG = 7; outros = 8)

Âmbito [ ] (Federal = 1; Estadual = 2; Municipal = 3; NSA = 9)

Natureza [ ] (Pública = 1; Privada = 2; Filantrópica = 3; outros = 6)

Qual a sua função dentro do seu principal local de trabalho? [ ]  
{ Diretoria/coordenação/gerência/chefia = 1; técnico = 2; professor = 3; consultor/assessor = 4; apoio administrativo = 5; outro = 6, qual? \_\_\_\_\_ }

Responda especificamente quanto aos temas das oficinas

### 1- Assistência à Saúde do Trabalhador

(responsável pela temática acrescentar se achar necessário)

### 2- Vigilância em Saúde do Trabalhador

(responsável pela temática acrescentar se achar necessário)

### 3- Informação & Comunicação

(responsável pela temática acrescentar se achar necessário)

### 4- Capacitação em serviço, graduação e pós graduação em Saúde do Trabalhador

Sua instituição desenvolve capacitação em Saúde do Trabalhador? [ S ] [ N ]

Se sim, de que tipo? [ ] [ ] [ ] [ ] (pode enumerar mais de um)

{Especialização em ST = 1; Especialização em medicina/enfermagem do trabalho = 2; Disciplina na graduação = 3; Treinamento em serviço = 4; Curso de atualização = 5; Programa de educação continuada = 6; outros = 7, qual? \_\_\_\_\_ }

Que tipo de capacitação deveria ser priorizada em ST? [ ] (usar os mesmos códigos acima)

Como você acha que principalmente tem se dado a formação das pessoas que trabalham com Saúde do Trabalhador? na sua entidade: \_\_\_\_\_

No seu Estado: \_\_\_\_\_

### 5- Investigação e Pesquisa em Saúde do Trabalhador

Sua instituição desenvolve estudos rotineiramente? [ S ] [ N ]

Que dificuldades você/seu grupo encontram?

Falta de interesse do gestor [ S ] [ N ]      Falta de decisão política [ S ] [ N ]

Falta de recursos/financiamento [ S ] [ N ] Falta / pouca qualificação do corpo **técnico** [ S ] [ N ]

Você tem conhecimentos básicos de Epidemiologia? [ S ] [ N ] Trabalha com o Epi-Info? [ S ] [ N ]

Você acha que seria importante um programa de qualificação mínima para habilitar os profissionais dos serviços a se envolverem na realização de pesquisas [ S ] [ N ]

Responda quanto ao encontro

Como você soube do Encontro? [ ] {Ofício/FAX =1; Internet (página do MS) =2; e-mail =3; folder/cartaz = 4; boletim infoc = 5; outro meio = 6, qual \_\_\_\_\_ }

Brasília é um bom local? [ S ] [ N ]

Em que cidade você sugere o próximo encontro? \_\_\_\_\_



## **ANEXO III – Resultado da Pesquisa do Participante.**

### **Perfil dos Participantes do Encontro Nacional de Saúde do Trabalhador realizado em Brasília em Junho de 1999.**

*RÊGO, M.A.V.*

*BARREIROS, M.F.*

*CONCEIÇÃO, P.S.A.*

A área de Saúde do Trabalhador é recente no nosso País e pouco se conhece sobre o perfil dos profissionais que atuam nesta área.

O presente estudo objetivou conhecer o perfil dos participantes do Encontro Nacional de Saúde do Trabalhador, como uma aproximação para o conhecimento sobre quem atua na área no Brasil.

Através do *Epi-Info* foram analisadas as informações de um total de 118 questionários auto-aplicados, distribuídos aos participantes do Encontro realizado em junho de 1999 em Brasília – DF.

Cerca de 1/3 dos participantes no Encontro responderam ao questionário. Observou-se que 50,9% eram do sexo masculino, sendo a participação feminina de 49,1%. Quanto à formação, 79,0% eram de graduados e 21,0% possuíam nível técnico ou 2.º grau. Quanto à profissão dos graduados 36,1% eram médicos, 9,3% psicólogos, seguidos de assistentes sociais e enfermeiros com 8,1%.

Cerca de dois terços (64,7%) dos graduados possuíam especialização em Saúde do Trabalhador, 30% tinham mestrado já concluído e 6% tinham doutorado. O maior número de participantes foram do Sudeste do País, 35,1% ficando em segundo lugar a região Nordeste com 24,6%.

Quanto à principal instituição/entidade a qual os participantes estavam vinculados, verificou-se que 35,1% era de âmbito estadual, 32,4%, municipal e 27,0% federal, sendo que 5,5% não pôde ser classificado desta forma. Quanto à natureza da instituição, 82,5% era pública, 5,5% privada, 1,0% filantrópica e 11,0%, outras.

Embora não seja possível extrapolar os dados, chamou a atenção a elevada proporção de profissionais com especialização e com mestrado e a concentração de profissionais da área médica, que representou mais de um terço dos graduados.

Seria importante aprofundar o conhecimento sobre estes profissionais como um subsídio para o desenvolvimento de recursos humanos necessários para ampliar experiências em Saúde do Trabalhador no País.

## ANEXO IV – Trabalhos Apresentados no Encontro Nacional de Saúde do Trabalhador

### Assistência e Organização de Serviços

- Construindo Práticas, Integrando Áreas, Vencendo Desafios: A Experiência do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador da Lapa – Município de São Paulo. Cabette de Oliveira, Jassyendy; Udihara, Maria Lúcia – Centro de Referência em Saúde do Trabalhador da Lapa. Secretaria Municipal de Saúde – Prefeitura do Município de São Paulo. Rua Cotoxó, 664, São Paulo, São Paulo CEP: 05021-000 Tel.: (11) 3865-2213 Fax: (11) 3862-8017.
- Centro Metropolitano de Apoio à Saúde do Trabalhador – CEMAST/PR: A Estruturação de um Serviço em Saúde do Trabalhador. Pinto, Nanci Ferreira; Pinto, José Luiz Nishihara; Murakami, Yumie; Figueiredo, Regina Silva H. dos S. SESA/ISEP – Centro Metropolitano de apoio à Saúde do Trabalhador. Rua Barão do Rio Branco, 465, Centro, Curitiba, Paraná CEP: 80010-180 Tel.:(41) 322-2299 Fax: (41) 232-5071.
- A Experiência do Ambulatório de Doenças Relacionadas ao Trabalho da Escola Paulista de Medicina. Lacaz, Francisco Antonio de Castro; Pinto, Nicanor Rodrigues da Silva e Spedo, Sandra Maria. Centro de Estudos em Saúde Coletiva (Cesco) da Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina. (Unifesp-EPM). Rua dos Otonis, 592, V. Clementino, São Paulo, São Paulo CEP: 04025-000 Tel.: (11) 572-0609/576-4586 Fax: (11) 539-7195 E-mail: [nrspinto@uol.com.br](mailto:nrspinto@uol.com.br)
- Atenção à Saúde do Trabalhador – O Caso do Espírito Santo. Bourguignon, Denise Rosindo; Felipe, Eliane do Carmo R. V.; Luciano, Luzimar dos Santos. Centro de Referência em Saúde do Trabalhador. Praça Ubaldo Ramalheite Maia, 80, Centro, Espírito Santo CEP: 29015-230 Tel.: (27) 381-3332 Fax: (27) 381-3331.
- Assistência à Saúde do Trabalhador em Angra dos Reis – Dilemas e Perspectivas. Sant’Anna, Fátima; Figueiredo, Cláudio; Moraes, Solange; Silva, Enaldo; Rasteli, Glória; Brito, Ana Maria. Programa de Saúde do Trabalhador / Secretaria Municipal de Saúde de Angra dos Reis. Rua Cel. João Brandão 105/202, São Francisco, Niterói, Rio de Janeiro CEP: 24365-060 Tel.: (21) 714-6657 Fax: (24) 365-1215.
- Plenária dos Conselhos Gestores dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CRST) – Experiência de Controle Social na Gestão de Serviços Públicos. Ciliberti, M. Ermínia; Pozzi, M. Paula S; Barbeiro, Sandra Magali F. Camargo, José Augusto e Bragatto, Yamara.
- Organização de Serviços do Centro de Referência Especializado em Saúde Ocupacional da Secretaria Municipal de Saúde de São José dos Campos, SP. Raimundo da Silva, Luiz Antonio e Sonny Hoyer, Reiko Henrietta. Centro de Referência em Saúde Ocupacional, Secretaria Municipal de Saúde, Prefeitura Municipal de São José dos Campos. Rua José de Alencar, 123, Centro, São José dos Campos, São Paulo CEP: 12209-530 Tel.: (11) 347-8152/322-7946 Fax: (11) 347-8530 E-mail: [pmsjc@polovale.softex.br](mailto:pmsjc@polovale.softex.br)
- Intersetorialidade em Saúde do Trabalhador – A Proposta da Subcomissão sobre o Uso de Agrotóxicos e a Saúde do Trabalhador Rural, CIST, Ponta Grossa. Blum, Darlene Taques; Rezende, June M. Passos. Comissão Interinstitucional de Saúde do Trabalhador de Ponta Grossa, Paraná.

- Controle Social na Vigilância em Saúde do Trabalhador como Prática de Transformação do Poder Público. Ribeiro, Fátima – PST/Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro & UERJ; Teixeira, Clara – PST/Secretaria Estado de Saúde do Rio de Janeiro e Mestranda da ENSP/FIOCRUZ; Oliveira, Salvador – CONSEST/Sind. Petroquímicos de Duque Caxias; Dantas, Luiza – CONSEST/Sind. de Combate às Endemias; Galindo, Felipe – Instituto de Nutrição/UERJ. Rua México 128/419, Castelo, Rio de Janeiro CEP: 20031-142 Tel.: (21) 240-4418 Fax: (21) 240-1748 E-mail: [fsueli@saude.rj.gov.br](mailto:fsueli@saude.rj.gov.br)
- Controle Social em Saúde do Trabalhador: 7 anos da Experiência da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador – CIST, Paraná. Ramos Júnior, Armenes; Araújo, Cristina; Pereira, Olga Estefânia. Rua Piquiri 170, 1.º andar, Rebouças, Curitiba, Paraná CEP: 80230-040 Tel.: (41) 333-3434 Fax: (41) 333-3341.
- Atividades Produtivas em Angra dos Reis e os Riscos à Saúde – Uma Proposta de Vigilância. Sant’Anna, Fátima; Fernandes, Valcler; Antonaz, Diana; Araújo, Gilberto Alves; Raimundo, Jorge; Oliveira, Roberto. Programa de Saúde do Trabalhador/Secretaria Municipal de Saúde de Angra dos Reis; Sindicato dos Bancários/Angra dos Reis; SINDIPETRO/ Angra dos Reis. Rua Cel. João Brandão 105/202, São Francisco, Niterói, Rio de Janeiro CEP: 24365-060 Tel.: (21) 714-6657 Fax: (24) 365-1215.
- A Implantação do Instituto de Saúde do Trabalhador no Município de Juiz de Fora, MG na Contramão da História: Um Desafio. Vieira, Meire Cristina da Fonseca; Silva, Ivone Garcia. Secretaria Municipal de Saúde, Instituto de Saúde do Trabalhador. Rua Marechal Deodoro, 496, 1.º andar/sala 108, Centro, Juiz de Fora, Minas Gerais CEP: 36013-001 Tel.: (32) 690-7466/7465/751 Fax: (32) 690-7549.
- Saúde do Trabalhador na Secretaria Estadual da Paraíba: O Modo de Fazer sem Implementar. Edil Ferreira da Silva. Doutorando Fiocruz/ENSP. Rua Barata Ribeiro, 228, apto 702, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro CEP: 22040-000 Tel.: (21) 256-3141 E-mail: [edil@ensp.fiocruz.br](mailto:edil@ensp.fiocruz.br)
- Relato de Experiência: 10 Anos de Saúde do Trabalhador no SUS – Município de Santos. Malvezzi, Florize e colaboradores. SEVREST, Santos. Praça Rui Barbosa, n.º 23/6.º andar, Centro, Santos, São Paulo CEP: 11010-130 Tel./Fax: (13) 219-2420.
- Programa de Saúde do Trabalhador da UFPB: Desencadeando Processos. Medeiros, Nilma M. U. (HULW – UFPB, CERESAT – NESC/CCS/UFPB); Kulesza, Tereza M. (DPS, CERESAT – NESC/CCS/UFPB); Ieno, Gláucia M. L. (CERESAT – NESC/CCS/UFPB); Nascimento, Madalena Q. (CERESAT – NESC/CCS/UFPB). Cidade Universitária – Campus I, Castelo Branco, João Pessoa, Paraíba CEP: 58051-970 Tel.: (83) 216-7242 Fax: (83) 216-7095 E-mail: [nesc@ccs.ufpb.br](mailto:nesc@ccs.ufpb.br)
- Vida de Trabalhador: Perfil dos Trabalhadores Atendidos no Núcleo de Referência em Saúde do Trabalhador (NUSAT 1) da SMS/RJ. Machado Martins, Dulcéa; Cavalcante, Adília Maria; Silva, Célia Jorgina da; Gomes, Isabel Cristina; Strausz, Maria Cristina e Silva Ferrari, Welton. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Rua Barão de Lucena, n.º 115, apto. 1408, Botafogo, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro CEP: 22260-020 Tel.: (21) 539-8930 E-mail: [dulcea@ruralrj.com.br](mailto:dulcea@ruralrj.com.br)
- Saúde Mental e Trabalho: A Experiência de um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de São Paulo. Rocha, Lys Esther; Batista, Maria Lúcia; Mendonça, Maria Goretti Vieira.
- Trabalho do Adolescente e sua Relação com Aproveitamento Escolar e Saúde. Garavello, E. T. A.; Marques, M. M. C.; Fonseca, M. C. A. A.; Klemenc, M. Centro de Referência de Saúde do Trabalhador de Santo Amaro. Av. Adolfo Pinheiro, 581, Santo Amaro, São Paulo CEP: 04733-100 Tel.: (11) 541-8992 Fax: (11) 541-8992.
- Lesões de Esforços Repetitivos: Uma Proposta Alternativa de Tratamento. Hoefel, M. G.; Bianchessi, D. L. C.; Ramos, M. Z; Merlo, A.; Jacques, M. G.; Weber, L.; Silveira, R. S. e Merola, S. Serviço de Medicina Ocupacional e Serviço de Psicologia do Hospital

- de Clínicas de Porto Alegre. Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina – CEDOP, Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Rua Ramiro Barcelos, 2600, 4.º andar, Santana, Rio Grande do Sul CEP: 90035-003 Tel.: (51) 316-5291 Fax: (51) 316-5291.
- Estudo da Doença do Trabalho no SUS: Algumas Características das LER/DORT. Gava, Marília. Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura de Belo Horizonte. Rua Pinheiro Chagas, 125, Barreiro de Baixo, Belo Horizonte, Minas Gerais CEP: 30640-030 Tel.: (31) 384-4855 ou (31) 277-5800.
- Grupo Postural Energético. Camargo de Araújo, Lúcia Elena; Mendes, Maria do Rosário Lopes e Daolio, Maria Isabel. Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, LAPA. Rua Cotoxó, 664, São Paulo, São Paulo CEP: 05021-000 Tel.: (11) 3865-2213 Fax: (11) 3862-8017.
- A Intervenção do CRST, Mooca, no Uso do Asbesto. CRST, Mooca. Av. Paes Barros 872, Mooca, São Paulo, São Paulo CEP: 03114-000 Tel.: 9964-4602 Fax: (11) 2910520.
- Modelo Assistencial Interinstitucional em Saúde do Trabalhador – O Projeto do Centro de Apoio à Saúde do Trabalhador de Ponta Grossa. Blum, Darlene Taques e Resende, June M. Passos. Comissão Interinstitucional de Saúde do Trabalhador de Ponta Grossa, PR.
- Plano de Ação da Equipe de Saúde do Trabalhador do Grupo de Vigilância Sanitária da Direção Regional de Saúde da Baixada Santista – DIR XIX. Nogueira de Moura, Valéria Cardoso. Direção Regional de Saúde da Baixada Santista, DIR XIX, SES/SP Tel.: (13) 222-1282 E-mail: [jukaval@uol.com.br](mailto:jukaval@uol.com.br)
- Perfil da Demanda dos Usuários do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador em 1997. L. P. Costa, Elisângela; Sodrê, Francis (Bolsistas PET - Serviço Social da Universidade Federal do Espírito Santo e Estagiárias do CRST/ES); M. R. de Oliveira, Regina; F. Bastos, Rúbia (Assistentes Sociais do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador). Ed. Aventurina, apto. 301, 6.ª etapa, Coqueiral de Itaparica, Vila Velha, Espírito Santo CEP: 29102-206 Tel.: (27) 339-2030 E-mail: [franinha@hotmail.com](mailto:franinha@hotmail.com)
- Trabalho Desenvolvido pelo CRST, Mooca. Av. Paes de Barros, 872, Mooca CEP: 03114-000 Tel.: 99644602 Fax: 291-0520.
- Proposta de Atendimento de Lesões por Esforços Repetitivos ou Doenças Ocupacionais Relacionadas ao Trabalho no Membro Superior do Serviço de Medicina Física e Reabilitação do Hospital do Trabalhador Curitiba, Paraná. Freitas, F. V., De Pietro, D. Hospital do Trabalhador, Serviço de Medicina Física e Reabilitação. Av. República Argentina, 4406, Curitiba, Paraná CEP: 81050-000 Tel.: (41) 346-2444, Ramal 203
- Estudo da Doença do Trabalho no SUS: Algumas Características das LER/DORT. Gava, Marília. CERSAT – Centro de Referência à Saúde do Trabalhador do Barreiro/Secretaria Municipal de Saúde, Prefeitura de Belo Horizonte, Rua Pinheiro Chagas, 125, Barreiro de Baixo, Belo Horizonte, Minas Gerais CEP: 30640-030 Tel.: (31) 384-4855 ou (31) 32775800.
- Convivendo com a LER/DORT – Trabalho do Grupo de Consciência Corporal. Drumond, A. Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Av. Afonso Pena, 2336, 4.º andar, Funcionários, Belo Horizonte, Minas Gerais CEP: 30130-007 Tel.: (31) 3277-7800 Fax: (31) 3277-7797 E-mail [susbh@pbh.gov.br](mailto:susbh@pbh.gov.br)
- Tratamento de LER/DORT com Acupuntura. Cardoso, Pedro Alves. Fundação Hospitalar do Distrito Federal – FHDF. Departamento de Saúde do Trabalhador, DESAT, EQS 912, Brasília, Distrito Federal CEP: 70000-000 Tel.: (61) 245-3833.
- Reabilitação da Mão e a Saúde do Trabalhador. Freitas, F. V., De Pietro, D. Hospital do Trabalhador / Serviço de Medicina Física e Reabilitação. Av. República Argentina, 4406, Curitiba, Paraná CEP: 81050-000 Tel.: (41) 346-2444, Ramal 203

- Lesões por Esforços Repetitivos e Alterações Metabólicas Associadas. Hoefel, M. G.; Merlo, A.; Mulazzani, P.; Trindade, D. M.; Joveleviths, D.; Friedman, R.; Azambuja, M. I.; Volkmann, L.; Bravo, M. F.; Ferronato, M. E.; Louzado, M.; Zignani, J. M. Serviço de Medicina Ocupacional do Hospital de Clínicas de Porto Alegre – CEDOP/Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Av. Ramiro Barcelos, 2350, Rio Grande do Sul CEP: 90035-003 Tel.: (51) 316-8000 Fax: (51) 316-8001
- Controle Social em Saúde do Trabalhador: A Vigilância e a Construção de Sujeitos Políticos. Freire, Lúcia. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Serviço Social – Programa de Estudos do Trabalho e Reprodução Social. (UERJ-FSS-PETRES). Rua Humberto de Campos, n.º 382, apt.º 1.603, Leblon, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro CEP: 22430-190 Tel.: (21) 294-2989 Fax: (21) 239-0907.
- Saúde do Trabalhador e Qualidade de Vida. Soares, Cassilda e Equipe de Saúde do Trabalhador/Instituto Nacional de Câncer – INCa. Rua dos Inválidos, n.º 212, Centro, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro CEP: 20231-020 Tel.: (21) 224-6908 (21) 506-6105 Fax: (21) 5090182.
- Trabalhando com Prazer. Cunha, Wéltina Teixeira. CESAT. Rua Pedro Lessa, 123, Canela, Salvador, Bahia CEP: 40110-50.
- Reinserção social através do trabalho. Barfknecht, Kátia; Ferreira, Carmen Vera; Gigante, Marisa. Travessa Pesqueiro, 60, apto.504, Menino Deus, Porto Alegre, Rio Grande do Sul CEP: 90050-260 Tel.: (51) 2866642 E-mail: [katiab@cpovo.net](mailto:katiab@cpovo.net)
- Gostaria de estar em casa assando um peixe na brasa. Freitas, F.V. Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná. Rua General Carneiro, 280, Centro, Curitiba, Paraná CEP: 80050-000 Tel.: (41) 360-1800, ramal 262.
- Estratégia para implantação de um modelo de rotulagem preventiva de produtos químicos, no Estado de São Paulo, Brasil. Arcuri, Arline Sydneia Abel - Pesquisadora FUNDACENTRO; Lopes, Cleide – CRST/Lapa; Andrade, Esther M. O. Archer de Camargo – CRST/SA; Buschinelli, José Tarcísio Penteado – Assessor Técnico do Projeto de Cooperação Técnica Brasil – Itália; Andreotti, Magda – CRST/Freguesia do Ó; Magnanelli, Neli Pires –CRST/Lapa. Av. Adolfo Pinheiro, 581, Santo Amaro, São Paulo, São Paulo CEP: 04733-100 Tel.: (11) 541-8992 Fax: (11) 541-8992 E-mail: [archer@uol.com.br](mailto:archer@uol.com.br)
- Perfil da Vacinação contra a Hepatite B em Funcionários do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Joveleviths, D.; Souza, A. H. S.; Beck, A.; Dubina, F.; Oliveira, M. G.; Trindade, D.; Hoefel, M. G.; Maciel, D. N. P.; Zignani, J. M.; Louzado, M. Serviço de Medicina Ocupacional do Hospital de Clínicas de Porto Alegre – Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Apoio do Centro de Documentação, Pesquisa e Formação em Saúde e Trabalho (CEDOP-UFRGS). Av. Ramiro Barcelos, 2350, Rio Grande do Sul CEP: 90035-003 Tel.: (51) 316-8000 Fax: (51) 316-8001
- Impactos Sociais e Ambientais no Desenvolvimento de Agricultura em um Assentamento de Trabalhadores Rurais no Brasil. Pérez, M. A. G.; Castro, V. L.; Silveira, M. A.; Vasquez, A. P. CNPA/EMBRAPA – Ministério da Agricultura; UNICAMP – Universidade Estadual de Campinas; Programa de Saúde do Trabalhador de Campinas Tel.: (19) 735-0187 E-mail: [smsdpp@campinet.sp.gov.br](mailto:smsdpp@campinet.sp.gov.br)

## CAPACITAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS

- Formação Interdisciplinar em Saúde do Trabalhador: A Experiência da Especialização em Saúde/Trabalho no CEDOP – UFRGS. Azambuja, Maria I.; Fensterseifer, Lísia; Jacques, Maria da G.; Joveleviths, Dvora; Mendes, Jussara; Merlo, Álvaro; Oliveira, Paulo Antônio; Trindade, Damásio. CEDOP/UFRGS – Rua Ramiro Barcelos, 2600, sala 413, Santana, Rio Grande do Sul CEP: 90035-003 Tel.: 316-5291 Fax: 316-5291 E-mail: [cedop@vortex.ufrgs.br](mailto:cedop@vortex.ufrgs.br)
- Novos Olhares sobre a Relação Saúde/Trabalho: A Dimensão de Gênero. Cruz de Brito, Jussara. R. Humaitá 249/504, Humaitá, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro Cep: 22261-000 Tel.: (21) 527-0695 Fax: (21) 270-3219 E-mail: [jussara@ensp.fiocruz.br](mailto:jussara@ensp.fiocruz.br)
- Formação de Recursos Humanos no Processo de Municipalização em Saúde do Trabalhador. Oliveira, Simone; Machado, Jorge; Araújo, Gilberto; Thedim Costa, Sonia; Marins, Dulcéa; Sant’Anna, Fátima. CESTE/ENSP /FIOCRUZ; PST/Secretaria Municipal do Rio de Janeiro; PST/ Secretaria Municipal de Saúde de Angra dos Reis. Rua Leopoldo Bulhões 1480, Mangueiras, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro CEP: 21041-210 Tel.: (21) 564-1050 Fax: (21) 270-3219.
- Avaliação Curricular da Especialização em Saúde do Trabalhador: O Enfoque Participativo. Reis Souza, Kátia; Marques Santos, Blandina; Carvalho de Miranda, Ary; Brito, Jussara; Oliveira, Simone. Centro de Estudos de Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana/ENSP/FIOCRUZ. Rua Leopoldo Bulhões, 1480, Mangueiras, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro CEP: 21041-210 Tel.: (21) 564-1050 Fax: (21) 270-3219 E-mail: [ary@ensp.fiocruz.br](mailto:ary@ensp.fiocruz.br)
- A Experiência de Formação Técnica em Saúde do Trabalhador em um Serviço do Município de São Paulo. S. Tocci, Elvira; M. C. Marques, Margarida; Klemenc, Marisa. Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de Santo Amaro, PMSP. Av. Adolfo Pinheiro, 581, Santo Amaro, São Paulo CEP: 04733-100 Tel.: 541-8992 Fax: 541-8992.
- Capacitação de Recursos Humanos – A Experiência do CRST/ES. Bastos, Rúbia Ferreira; Bourguignon, Denise. Centro de Referência em Saúde do Trabalhador do Estado do Espírito Santo. Praça Ubaldo Ramalheira Maia, 80, Centro, Espírito Santo CEP: 29015-230 Tel.: (27) 381-3332 Fax: (27) 381-3331.
- Capacitação de Vigilância em Saúde do Trabalhador – A Experiência da Troca de Experiência. Vasconcellos, Luiz Fadel – Divisão de Saúde Ocupacional do Ministério da Saúde/Rio de Janeiro; Ribeiro, Fátima Sueli – Programa de Saúde do Trabalhador da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro & INU/UERJ; Teixeira, Clara – Programa de Saúde do Trabalhador da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. Rua México, 128/419, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro CEP: 20031-142 Tel.: (21) 240-4418 Fax: (21) 547-8749 E-mail: [fsueli@saude.rj.gov.br](mailto:fsueli@saude.rj.gov.br)
- Capacitação como Estratégia para o Desenvolvimento da Política de Saúde do Trabalhador na Paraíba. Ieno, Gláucia M. L. (CERESAT – NESC/CCS/UFPB); Kulesza, Tereza M. (DPS, CERESAT – NESC/CCS/UFPB); Medeiros, Nilma M. U. (HULW – UFPB, CERESAT – NESC/CCS/UFPB); Nascimento, Madalena Q. (CERESAT – NESC/CCS/UFPB). Cidade Universitária – Campus I, Castelo Branco, João Pessoa, Paraíba CEP: 58051-970 Tel.: (83) 216-7242/7249 Fax: (83) 216-709 E-mail: [nesc@ccs.ufpb.br](mailto:nesc@ccs.ufpb.br)
- Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde do Trabalhador: A Experiência do CESAT – BA. Servo, Liege Maria. Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador. Rua Pedro Lessa, 123, Canela, Bahia CEP: 40110-050 Tel.: (71) 336-1627 Fax: (71) 336-1788 E-mail: [cesat@main.prodeb.gov.br](mailto:cesat@main.prodeb.gov.br)

- Capacitação Multisetorial em Saúde do Trabalhador: A Experiência do Estado da Bahia. Servo Liege, Maria & Rangel, Lígia. CESAT/SESAB. Rua Pedro Lessa, 123, Canela, Bahia CEP: 40110-050 Tel.: (71) 336-1627 Fax: (71) 336-1788 E-mail: [cesat@main.prodeb.gov.br](mailto:cesat@main.prodeb.gov.br)
- Oficina de Discussão para o Desenvolvimento de Ações em Saúde da Criança e do Adolescente Trabalhador para Profissionais do SUS em São Paulo. Carmo, J.C.; Garbin, A.C.; Mesquita, M.Q. M.; Morrone, L.C.; Santos, S.A. Centro de Referência em Saúde do Trabalhador do Estado de São Paulo (CEREST/SP); Centro de Estudos Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão (CEALAG), Departamento de Medicina Social, Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Rua Conselheiro Crispiniano, n.º 20, 8.º andar, Centro, São Paulo, São Paulo CEP: 01037-000 Tel.: (11) 231-5390/259-9075 Fax: (11) 257-6240 E-mail: [cerest.sp@sti.com.br](mailto:cerest.sp@sti.com.br)
- Programa de Educação Contínua em Saúde do Trabalhador – 1997/1998. Sampaio, Maria do Rosário. Fundacentro/MG. Rua Guajajaras, n.º 40, Centro, Minas Gerais CEP: 30180-100 Tel.: (31) 273-3766 Fax: (31) 222-2996 E-mail: [zarasampaio@hotmail.com](mailto:zarasampaio@hotmail.com)
- Reflexões sobre Interdisciplinaridade e a Saúde do Trabalhador. Porto, Marcelo F. de Souza (Pesquisador do CESTE/ENSP/FIOCRUZ); Almeida, Gláucia Elaine Silva de (Mestranda do CESTE/ENSP/FIOCRUZ). Rua Leopoldo Bulhões 1480, Mangueiras, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro CEP: 21041-210 Tel.: (21) 598-4413/4414 Fax: (21) 270-3219 E-mail: [firpo@ensp.fiocruz.br](mailto:firpo@ensp.fiocruz.br)
- Especialização em Medicina do Trabalho: Um Balanço de 10 Anos - Azambuja, Maria I.; Fensterseifer, Lísia; Hoeffel, Maria da Graça; Jovelethis, Dvora; Mendes, Jussara M.; Merlo, Álvaro; Oliveira, Paulo Antônio; Trindade, Damásio - CEDOP-UFRGS- Rua Ramiro Barcelos 2.600 – sala 413 – Santana – Rio Grande do Sul CEP: 90035-003 Tel./Fax: (51) 316-5291 E-mail: [cedop@vortex.ufrgs.br](mailto:cedop@vortex.ufrgs.br)
- Uma Experiência Inovadora de Formação em Saúde do Trabalhador em Graduação de Medicina. Azambuja, Maria I.; Jovelethis, Dvora; Merlo, Álvaro; Oliveira, Paulo Antônio; Trindade, Damásio. CEDOP/UFRGS. R. Ramiro Barcelos, 2.600, sala 413, Santana, Rio Grande do Sul CEP: 90035-003 Tel.: (51) 316-5291 Fax: (51) 316-529 E-mail: [cedop@vortex.ufrgs.br](mailto:cedop@vortex.ufrgs.br)
- Projeto de Educação em Saúde e Segurança do Trabalhador Rural. Carmo, J. C.; Garbin, A. C.; Santos, S. A. Centro de Referência em Saúde do Trabalhador do Estado de São Paulo (CEREST/SP); FUNDACENTRO; Força Sindical.

## **INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO**

- Sistema de Vigilância do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador da Freguesia do Ó, Prefeitura do Município de São Paulo. Marins, I. C.; Castro, K.; Neves, H.; Umbelino, C.; Costa, W. A.; Uehara, M. K. Av. Itaberaba, 1.218, Freguesia do Ó, São Paulo, São Paulo CEP: 02734-000 Tel.: (11) 875-0974 Fax: (11) 875-0974.
- Sistema de Informação para Vigilância à Saúde do Trabalhador: Uma Proposta. Gava, Marília; Moreira, Cristina F. W.; Fonseca, Maria C.; Faria, Alexandre T. S. CERSAT – Centro de Referência à Saúde do Trabalhador do Barreiro/Secretaria Municipal de Saúde/Prefeitura de Belo Horizonte. Rua Pinheiro Chagas, 125, Barreiro de Baixo, Belo Horizonte, Minas Gerais CEP: 30640-030 Tel.: (31) 3384-4855 ou (31) 3277-5800.
- Sistema de Informação do CRST – Relato de Experiência. Bourguignon, Denise; Luciano, Luzimar; Paiva, Marcio; Rohr, Roseane. Centro de Referência em Saúde do



Trabalhador do Estado do Espírito Santo. Praça Ubaldo Ramalhete Maia, 80, Centro, Espírito Santo CEP: 29015-230 Tel.: (27) 381-3322 Fax: (27) 381-3331.

- Projeto de Cooperação Técnica Brasil-Itália: “Proteção da Saúde nos Ambientes de Trabalho no Estado de São Paulo” e a Implantação do CDI-ST: Centro de Documentação e Informação em Saúde do Trabalhador. Nascimento, Henrique O. C. – CDI-ST/DVST/CVS/SES-SP; Pozzi, M. Paula S. - Coordenadora do CDI-ST/DVST/CVS/SES-SP; Uehara, Marília K. –DVST/CVS/SES-SP.
- Comitê de Investigação de Óbitos e Amputações Relacionados ao Trabalho do Estado do Paraná – Propondo um novo uso da Informação. Ramos Jr., Armenes; Rezende, June M. P.; Araújo, Cristina R.; Albuquerque, Guilherme C. Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba; Secretaria Estadual de Saúde do Paraná, DRT do Paraná. Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba/Serviço de Saúde do Trabalhador: Av. Sete de Setembro, 3.497, Curitiba, Paraná CEP: 80230-010 Tel.: (41) 322-4222 E-mail: [armenes@pr.gov.br](mailto:armenes@pr.gov.br)
- Aproximações ao Perfil Produtivo-sanitário da Região do Norte de Minas – Mapeamento de Riscos e Danos em Saúde do Trabalhador. Fabel, Murilo (coord.); Rodrigues, Silvânio; Oliveira, Guilherme; Pimenta, João; Sampaio, Cristina. Universidade Estadual de Montes Claros – UNIMONTES/Hospital Universitário Clemente Faria – HUCF/Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa em Saúde – NIPES. Rua Cula Mangabeira, 562, Santo Expedito, Montes Claros, Minas Gerais CEP: 39400-001 Tel.: (38) 3229-8200 R: 262 Fax (38) 3229-8205 E-mail: [fabel@net.em.com.br](mailto:fabel@net.em.com.br)
- A Saúde de Trabalhadores Assentados em Projetos de Reforma Agrária: Considerações sobre sua Realidade Concreta na Campanha do RGS. Wiest, José M. – Instituto de Ciência e Tecnologia dos Alimentos/UFRGS; Avancini, César A. M. – Faculdade de Veterinária/UFRGS; Bergman, Guiomar P. – Faculdade de Veterinária/UFRGS, ICTA/UFRGS/Campus do Vale. Porto Alegre, Rio Grande do Sul CEP: 15090 Tel.: (51)316-7107 Fax: (51) 316-7048 E-mail: [jmwiest@vortex.ufrgs.br](mailto:jmwiest@vortex.ufrgs.br)
- A Articulação Necessária entre os Serviços de Saúde do Trabalhador – O Salto de Qualidade a partir de Redes de Integração. Ribeiro, Fátima Sueli – PST/ Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro; Barbeiro, Sandra – CRST/Lapa; Agria, Sérgio – CRST/Moóca, Município de São Paulo; Bellinati, Carlos Eduardo; Oliveira, Jassyendy & Koishi, Sônia – Programa de Saúde do Trabalhador do Município de São Paulo; Marcolino Filho, Arnaldo – Sindicato dos Radialistas/Plenária dos Conselhos Gestores de Saúde do Trabalhador/Município de São Paulo. Rua México, 128/418, Castelo, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro CEP: 20031-142 Tel.: (21) 240- 4418 Fax: (21) 240-1748 E-mail: [fsueli@saude.rj.gov.br](mailto:fsueli@saude.rj.gov.br)
- Estudos sobre Saúde do Trabalhador apresentados nos Congressos Brasileiros de Epidemiologia. Rêgo, Marco Antônio; Barreiros, Márcia; Cunha, Wéltima; Falcão, Maria de Fátima; Mota, Maria da Conceição; Nolasco, Maria Eliana; Ramos, Joselita Cássia; Sá, Sílvia Maria; Sena, Gildélia; Silva, Sônia Maria; Souza, Lázaro José; Souza, Suzana. Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador – CESAT/Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Rua Pedro Lessa, n.º 123, Canela, Bahia CEP: 40110-050 Tel.: (71) 336-1627 (71) 336-0012 Fax: (71) 336-1788 E-mail: [cesat@saude.ba.gov.br](mailto:cesat@saude.ba.gov.br)
- Caracterização das Condições de Trabalho dos Camelôs do Largo 13 de Maio. Santomauro, C. M.; Sola, E. R.; Silva, P. R.; Fonseca, M. C. A.; Marques, M. M. C; Klemenc, M.; Garavello, E. T. A. Centro de Referência de Saúde do Trabalhador de Santo Amaro. Av. Adolfo Pinheiro 581, Santo Amaro, São Paulo CEP: 04733-100 Tel.: 541-8992 Fax: 541-8992.
- Estudo da Ocupação Feminina dos Empregos Formais e Estudo do Perfil da Demanda Feminina dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador do Município de São Paulo. Barbeiro, Sandra Magali Fihlié; Uehara, Marília Keiko; Oliveira, Jassyendy C. de; Souza, Edna Muniz de; Ciliberti, Maria Erminia. Av. Santo Antônio, n.º 1339/74, Bela

Vista, Osasco, São Paulo, CEP: 06080-210 Tel.: (11) 7083-9920 (11) 3107-8836/9919-1922 E-mail: [smagaly@uol.com.br](mailto:smagaly@uol.com.br)

- Análise Descritiva dos Dados de Atendimento Ambulatorial dos Serviços Participantes do Projeto de Cooperação Técnica Brasil Itália (PCTBI). Cosenza, Gilmar–SEVREST/Secretaria Municipal de Saúde de Santos; Alvim, Sonia M. – CRST-SÉ/Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo; Fukuda, A. – CRST –SBC/Secretaria Municipal de Saúde de S. Bernardo do Campo; Uehara, Marília K. Centro de Documentação e Informação/DVST/ CVS/SES – SP. Av. São Luís, 99, 6.º andar, Centro, São Paulo CEP: 01049-001 Tel.: (11) 214-4330 Fax: (11) 257-6240 E-mail: [cdi@saude.sp.gov.br](mailto:cdi@saude.sp.gov.br)
- Estudo da Evolução das Principais Doenças Ocupacionais notificadas na Região Metropolitana de Salvador (RMS) de 1995 a 1997. Conceição, Paulo Sérgio de Andrade/ CESAT/ SUS/BA. Rua Pedro Lessa, n.º 123, Canela, Bahia CEP: 40110-050 Tel.: (71) 336-1627 (071) 336-0012 Fax: (71) 336-1788 E-mail: [cesat@saude.ba.gov.br](mailto:cesat@saude.ba.gov.br)
- Estudo de Tendência Histórica de Acidentes de Trabalho no Estado de São Paulo. Uehara, Marília K. – Centro de Documentação e Informação DVST/ CVS/SES-SP; Neves, Hélio – Centro de Referência em Saúde do Trabalhador da Freguesia do Ó; Souza, Maria de Fátima M. – Depto de Medicina Preventiva da FMUSP. Av. São Luís, 99, 6.º andar, Centro, São Paulo, São Paulo CEP: 01049-001 Tel.: (11) 214-4330 Fax: (11) 257-6240 E-mail: [cdi@saude.sp.gov.br](mailto:cdi@saude.sp.gov.br)
- A Revelação do Sofrimento no Trabalho a partir da Formação de Grupos de Expressão. M. Nunes, Teresinha de Fátima. Serviço de Saúde do Trabalhador/Secretaria Municipal de Saúde de Joinville. Rua Itajaí, 51, Centro, Joinville, Santa Catarina CEP: 89201-090 Tel.: (47) 431-4604 Fax: (47) 431-4613 E-mail: [smsass@netville.com.br](mailto:smsass@netville.com.br)
- Mercúrio Metálico como Fator de Risco à Saúde em um Hospital Geral Localizado em São Paulo, SP, Brasil. Andrade, Esther M. O. Archer de Camargo; Glina, Débora Miriam Raab. Av. Adolfo Pinheiro 581, Santo Amaro, São Paulo CEP: 04733-100 Tel.: (11) 541-8992 Fax: (11) 541-8992 E-mail: [archer@uol.com.br](mailto:archer@uol.com.br)
- Análise das Alterações Hepáticas em Trabalhadores Expostos ao Óxido de Etileno na Esterilização de Materiais Hospitalares. Joveleviths, D.; Hoefel, M. G.; Trindade, D.; Murata, C.; Hartmann, F. M. L.; Comiran, C.; Zignani, J. M.; Louzado, M. Serviço de Medicina do Hospital de Clínicas de Porto Alegre – Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina/Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Apoio do Centro de Documentação, Pesquisa e Formação em Saúde e Trabalho (CEDOP-UFRGS), Av. Ramiro Barcelos, 2350, Rio Grande do Sul CEP: 90035-003 Tel.: (51) 316-8000 Fax: (51) 316-8001.
- Implantação do Sistema de Informação. Petroni, Gabriel M.; Felicíssimo, Angelo; Romão Nunes, Leci. Centro de Referência de Saúde do Trabalhador de Santo Amaro – PMSP. Av. Adolfo Pinheiro 581, Santo Amaro, São Paulo CEP: 04733-100 Tel.: 541-8992 Fax: 541-8992.
- Sistema de Informação de Acidentes de Trabalho – 5 Anos de Experiência no Paraná. Araújo, Cristina; Viola, Astrid; Paiva, Manoel. Secretaria de Estado de Saúde do Paraná. Rua Piquiri, 170, 1.º andar, Rebouças, Paraná CEP: 80230-040 Tel.: (41) 333-3434 Fax: (41) 333-3341.
- Metodologia de Investigação da Mortalidade por Acidentes de Trabalho em Joinville. Grigol, Antonia Maria; Gomes de França, Aline; Vasconcelos, José Joaquim; Medeiros, Mauro; Chaves, Otavilson Rodrigues; M. Nunes, Teresinha de Fátima; Souza, Vera Lúcia de. Serviço de Saúde do Trabalhador da Secretaria Municipal de Saúde de Joinville. Rua Itajaí, 51, Centro, Joinville, Santa Catarina CEP: 89201-090 Tel.: (47) 431-4604 Fax: (47) 431-4613 E-mail: [smsass@netville.com.br](mailto:smsass@netville.com.br)
- Perfil das Doenças Ocupacionais e Acidentes de Trabalho Diagnosticados no Município de Feira de Santana de 93 – 96. Oliveira, Maíra Cláudia Araújo de *et al.* Secretaria Estadual de

Saúde da Bahia / 2.<sup>a</sup> Diretoria Regional de Saúde / Núcleo de Saúde do Trabalhador.  
Rua Ouro Verde, 190, Santa Mônica, Bahia CEP: 44100-000 E-mail: [maira@gd.com.br](mailto:maira@gd.com.br)  
ou [dires2@sesab.ba.gov.br](mailto:dires2@sesab.ba.gov.br)

- Análise de Acidentes e Doenças do Trabalho Notificados em CAT em 1997 – ARS3/SP. Silva, Maria Luiza. Av. Jabaquara, 2461, V. Monte Alegre, São Paulo, São Paulo CEP: 04045-004 Tel.: (11) 5071-5001 R.214 Fax: (11) 5071-4747 E-mail: [mluizas@uol.com.br](mailto:mluizas@uol.com.br)
- Avaliação dos Acidentes do Trabalho Registrados no INSS/Santos – ano 1996. Cosenza, Gilmar W. – SEVREST/Santos. Praça Rui Barbosa, n.º 23/6.º andar, Centro, Santos, São Paulo CEP: 11010-130 Tel./Fax: (13) 219-2420.
- Acidentes de Trabalho no DF – 1987/1998. Domingues Júnior, Luiz Roberto Pires – DESAT; Guerra Jucá, Paulo Roberto – DESAT; Carvalho Rando, Patrícia de DpFS; Saraiva Monteiro, Antônio – DESAT; Serrão, Paulo César – DpFS. Fundação Hospitalar do Distrito Federal – FHDF; Departamento de Saúde do Trabalhador – DESAT; EQS, 712/912, Bloco D, Brasília, Distrito Federal CEP: 70300-125 Tel.: (61) 346-7462 Fax: (61) 346-6405 E-mail: [domingue@tba.com.br](mailto:domingue@tba.com.br)
- A Incidência de LER/DORT no DF. Domingues Júnior, Luiz Roberto Pires - DESAT; Guerra Jucá, Paulo Roberto – DESAT; Carvalho Rando, Patrícia de DpFS; Saraiva Monteiro, Antônio – DESAT; Serrão, Paulo César – DpFS, Souza Jordão, Myria Vieira de – M.S. Fundação Hospitalar do Distrito Federal – FHDF; Departamento de Saúde do Trabalhador – DESAT; EQS, 712/912, Bloco D, Brasília, Distrito Federal CEP: 70300-125 Tel.: (61) 346-7462 Fax: (61) 346-6405 E-mail: [domingue@tba.com.br](mailto:domingue@tba.com.br)
- Características dos Portadores de Lesões por Esforços Repetitivos Atendidos no Ambulatório do Núcleo de Saúde do Trabalhador da 2.<sup>a</sup> Diretoria Regional de Saúde de Feira de Santana. Oliveira, Maíra Cláudia Araújo de *et al* – Secretaria Estadual de Saúde da Bahia/2.<sup>a</sup> DIRES/NUSAT. Rua Ouro Verde, 190, Santa Mônica, Bahia CEP: 44100-000 E-mail: [maira@gd.com.br](mailto:maira@gd.com.br) ou [dires2@sesab.ba.gov.br](mailto:dires2@sesab.ba.gov.br)
- Perda Auditiva Induzida por Ruído: A Experiência do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador do Barreiro/SUS/Belo Horizonte. Moreira, C. F. W.; Rezende, J. M. P./Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Avenida Afonso Pena, 2336, 4.º andar, Funcionários, Belo Horizonte, Minas Gerais CEP: 30130-007 Tel.: (31) 3277-7800 Fax: (31) 3277-7797 E-mail: [susbh@pbh.gov.br](mailto:susbh@pbh.gov.br)
- Perfil do Atendimento Médico Ambulatorial. Cosenza, Gilmar W. – SEVREST/Santos Praça Rui Barbosa, 23/6.º andar, Centro, Santos, São Paulo CEP: 11010-130 Tel./Fax: (13) 219-2420.
- As Patologias do Corpo Docente. Cunha, Wéltima Teixeira. CESAT - Rua Pedro Lessa, 123, Canela, Bahia CEP: 40110-050 Tel.: (71) 336-1627 Fax: (71) 336-1788.
- A Experiência do Serviço Social no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador. Costa, Elisângela L. P.; Sodrê, Francis; Oliveira, Regina M. R. de; Bastos, Rúbia F. Centro de Referência Saúde do Trabalhador. Ed. Aventurina, apto. 301, 6.<sup>a</sup> etapa, Coqueiral de Itaparica, Vila Velha, Espírito Santo CEP: 29102-206 Tel.: (27) 339-2030 E-mail: [franinha@hotmail.com](mailto:franinha@hotmail.com)
- Impacto das Estratégias de Acolhimento e Vigilância no Perfil da Demanda Atendida em um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador. Moreira, C. F. W.; Rezende, J. M. P./Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Avenida Afonso Pena, 2.336, 4.º andar, Funcionários, Belo Horizonte, Minas Gerais CEP: 30130-007 Tel.: (31) 3277-7800 Fax: (31) 3277-7797 E-mail: [susbh@pbh.gov.br](mailto:susbh@pbh.gov.br)
- Acidentes nos Equipamentos de Saúde no DF. Domingues Júnior, Luiz Roberto Pires - DESAT; Guerra Jucá, Paulo Roberto – DESAT; Carvalho Rando, Patrícia de DpFS; Saraiva Monteiro, Antônio – DESAT; Serrão, Paulo César – DpFS, Souza Jordão, Myria Vieira

de – M.S. Fundação Hospitalar do Distrito Federal – FHDF; Departamento de Saúde do Trabalhador – DESAT; EQS, 712/912, Bloco D, Brasília, Distrito Federal, CEP: 70300-125 Tel.: (61) 346-7462 Fax: (61) 346-6405 E-mail: [domingue@tba.com.br](mailto:domingue@tba.com.br)

Os Investimentos em Saúde do Trabalhador: Um Estudo Comparativo entre os Setores Público e Privado. Ramos Silva, Alacir; Passos Costa, Elisângela Leal; Sodré, Francis. Centro de Referência em Saúde do Trabalhador/ES. Ed. Aventurina, apto. 301, 6.<sup>a</sup> etapa, Coqueiral de Itaparica, Vila Velha, Espírito Santo CEP: 29102-206 Tel.: (27) 339-2030 E-mail: [franinha@hotmail.com](mailto:franinha@hotmail.com)

Resultado da Exposição Crônica ao Tolueno – Aspectos Histológicos do Fígado. Joveleviths, D.; Hartmann, F. M. L.; Murata, C.; Pereira-Lima, J.; Marroni, N.; School, J. G.; Louzado, M.; Zignani, J. M. Serviço de Medicina Ocupacional do Hospital de Clínicas de Porto Alegre – Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Apoio do Centro de Documentação, Pesquisa e Formação em Saúde e Trabalho (CEDOP-UFRGS). Av. Ramiro Barcelos, 2.350, Porto Alegre, Rio Grande do Sul CEP: 90035-003 Tel.: (51) 316-8000 Fax: (51) 316-8001.

## **VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR**

Construindo a Vigilância em Ambientes de Trabalho: A Experiência do CESAT/SUS/BA. Fernandes, R.; Santos, J. F.; Galvão, A.; Sena, G.; Jacobina, A.; Portugal, S. CESAT/SUS/BA. R. Pedro Lessa, n.º 123, Canela, Salvador, Bahia CEP: 40110-050 Tel.: (71) 336-1627 (71) 336-0012 Fax: (71) 336-1788 E-mail: [mdarocha@svn.com.br](mailto:mdarocha@svn.com.br)

A Ampliação de Horizontes da Vigilância em Saúde do Trabalhador a partir da Prática do Controle Social no Município de Barra Mansa/RJ. Moreno, Marcelo – Secretaria Municipal de Saúde de Barra Mansa; Ribeiro, Fátima Sueli – Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro e UERJ; Hara, Jonhyn – Secretaria Municipal de Saúde de Barra Mansa. Rua Pinto Ribeiro, 65, Centro, Barra Mansa, Rio de Janeiro CEP: 27355-260 Fax: (24) 322-7432 E-mail: [moreno@abeu.com.br](mailto:moreno@abeu.com.br)

Novos Paradigmas da Produção: Privatização, Redução de Efetivo, Incremento à Terceirização e Precarização das Condições de Saúde. Ribeiro, Fátima – Programa de Saúde do Trabalhador da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro e UERJ; Teixeira, Clara – Prog. Saúde do Trabalhador da Sec. Estado Saúde RJ; Oliveira, Salvador – CONSEST/Sindicato dos Trabalhadores Petroquímicos de Duque Caxias/RJ. Rua México, 128/419, Castelo, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro CEP: 20031-142 Tel.: (21) 240-4418 Fax: (21) 240-1748 E-mail: [fsueli@saude.rj.gov.br](mailto:fsueli@saude.rj.gov.br)

Comitê de Investigação de Óbitos e Amputações Relacionadas ao Trabalho do Estado do Paraná - Uma Estratégia de Vigilância. Ramos Jr, Armenes; Rezende, June M. P.; Araújo, Cristiina R.; Albuquerque, Guilherme C. Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, Secretaria Estadual de Saúde do Paraná, DRT Paraná. Sec. Municipal de Saúde de Curitiba/Serviço de Saúde do Trabalhador. Av. Sete de Setembro, 3.497, Curitiba, Paraná CEP: 80230-010 Tel.: (41) 322-4222 E-mail: [armenes@pr.gov.br](mailto:armenes@pr.gov.br)

Contaminação por Agrotóxico e Saúde do Trabalhador Rural do Município de Cantagalo. Pinto, A. G. J; Bravo, E. S. - SMS/PST /Cantagalo; Meirelles, L.C.; Braga, A.C.B., Ferreira, L.B.; Almeida, M.G.; Reis, C.A.G. - CESTE/ENSP/FIOCRUZ. Prefeitura de Cantagalo. Rua Getúlio Vargas, S/N, Cantagalo, Rio de Janeiro CEP: 28500-000 Tel/Fax: (24) 555-4534 E-mail: [afranio@netflash.com.br](mailto:afranio@netflash.com.br)

- Uma Proposta de Intervenção para Controle de Agrotóxicos no RJ. Meirelles L.C.; Pinto Jr., G.; Ferreira L.B.; Braga A.C.B.; Almeida M.G.; Reis C.B.G. (CESTEH/ENSP/FIOCRUZ); Neto, A. A. R. (SES/PST-RJ). Rua Leopoldo Bulhões, 1.480/CESTEH, Manguinhos, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro CEP: 21041-210 Tel.: (21) 598-4413 (21) 598-4414 Fax: (21) 270-3219 E-mail: [meirelles@ensp.fiocruz.br](mailto:meirelles@ensp.fiocruz.br)
- A Metodologia Interativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador Descortinando Novas Enfermidades – O Caso de Uma Indústria de Cimento do Rio de Janeiro. Ribeiro, Fátima – Prog. Saúde do Trabalhador/Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro e UERJ; Reis, Marcelo – Prog. Saúde do Trabalhador /Secretaria Municipal de Saúde de Volta Redonda; Pinheiro, Germania e Antão, Vinicius Centro de Referência em Pneumopatias Ocupacionais da UERJ; Oliveira, Simone, Silva, Célia e Menezes, Marco – CESTE H FIOCRUZ/ Laboratório de Toxicologia.. Rua México, 128/419, Castelo, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro Cep: 20.031-142 Tel.: (21) 240-4418 Fax: (21) 240-1748 E-mail: [fsueli@saude.rj.gov.br](mailto:fsueli@saude.rj.gov.br)
- Implicações da Terceirização para a Saúde do Trabalhador: Um Estudo de Caso numa Refinaria de Petróleo. Silva Araújo, Anísio José da – CESTE H FIOCRUZ e Porto, Marcelo Firpo de Souza – CESTE H FIOCRUZ. Av. Leopoldo Bulhões, 1.480, Manguinhos, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro Tel.: (21) 270-3219 E-mail: [firpo@ensp.fiocruz.br](mailto:firpo@ensp.fiocruz.br)
- As Questões de Saúde e Segurança Mediando Novas Formas de Relações Sociais de Produção na Indústria da Construção em Volta Redonda/RJ. Moreno, Marcelo – Secretaria Municipal de Saúde de Barra Mansa e Ribeiro, Fátima Sueli – Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro e UERJ. Rua 566, 31, Nossa Sra.das Graças, Volta Redonda, Rio de Janeiro Fax: (24) 347-4148 E-mail: [moreno@abeu.com.br](mailto:moreno@abeu.com.br)
- Experiência de Vigilância em S.T.: O Caso das Indústrias Têxteis na R.M.S. Fernandes, R.; Santos, J. F.; Galvão, A.; Sena, G.; Jacobina, A.; Portugal, S. CESAT/SUS/BA. Rua Pedro Lessa, 123, Canela, Salvador, Bahia CEP: 40110-050 Tel.: (71) 336-1627 (71) 336-0012 Fax: (71) 336-1788 E-mail: [mdarocha@svn.com.br](mailto:mdarocha@svn.com.br)
- Estudo da Relação entre a Exposição Ocupacional a Ruído e Perda Auditiva numa Indústria Metalúrgica no Setor de Estamparia. Andrade, Esther M.O. Archer de Camargo; Mariani, Maria Luiza V. Argentier; Silva, Zelene Santos; Velzi, Renata P. Falcioni. CRST/SA. Av. Adolfo Pinheiro, 581, Santo Amaro, São Paulo CEP: 04733-100 Tel.: (11) 541-8992 Fax: (11) 541-8992 E-mail: [archer@uol.com.br](mailto:archer@uol.com.br)
- Condições de Trabalho e Saúde em Indústria Química de Santo Amaro – São Paulo. Gomes, Maria Salomé Candido e Andrade, Esther M.O. Archer de Camargo. CRST/SA Av. Adolfo Pinheiro, 581, Santo Amaro, São Paulo CEP: 04733-100 Tel.: (11) 541-8992 Fax: (11) 541-8992.
- Novas Estratégias de Promoção da Saúde do Trabalhador a Partir de Ações Intersetoriais. Ribeiro, Fátima; Teixeira, Clara; Ribeiro Neto, Aloysio – Programa de Saúde do Trabalhador da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro; Bethlem, Eduardo – Prog. Saúde do Trabalhador/SES RJ e EMC/UNIRIO. Rua México, 128/419, Castelo, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro CEP: 20031-142 Tel.: (21) 240-4418 Fax: (21) 240-1748 E-mail: [fsueli@saude.rj.gov.br](mailto:fsueli@saude.rj.gov.br)
- A Intervenção da Vigilância à Saúde nas Atividades de Jateamento de Areia para Substituição do Abrasivo e Prevenção da Silicose. Grigol, Antonia Maria; França, Aline Gomes de; Vasconcelos, José Joaquim; Medeiros, Mauro; Chaves, Otavilson Rodrigues; Nunes, Teresinha de Fátima M.; Souza, Vera Lúcia de. Serviço de Saúde do Trabalhador da Secretaria Municipal de Saúde de Joinville. Rua Itajaí, 51, Joinville, Santa Catarina CEP: 89201-090 Tel.: (47) 431-4604 Fax: (47) 431-46113 E-mail: [smsass@netville.com.br](mailto:smsass@netville.com.br); [tfmn2net@netville.com.br](mailto:tfmn2net@netville.com.br)
- Avaliação de Exposição Ocupacional ao Amianto em Trabalhadores de Empresas da Área de Abrangência do CRST-FÓ. Freitas, Jefferson B.P.; Gadelha, Jorge H. V.;

Schwartzman, Golda; Simões, Amabel; Justino, Nilza O.; Laurini, Maria L. e Oliveira, Fernando C. Centro de Referência em Saúde do Trabalhador da Freguesia do Ó (CRST-FÓ). Av. Itaberaba, 1210/1218, Freguesia do Ó, São Paulo CEP: 02734-000 Tel./Fax: (11) 875-0974 E-mail: [freit04@ibm.net](mailto:freit04@ibm.net)

Impactos das Mudanças Ergonômicas em *Checkouts* de Supermercados. Gava, Marília; Ponte, Vanessa M.; Faria, Alexandre T. S. Centro de Referência à Saúde do Trabalhador do Barreiro/Secretaria Municipal de Saúde/Prefeitura de Belo Horizonte. Rua Pinheiro Chagas, 125, Barreiro de Baixo, Belo Horizonte, Minas Gerais CEP: 30640-030 Tel.: (31) 3384-4855 ou (31) 3277-5800

Ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador no Município de Belo Horizonte. Silva, J.M; Gonçalves, L.G.; Santos, M.A. Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Av. Afonso Pena, 2.336, 4.º andar, Funcionários, Belo Horizonte, Minas Gerais CEP: 30130-007 Tel.: (31) 3277-7800 Fax: (31) 3277-7797 E-mail: [susbh@pbh.gov.br](mailto:susbh@pbh.gov.br)

Estudo Preliminar: A Intervenção da Vigilância à Saúde nas Atividades de Marmorrarias visando a Prevenção dos Riscos à Saúde. Grigol, Antonia Maria; França, Aline Gomes de; Vasconcelos, José Joaquim; Medeiros, Mauro; Chaves, Otavilson Rodrigues; Nunes, Teresinha de Fátima M.; Souza, Vera Lúcia de. Serviço de Saúde do Trabalhador da Secretaria Municipal de Saúde de Joinville. Rua Itajaí, 51, Joinville, Santa Catarina CEP: 89201-090 Tel.: (47) 431-4604 Fax: (47) 431-46113 E-mail: [smsass@netville.com.br](mailto:smsass@netville.com.br)

Vigilância em Saúde do Trabalhador e a Indústria da Madeira. Silva, J.M; Rezende J. M. P.; Gonçalves L. G.; Santos, M. A. Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Av. Afonso Pena, 2.336, 4.º andar, Funcionários, Belo Horizonte, Minas Gerais CEP: 30.130-007 Tel.: (31) 3277-7800 Fax: (31) 3277-7797 E-mail: [susbh@pbh.gov.br](mailto:susbh@pbh.gov.br)

Vigilância Ambiental em Agrotóxicos nos Municípios de Juazeiro e Juaquara no Estado da Bahia. Muricy, R.; Nobre, L. CESAT/SUS/BA. Rua Pedro Lessa, 123, Canela, Salvador, Bahia CEP: 40110-050 Tel.: (71) 336-1627 (71) 336-0012 Fax: (71) 336-1788 E-mail: [rmuricy@svn.com.br](mailto:rmuricy@svn.com.br)

Avaliação de Risco em Trabalhadores da Mineração Urbana (Pedreiras). Freitas, Jefferson; Schwartzman, Golda; Laurini, Maria; Colucci, Solange; Santos Aparecida; Justino, Nilza; Oliveira, Fernando. Centro de Referência em Saúde do Trabalhador da Freguesia do Ó (CRST-FÓ)/Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Av. Itaberaba, 1210/1218, Freguesia do Ó, São Paulo CEP: 02734-000 Tel./Fax: (11) 875-0974 E-mail: [freit04@ibm.net](mailto:freit04@ibm.net)

Avaliação de Ruído em uma Indústria Gráfica – Uma Alternativa Metodológica. Shiraishi, Nanci Y.; Araújo, Rita de Cássia S.S.; Koishi, Sonia M. – Centro de Referência em Saúde do Trabalhador da Lapa – PMSP; Lima, Célia J.; Siva, Luiz Felipe; Prioste, Silvana V.; Santos, Simone A. – Centro de Referência em Saúde do Trabalhador do Estado de São Paulo – CEREST. Rua Cotoxó, 664, Perdize CEP: 05021-000 Tel.: (11) 3865-2213 Fax: (11) 862-8017 e Rua Conselheiro Crispiano 20, 8.º andar, Centro, São Paulo, São Paulo CEP: 01037-000 Tel.: (11) 259-9075.

Ruído em uma Empresa Gráfica. Loureiro, José Fernando; Lima, Eliane Regina Zampieri de; Tavares, Andréa Marques Arias, Ana Paula Maranghetti; Ramalho, Ana Lúcia Guimarães e Silva, Luis Felipe. Av. Heitor Penteado, 1.655, Taquaral, Campinas, São Paulo CEP: 13087-000 Tel.: (19) 242-774 Fax: (19) 735-0187.

Perda Auditiva Induzida por Ruído: A Experiência do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador do Barreiro/SUS/Belo Horizonte. Moreira, C. F. W.; Rezende, J. M. P. Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Avenida Afonso Pena, 2.336, 4.º andar, Funcionários, Belo Horizonte, Minas Gerais CEP: 30130-007 Tel.: (31) 3277-7800 Fax: (31) 3277-7797 E-mail: [susbh@pbh.gov.br](mailto:susbh@pbh.gov.br)

- A PAIR no Município de Campinas e Região. Tavares, Andréa Marques; Lima, Eliane Regina Zampieri de; Arias, Ana Paula Maranghetti; Ramalho, Ana Lúcia Guimarães. Centro de Referência em Saúde do Trabalhador/Prefeitura Municipal de Campinas. Av. Heitor Penteado, 1655, Taquaral, Campinas, São Paulo CEP: 13087-000 Tel.: (19) 242-7740 Fax: (19) 735-0187.
- A Incidência de PAIR nos Trabalhadores das Empresas de Beneficiamento de Mármore e Granito do Município de Joinville. Grigol, Antonia Maria; França, Aline Gomes de; Vasconcelos, José Joaquim; Medeiros, Mauro; Chaves, Otavilson Rodrigues; Nunes, Teresinha de Fátima M.; Souza, Vera Lúcia de. Serviço de Saúde do Trabalhador da Secretaria Municipal de Saúde de Joinville. Rua Itajaí, 51, Joinville, Santa Catarina CEP: 89201-090 Tel.: (47) 431-4604 Fax: (47) 431-46113 E-mail: [smsass@netville.com.br](mailto:smsass@netville.com.br)
- Avaliação da Exposição a Particulado Respirável no Jateamento com Granalha de Aço. Menezes, Marco, A. C.; Jorge, Machado; Souza Célia, Regina ; Imenes, Elaine Sampaio. Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana – CESTE/ FIOCRUZ. Estrada do Joá, 88/504, São Conrado, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro CEP: 22610-140 Tel.: (21) 598-4413 (21) 322-4251 E-mail: [mmenezes@ensp.fiocruz.br](mailto:mmenezes@ensp.fiocruz.br)
- Intervenção na Condição de Trabalho em Caixas de Hipermercado. Salerno, Vera Lúcia; Freitas, Silvana Maria de; Rapello, Flávia Teresinha Barbosa; Loureiro, José Fernando; Azevedo, Silvana Piccinini de. Centro de Referência em Saúde do Trabalhador/Prefeitura Municipal de Campinas. Av. Heitor Penteado, 1.655, Taquaral, Campinas, São Paulo CEP: 13087-000 Tel.: (19) 242-7740 Fax: (19) 735-0187.
- A Ação do DESAT/SES no DF. Domingues Júnior, Luiz Roberto Pires – DESAT; Guerra Jucá, Paulo Roberto – DESAT; Carvalho Raindo, Patrícia de DpFS; Saraiva Monteiro, Antônio – DESAT; Serrão, Paulo César – DpFS, Souza Jordão, Myria Vieira de – M.S. Fundação Hospitalar do Distrito Federal – FHDF; Departamento de Saúde do Trabalhador – DESAT; EQS, 712/912, Bloco D, Brasília, Distrito Federal CEP: 70300-125 Tel.: (61) 346-7462 Fax: (61) 346-6405 E-mail: [domingue@tba.com.br](mailto:domingue@tba.com.br)
- Evento Sentinela Instrumento de Trabalho. Berri, Marilvia L.; Johann, Dulcimara; Lell, Sergio e Rezende, June M. Empresa/Instituição: Secretaria Municipal de Saúde de União da Vitória/Departamento Municipal de Vigilância Sanitária e DRT /Ponta Grossa/PR. Rua Cel. Amazonas, 491, Paraná CEP: 84600-000 Tel.: (42) 522-1244 Fax: (42) 523-1418 E-mail: [fusa@net-uniao.com.br](mailto:fusa@net-uniao.com.br)
- Percepção de Riscos pelos Trabalhadores de uma Fábrica Porte Médio localizada em São Paulo – Brasil. Andrade, Esther M.O. Archer de Camargo; Gomes, Maria Salomé Cândido; Remencius, Nida Renata; Silva, Zelene Santos. Av. Adolfo Pinheiro, 581, Santo Amaro, São Paulo CEP: 04733-100 Tel.: 541 8992 Fax: 541 8992 E-mail: [archer@uol.com.br](mailto:archer@uol.com.br)
- Estratégia para Implantação de um Modelo de Rotulagem Preventiva de Produtos Químicos, no Estado de São Paulo – Brasil. Andrade, Esther M.O. Archer de Camargo – CRST/SA; Andreotti, Magda – CRST/Freguesia do Ó; Arcuri, Arline Sydneia Abel Pesquisadora – FUNDACENTRO; Buschinelli, José Tarcísio Penteado – Projeto de Cooperação Brasil-Itália; Lopes, Cleide – CRST/Lapa; Magnanelli, Neli Pires – CRST/Lapa. Av. Adolfo Pinheiro, 581, Santo Amaro, São Paulo, São Paulo CEP: 04733-100 Tel.: (11) 541-8992 Fax: (11) 541-8992 E-mail: [archer@uol.com.br](mailto:archer@uol.com.br)
- Estudo do Processo de Trabalho no Ambiente Hospitalar – Uma Abordagem Ergonômica. Santos, Paula Raquel de e Oliveira Mattos, Ubirajara Aluizio de. Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana – CESTE/ FIOCRUZ/MS
- Investigação de Acidentes de Trabalho com Óbito na RMS: Um Olhar para além da CAT. Fernandes, R.; Santos, J. F.; Galvão, A.; Sena, G.; Jacobina, A.; Portugal, S. CESAT/SUS/BA. Rua Pedro Lessa, 123, Canela, Salvador, Bahia CEP: 40110-050 Tel.: (71) 336-1627 (71) 336-0012 Fax: (71) 336-1788 E-mail: [mdarocha@svn.com.br](mailto:mdarocha@svn.com.br)

- Acidentes de Trabalho entre Adolescentes no Município de Campinas – 1997. Soldera, Meire Aparecida; Pérez, Marco Antonio Gomes; Paulino, Haidée Souza; Sonia Luzia de e Tavares, Andréa Marques Arias. Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – CRST/Prefeitura Municipal de Campinas/Secretaria de Saúde /Programa de Saúde do Trabalhador. Av. Heitor Penteado, 1655, Taquaral, Campinas, São Paulo CEP: 13087-000 Tel.: (19) 242-7740 Fax: (19) 735-0187.
- Características e Compreensão da Criança e do Adolescente Trabalhador Rural, que comercializa produtos em Empresa de Distribuição de Produtos Hortifrutigranjeiros no Rio Grande do Sul, em Relação as suas Atividades Laborais. Bordin, Lídia Helena; Elbern, Jacqueline Gatti; Fensterseifer, Lísia Maria; Hoefel, Maria da Graça; Ostrowski, Karítima Aglásia; Wiltgen, Ana Luiza. Centro de Documentação, Pesquisa e Formação em Saúde e Trabalho – CEDOP/UFRGS. Avenida Alegrete, 126/203, Petrópolis, Porto Alegre, Rio Grande do Sul CEP: 90460-100 Tel.: (51) 333-1150 E-mail: [carol@voyager.com.br](mailto:carol@voyager.com.br)
- Contaminação por Agrotóxicos e Saúde do Trabalhador Rural do Município de Petrópolis. Ottero, L. B.; Silva J. M. (SMS/PST-Petrópolis); Pinto, A.G.J.(SMS/PST – Cantagalo); Meirelles, L.C.; Braga, A.M.C.B., Ferreira, L.B.; Almeida, M.G.; Reis, C.A.G. (CESTEH/ENSP/ FIOCRUZ). Prefeitura de Petrópolis. Rua Paulino Afonso, 455, Centro, Petrópolis, Rio de Janeiro CEP: 25600 900 Tel.: (24) 231-1866 Fax: (24) 242-5939.
- Avaliação das Condições de Sensação Térmica em Ambientes Industriais de acordo com as Normas Internacionais de Conforto e Stress Térmico. Hackenberg, A. M. <sup>(1)</sup>; Loureiro, J. F. <sup>(2)</sup>; Maria, E. C. <sup>(2)</sup>. (1) Departamento de Energia, FEM, UNICAMP. Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, Secretaria da Saúde, Campinas. Av. Heitor Penteado, 1655, Parque Taquaral/Campinas/São Paulo CEP: 13087-000 Tel.: (19) 242-7740 <sup>(2)</sup> Tel./Fax: (11) 484-5719 <sup>(1)</sup> E-mail: [amckeg@amhanet.com.br](mailto:amckeg@amhanet.com.br) <sup>(1)</sup>
- Determinação da Atividade da Acetilcolinesterase em Trabalhadores Expostos a Praguicidas Organofosforado e Carbamato na Zona Rural do Estado da Paraíba. Vieira, Wellington; Souza, Claudiane; Dias, Ednilza. Centro de Assistência Toxicológica da Paraíba – CEATOX/Hospital Universitário “Lauro Wanderley” – Campus I – Cidade Universitária, João Pessoa, Paraíba CEP: 58059-900 Telefax: (83) 224-6688.
- Intoxicação por Solventes Orgânicos Neurotóxicos em Trabalhadores do Estaleiro Verolme, Angra dos Reis, RJ. Pacheco-Ferreira, Heloísa; Haickel, Sigrid; Noronha, Cláudia; Louzada, Fernanda; Barros, Lise; Barros, Mitz; Curi, Rosane, Sant Anna, Fátima; Moraes, Solange; Silva, Enaldo; Figueiredo, Cláudio, Sabadin, Antonio. Centro de Estudos em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana/ENSP/FIOCRUZ; Programa de Saúde do Trabalhador/Secretaria Municipal de Saúde de Angra dos Reis; Sindicato dos Metalúrgicos/Angra dos Reis. Rua Cel. João Brandão, 105/202, São Francisco, Niterói, Rio de Janeiro CEP: 24365-060 Tel.: (21) 714-6657 Fax: (24) 365-1215.



## **ANEXO V**

### **Moção**

Os participantes do Encontro Nacional de Saúde do Trabalhador compreendem a importância de se privilegiar a construção ascendente da Política Nacional de Saúde do Trabalhador, a partir da participação dos atores sociais envolvidos nesse processo. Desta forma, entendemos a importância deste encontro como espaço de troca de experiências acumuladas nestes 10 anos de implantação do campo oficialmente reconhecido na Constituição de 1988.

Considerando as grandes mudanças ocorridas no mundo do trabalho e na legislação nestes cinco anos decorridos desde a última Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, propomos o imediato processo de construção da Terceira Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador.

Brasília, 18 de junho de 1999.

Editoração, Revisão, Normalização, Impressão, Acabamento e Expedição  
Editora MS/Coordenação-Geral de Documentação e Informação/SAA/SE  
Ministério da Saúde  
SIA, Trecho 4, Lotes 540/610 – CEP 71200-040  
Telefone: (61) 233-2020 Fax: (61) 233-9558  
*E-mail:* editora.ms@saude.gov.br  
Brasília-DF, março de 2001