

**Ministério da Saúde**  
**Fundação Oswaldo Cruz**  
**Escola Nacional de Saúde Pública**  
**Centro de Estudos de Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana**

Entre o imediatismo e o planejamento: o desafio da  
construção da Vigilância em Saúde do Trabalhador no  
Centro de Referência em Saúde do Trabalhador do Espírito  
Santo

Ana Paula Lopes dos Santos

Dissertação apresentada com vistas à obtenção  
do título de Mestre em Saúde Pública,  
na área de concentração  
Saúde, Trabalho e Ambiente, sob orientação do  
Prof. Dr. Marcelo Firpo de Souza Porto

**Rio de Janeiro**  
**Março de 2001.**

"Não serei o poeta de um mundo caduco  
Também não cantarei o mundo futuro.  
Estou preso à vida e olho meus companheiros:  
Estão taciturnos, mas nutrem grandes esperanças.  
Entre eles, considero a enorme realidade.  
O presente é tão grande, não nos afastemos.  
Não nos afastemos muito, vamos de mãos dadas.  
Não serei o cantor de uma mulher, de uma história,  
Não direi suspiros ao anoitecer,  
A paisagem vista da janela,  
Não fugirei para as ilhas,  
Nem serei raptado por serafins.  
O tempo é minha matéria,  
O tempo presente,  
Os homens presentes,  
A vida presente!"

*Carlos Drummond de Andrade*

## **Agradecimentos**

No processo de construções dessa dissertação muitas pessoas atravessaram este caminho cada uma delas deixando suas marcas, ora superficiais ora profundas, ora ânimo ora desânimo, ora críticas ora elogios, ora frio ora calor.

Aos amigos sempre presentes nesse caminho Ricardo, Vanessa, Lus, Lô, Grasi, Alê, Adri, Ingrid, Fran, Mônica e Ana pelo sempre acolhimento, força e vontade de mudança. Aos familiares mais próximos Mãe, Pai, Vó, irmãos, primos e tios o estímulo sempre precioso, o conforto, o abraço e compreensão. A Thaís e Samuca um especial agradecimento pelo olhar sempre novo sobre o mundo.

Aos mestres que me orientaram, acreditaram e contribuíram ao longo dessa jornada, Marcelo, que acolheu um novo projeto de braços abertos, Jussara e Milton, sempre atentos, Jorge, Maristela, Beth, Ana e Soninha. Aos trabalhadores do CRST/ES que me receberam no decorrer da pesquisa em especial Regina, Denise e Emília. Agradeço também a Bernadeth, Janine e Rapha, sempre companheiros e fortes na luta.

Aos colegas do mestrado, amigos psi ou não, fontes de inspiração, Chicos Buarque e Sciense e todos outros que acreditam que a vida só é possível se reinventada e a reinventam a cada instante. É essa força, essa presença que nos revitaliza, tranquiliza e mobiliza. Valeu mesmo!

*“Se tu choras de indignação frente alguma injustiça no mundo, então, somos amigos.”.*

(Che Guevara)

## Sumário

<b>Introdução.....</b>	<b>02</b>
<b>Capítulo 1. A Saúde do Trabalhador e os modelos de Vigilância em Saúde</b>	
<b>1. Saúde do trabalhador.....</b>	<b>17</b>
<b>1.1. A Atenção à Saúde dos Trabalhadores, na Perspectiva da Saúde do Trabalhador: a Implantação dos CRSTs no Brasil.....</b>	<b>23</b>
<b>1.2. A Vigilância em Saúde do Trabalhador (VST).....</b>	<b>33</b>
<b>1.2.1. Modelo de Vigilância em Saúde do Trabalhador.....</b>	<b>39</b>
<b>1.3. A Questão da Informação no Campo da Saúde do Trabalhador.....</b>	<b>48</b>
<b>1.3.1. Modelo de Monitoramento das Informações em Saúde do Trabalhador.....</b>	<b>52</b>
<b>Capítulo 2. O Centro de Referência em Saúde do Trabalhador do Espírito Santo: Contexto e Desafios.</b>	
<b>2.1. O Estado do Espírito Santo: crescimento e caracterização.....</b>	<b>58</b>
<b>2.2. A Preocupação com a Saúde do Trabalhador no ES.....</b>	<b>71</b>
<b>2.2.1. Nascimento do CRST/ES.....</b>	<b>73</b>
<b>2.2.2. As demandas de Trabalho do CRST/ES.....</b>	<b>77</b>
<b>2.2.3. Principais atividades e ações do CRST/ES.....</b>	<b>79</b>
<b>2.2.4. Atividades desenvolvidas: avaliação e articulação interna do CRST/ES.....</b>	<b>84</b>
<b>Capítulo 3. A Análise da Vigilância em Saúde do Trabalhador (VST) no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador do Espírito Santo</b>	
<b>3.1. A Organização da Vigilância em Saúde do Trabalhador no CRST/ES.....</b>	<b>88</b>
<b>3.1.1. As inspeções em Saúde do Trabalhador no CRST/ ES.....</b>	<b>89</b>
<b>3.1.2. Os Projetos de Pesquisa Específicos.....</b>	<b>92</b>
<b>3.1.3. Informações e Sistema de informações em Saúde do Trabalhador</b>	<b>93</b>
<b>3.1.4. A articulação intra e intersetorial do CRST/ES.....</b>	<b>96</b>
<b>3.2. Seleção dos casos de VST do CRST/ES.....</b>	<b>109</b>
<b>3.2.1. O caso de Intoxicação por Malation numa Unidade de Saúde.....</b>	<b>109</b>
<b>3.2.2.O caso das queixas de LER de funcionários de um Hipermercado.....</b>	<b>111</b>

<b>3.2.3. O caso dos frentistas.....</b>	<b>113</b>
<b>3.2.4. O caso das Oficinas mecânicas.....</b>	<b>115</b>
<b>3.3. Características Encontradas.....</b>	<b>116</b>
<b>3.3.1. Dificuldade de estabelecer uma rotina de vigilância.....</b>	<b>116</b>
<b>3.3.2. Dificuldade de se estabelecer redes de VST.....</b>	<b>119</b>
<b>3.3.3. Os dados gerados são, ainda, pouco utilizados nas atividades cotidianas.....</b>	<b>122</b>
<b>3.3.4. Ênfase no modelo médico- assistencial em detrimento ao modelo de vigilância à Saúde do Trabalhador.....</b>	<b>126</b>
<b>3.3.5. Dificuldades operacionais e políticas.....</b>	<b>130</b>
<b>Capítulo 4. Considerações Finais.....</b>	<b>133</b>
<b>Referências Bibliográficas.....</b>	<b>142</b>

## **Anexos**

## **Índice de Tabelas, Quadros, Gráficos e Figuras.**

### Tabelas:

Tabela 1. Composição Setorial da Renda a preços constantes, no Espírito Santo, entre 1960 e 1985..... 60

Tabela 2. Distribuição da População Economicamente Ativa (PEA), em %, por setor de atividade, no Espírito Santo e Grande Vitória, nos anos de 1970, 1980 e 1991.....63

Tabela 3. Distribuição da Frequência e do coeficiente dos acidentes de trabalho graves e fatais segundo Classes de Atividades Econômicas, no Espírito Santo, no ano de 1995.....65

Tabela 4. Número de acidentes de trabalho fatais, no Espírito Santo, levantado pela DRT/ES, entre 1997 e 1999.....66

Tabela 5. Número de acidentes de trabalho fatais segundo Classes de Atividades Econômicas, por tipo de acidente, no Espírito Santo, entre 1997 e 1999..... 67

Tabela 6. Número de acidentes de trabalho segundo Motivo, registrado pela Previdência Social, no Espírito Santo, entre 1988 e 1999.....68

Tabela 7. Número de acidentes de trabalho segundo Conseqüência, registrado pela Previdência Social, no Espírito Santo, entre 1988 e 1999.....69

Tabela 8. Número de pacientes atendidos no CRST/ES segundo demanda, pela 1ª vez, no ano de 1999.....78

Tabela 9. Número de pacientes atendidos no CRST/ES segundo diagnóstico, pela 1ª vez, nos anos de 1998 e 1999.....78

### Quadros:

Quadro 1. Número de profissionais do CRST/ES segundo cargo e vinculação, no ano de 2000.....09

Quadro 2. Número de profissionais do CRST/ES entrevistados segundo formação, no ano de 2000.....12

Quadro 3. Número de profissionais do CRST/ES entrevistados segundo idade, no ano de 2000.....13

Quadro 4. Número de profissionais do CRST/ES entrevistados segundo sexo, no ano de 2000.....13

Quadro 5. Número de profissionais do CRST/ES entrevistados segundo Tipo de Vinculação, no ano de 2000.....13

Quadro 6. Número de profissionais do CRST/ES entrevistados segundo Tempo que trabalham no CRST/ES, no ano de 2000.....14

Quadro 7. Produtividade do CRST/ES, no período de janeiro a novembro de 1998.....129

## Siglas Utilizadas

CAT- Comunicação de Acidente de Trabalho

CESTEH- Centro de estudos em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana

CID- Classificação Internacional das Doenças

CIPA- Comissão Interna de Prevenção de Acidentes

CUT- Central Única dos Trabalhadores

CRST- Centro de Referência em Saúde do Trabalhador

DORT- Doenças Osteoarticulares Relacionadas ao Trabalho

DRT- Delegacia Regional do Trabalho

ENSP- Escola Nacional de Saúde Pública

ES- Espírito Santo

FIOCRUZ- Fundação Oswaldo Cruz

FUNDACENTRO- Fundação Jorge Duprat de Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho

HUCAM- Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IESP- Instituto Estadual de Saúde Pública

INSS- Instituto Nacional do Seguro Social

LER- Lesões por Esforços Repetitivos

LOS- Lei Orgânica de Saúde

MPAS- Ministério da Previdência e Assistência Social PST- Programa de Saúde do Trabalhador

MS- Ministério da Saúde

MTE- Ministério do Trabalho e do emprego

NR- Norma Regulamentadora



PMV- Prefeitura Municipal de Vitória

PST- Programa de Saúde do Trabalhador

SAT- Seguro Acidente de Trabalho

SEMUS- Secretaria Municipal da Saúde

SESA- Secretaria do Estado da Saúde

SESMT- Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho

ST- Saúde do Trabalhador

SUS- Sistema Único de Saúde

UFES- Universidade Federal do Espírito Santo LOS- Lei Orgânica da Saúde

VST- Vigilância em Saúde do Trabalhador

## **RESUMO**

Este trabalho é uma tentativa de conhecer os múltiplos movimentos que atravessam a construção da Vigilância em Saúde do Trabalhador dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), utilizando como referência o estudo de caso do único Centro de Referência em Saúde do Trabalhador do estado do Espírito Santo (CRST/ES). É descrito o cenário recente da Saúde do Trabalhador no Brasil relacionado às características do modelo de Vigilância em Saúde do Trabalhador e sua inserção na rede do SUS. Os mecanismos que propiciaram a construção do CRST/ES no estado são contextualizados, assim como a forma como esse serviço organiza as ações de VST. São apresentados quatro casos de VST desenvolvidos pelo CRST/ES, destacando os principais mecanismos de fluxo e impedimento dessas ações. Consideramos a partir desse estudo a necessidade de radicalização do processo de descentralização da saúde dos trabalhadores no SUS e que as ações de VST devem buscar maior aprofundamento das relações interinstitucionais referentes à área.

Palavras Chaves: Saúde do Trabalhador, Vigilância em Saúde do Trabalhador, Centro de referência em Saúde do Trabalhador, Sistema Único de Saúde.

## **ABSTRACT**

This work is an attempt of knowing the multiples movements that cross the construction of the Surveillance practices of the Unified Health System (SUS), using as reference the study of case of the only Worker's Health Program of Espírito Santo (CRST/ES) state. This study describes the recent scenery of the Worker's Health in Brazil, discusses to the characteristics of the model of Surveillance in Worker's Health and your insertion in the SUS. The mechanisms that propitiated the construction of CRST/ES in the state and the form as this service organizes the actions of surveillance are related. Four cases of surveillance, developed by CRST/ES, are presented and analyzed the main obstacles of those actions. This study discusses the need to decentralization of the workers' health system. This work also focuses on the importance of an approaching of others institutions related with the Worker's Health.

Key words: Worker's Health, Surveillance in Worker's Health, Worker's Health Program, Unified Health System

## **Introdução**

No campo da Saúde do Trabalhador, a importância das informações referentes aos acidentes de trabalho e doenças ocupacionais vem sendo cada vez mais ressaltada para a construção de uma prática interventora coordenada de forma sistêmica e organizada (Lacaz, 1997; Machado & Minayo-Gomez, 1995; Wunsch Filho, 1993, 1999), sendo apontada, dentro dos serviços, como premissa da área (Norma Operacional de Saúde do Trabalhador/ NOST).

Sabe-se que, apesar das dificuldades colocadas, nos últimos 10 anos, influências da prática cotidiana da Vigilância em Saúde do Trabalhador (VST) desenvolvidas pelos Centros de Saúde do Trabalhador em vários estados e municípios, trouxeram uma mudança no perfil e na magnitude das estatísticas de certas doenças profissionais no Brasil, como o benzenismo em trabalhadores siderúrgicos na década de 80 e as LER/DORT (Lesões por Esforços Repetitivos/ Doenças Osteoarticulares Relacionadas ao Trabalho) na década de 90 (Machado, 1996; Lacaz, 1998). Dentro desses serviços, foram desenvolvidos sistemas de análise de dados de doenças e acidentes de trabalho, através de análise das CATs, da informação de morbidade ambulatorial, dos atendimentos realizados nos pronto-socorros, entre outros, que abrangem não apenas eventos do mercado formal, mas buscam ampliar a compreensão à respeito da ocorrência de acidentes e doenças no setor informal. Isso permitiu estudos epidemiológicos, na perspectiva do planejamento, visando o controle da insalubridade e periculosidade dos ambientes e condições de trabalho. Além disso, as experiências em VST incorporaram denúncias de trabalhadores e casos mais graves de acidentes e doenças como eventos sentinelas deflagradores de ações de vigilância de ambientes de trabalho.

Tomando como referencial a concepção ampliada de Vigilância em Saúde do Trabalhador, esta dissertação pretende investigar o processo de construção da VST nos Centros de Saúde do Trabalhador, assim como pontuar os entraves manifestados na efetivação dessas ações, através de um estudo de caso da experiência do único Centro de Saúde do Trabalhador do Espírito Santo (CRST/ES).

Busca-se, dessa maneira, dar visibilidade à problemática da Vigilância em Saúde do Trabalhador no cotidiano dos serviços, contribuindo para a construção de novas práticas e mecanismos eficientes de informação, atentos às demandas dos trabalhadores e ágeis o suficiente para intervir na realidade encontrada, o que se mostra fundamental para a construção de uma efetiva Vigilância em Saúde do Trabalhador, na rede do SUS.

Sendo assim, a informação em Saúde do Trabalhador se mostra essencial no tocante dos serviços, à medida que norteia e constrói ações adequadas às demandas por saúde. Muitas dificuldades são colocadas nesse percurso, visibilizá-las se mostra como tarefa para a construção desse campo. Percebemos, então, que a visão integrada de Vigilância em Saúde do Trabalhador permite um novo enfoque sobre a atenção à saúde dos trabalhadores, no âmbito do SUS e que na prática dos serviços uma gama de dificuldades estão colocadas, gerando experiências de integração e desintegração das ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador. Diante desse quadro, quais estratégias de Vigilância em Saúde do Trabalhador estão sendo delineadas pelos Centros de Saúde do Trabalhador? As ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador, nesses Centros, tem sido pautadas no imediatismo ou na construção de instrumentos epidemiológicos que permitam o planejamento das intervenções adequadas às necessidades dos trabalhadores?

Buscando responder a essas perguntas, sugerimos como hipótese de trabalho que as estratégias de construção da Vigilância em Saúde do Trabalhador no âmbito dos serviços de saúde/ SUS, vêm se construindo em um processo multiforme, caracterizado ora pelo conflito entre demanda ambulatorial e ações pontuais de vigilância, dentro de um quadro de pressões para o estabelecimento de nexos causais para os trabalhadores atendidos e de um modelo ainda assistencial do SUS; ora pela carência e dificuldades metodológicas e de recursos relacionados ao desenvolvimento de informações para o planejamento de estratégias de médio e longo prazo, que responda às demandas sociais vigentes.

No desenvolvimento do trabalho, observamos que essa hipótese subsidiou vários momentos de reflexão, principalmente ao considerarmos que as ações referentes à saúde dos trabalhadores devem tender para uma radicalização do processo de descentralização da saúde no SUS e afinamento das relações interinstitucionais referentes à área.

Para tanto, dividimos a presente dissertação em quatro capítulos. No primeiro abordamos a questão da Vigilância da Saúde do Trabalhador propriamente dita, como ela se insere dentro do SUS, quais os modelos existentes e porque nos interessamos pela questão da informação para a ação dentro dos serviços de Saúde do Trabalhador.

No segundo capítulo iniciamos a discussão referente ao Centro de Referência em Saúde do Trabalhador. Para tanto, contextualizamos as características econômicas e estruturais do estado do Espírito Santo, assim como os mecanismos que propiciaram a construção do CRST/ES nesse estado. Sinalizamos, também nesse capítulo as principais atividades que o CRST/ES vem desenvolvendo durante esses anos, assim como a forma como elas estão organizadas.

No terceiro capítulo, num primeiro momento, discutimos especificamente a organização da VST dentro do CRTS/ES, as principais características, o enfoque sobre as inspeções nos locais de trabalho, a VST através de projetos de pesquisa específicos, a forma como a informação é tratada e as dificuldades encontradas.

No segundo momento deste capítulo, procuramos sistematizar e analisar as propostas e experiências concretas de VST desenvolvidas. Seleccionamos quatro casos de VST desenvolvidos pelo CRST/ES e procuramos localizar essas experiências de acordo com sua origem e consequência, a fim de aprofundarmos a análise. Esse é um capítulo de análise do modelo de VST a que nos referimos no capítulo anterior. Discutimos aí as grandes dificuldades encontradas para se estabelecer uma rotina de VST, de trabalhar, no mesmo serviço, com ações de cunho médico-assistencial e de VST, entre outras características estruturais desse modelo. Sendo assim, tratamos nesse terceiro capítulo da análise do modelo de VST existente no CRST/ES e como ele foi se configurando ao longo dos anos.

No último capítulo, traçamos algumas conclusões possíveis acerca do modelo discutido, assim como tentamos esboçar soluções a serem buscadas para superação dos mecanismos de impedimento colocados perante a construção da VST na rede do SUS, no campo de Saúde do Trabalhador.

O objetivo geral deste trabalho é o de *discutir e analisar as experiências de construção da "Informação para a Ação", enquanto prática da Vigilância em Saúde do Trabalhador, tendo como base as ações do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador do Espírito Santo.*

Como objetivos específicos, destacamos:

- i. Levantar os dispositivos de coleta de informação referente aos acidentes de trabalho e doenças ocupacionais processadas pelo CRST/ES, nos últimos 3 anos, e analisar suas implicações para o planejamento das ações;
- ii. Mapear as ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador, nos últimos 3 anos, e reconstituir o percurso dessas ações, em relação sua origem e conseqüências;
- iii. Analisar os mecanismos que propiciaram o processo de construção das estratégias de ação, através do sistema de informação, como parcerias com sindicatos, DRTs, FUNDACENTRO, Universidades;
- iv. Analisar como o modelo desenvolvido pelo CRST/ES explora/ utiliza do potencial integrador da vigilância, em relação à proposta de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS;
- v. Discutir as dificuldades encontradas, os limites pragmáticos e institucionais que estão em jogo na organização do sistema de vigilância do CRST/ES.

Limitamos, então, nosso objeto a um estudo de caso do único Centro de Referência em Saúde do Trabalhador do estado do Espírito Santo, exigindo a compreensão das características políticas institucionais aí colocadas. No entanto, a compreensão desse objeto deve ter uma abrangência além dos limites territoriais imposto. Isso porque, o modelo de Saúde do Trabalhador desse Centro permeia os modelos existentes de outros CRSTs no país. Assim, muitas das características e dificuldades encontradas no desenvolvimento de ações de VST pelo CRST/ES devem ser reproduzidas por outros CRSTs. Para evidenciar esse fato, entretanto, é necessário outros estudos mais aprofundados referente aos modelos de CRST existentes, o que dada as características desse estudo não pudemos explorar.

### **Considerações metodológicas**

Entendendo o método como um meio de organizar as ações de nossa investigação, a metodologia utilizada no Campo de Saúde do Trabalhador (tanto de coleta como de análise) foi construída, principalmente, a partir do que pensamos sobre pesquisa e produção de conhecimento. Podemos dizer que o método se reconfigurou ao longo de sua realização, que o momento da pesquisa possibilitou pensá-la e repensá-la inúmeras vezes, analisando seus objetivos, procedimentos, sua prática e efeitos, além da nossa própria implicação neste processo.

Pretendemos investigar as questões conceituais e metodológicas sobre Vigilância em Saúde do Trabalhador apresentadas no Capítulo 1, bem como o processo de construção da Vigilância em Saúde do Trabalhador, a partir das experiências relacionadas ao sistema de informação do CRST/ES. Para tanto, o foco de nossa investigação não eram os trabalhadores do CRST/ES em si, mas o processo, a dinâmica construída dentro desse



espaço para coleta e análise das informações, assim como de avaliação e efetivação das atividades de acordo com as demandas explicitadas nesses dados.

Sendo assim, buscamos entrevistar os profissionais relacionados ao Sistema de Informação sobre Acidente de trabalho (SISCAT), do Sistema de Informação Médico Ambulatorial (SIAMAB), assim como os profissionais que atuam diretamente na Vigilância e os que coordenam o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (em inspeções e planejamento), a fim de reconstruirmos, através da fala desses profissionais, a dinâmica do processo do trabalho por eles desenvolvido, os mecanismos que propiciaram as experiências de construção e uso das informações para a ação e as dificuldades encontradas nesse processo. Buscamos também, através das entrevistas e documentos históricos, entender os mecanismos que propiciaram a construção do CRST/ES e do modelo de Vigilância em Saúde do Trabalhador utilizado por ele, sistematizar e analisar as propostas e experiências concretas de VST desenvolvidas e selecionar algumas experiências para aprofundar a análise.

O roteiro dirigido<sup>1</sup> aos profissionais de saúde entrevistados continha questões acerca da formação desses profissionais, histórico do CRST, o trabalho desenvolvido por eles no CRST (casos e queixas, principais atividades, estratégias e técnicas de trabalho), sobre a organização da Vigilância em Saúde do Trabalhador (VST) dentro do CRST (processo de VST, definição de prioridades e de equipes de trabalho) e, por último, as possibilidades e dificuldades do trabalho de VST e suas articulações (integrações e inter-relações) com outros parceiros.

---

<sup>1</sup> Roteiro anexo 1

Buscamos abordar os questionamentos e dúvidas que nos atravessavam e nos inquietavam. Pensamos em questões que pudessem tornar visíveis o que é feito e pensado pelos profissionais. Optamos por gravar todas entrevistas que foram, posteriormente, transcritas de forma padronizada.

O CRST contava, no período de coleta de dados (março a junho), com 49 profissionais, sendo 10 servidores da prefeitura, 36 do Estado e 3 servidores do Ministério da Saúde. Desses 49 profissionais, 14 estão locados na parte administrativa e de serviços gerais. Vide quadro abaixo:

**Quadro 1- N° de Profissionais do CRST, segundo cargo e vinculação**

<b>Vinculação</b>	<b>Cargo</b>	<b>Número de profissionais</b>
<b>PMV</b>	Médico	3
	Técnico de segurança do trabalho	2
	Fisioterapeuta	1
	Enfermeira do Trabalho	2
	Fonoaudiólogo	1
	Auxiliar de Serviços Gerais	1
<b>Subtotal PMV</b>		<b>10</b>
<b>SESA/IESP</b>	Médico	8
	Assistente Social	3
	Psicóloga	2
	Fonoaudiólogo	1
	Engenheiro mecânico	1
	Técnico de segurança no Trabalho	2
	Técnico e auxiliar de Enfermagem	6
	Auxiliar administrativo	6
	Auxiliar de serviços Gerais	4
	Porteiro	2
	Vigilante	1
<b>Subtotal SESA/IESP</b>		<b>36</b>
<b>Ministério da Saúde</b>	Massagista	3
<b>Subtotal Ministério da saúde</b>		<b>3</b>
<b>Total</b>		<b>49</b>

Fonte: CRST/ES, setembro/ 2000.

No CRST/ES não existe uma equipe formada que trabalhe especificamente na VST, a não ser a equipe de inspeções em locais de trabalho, composta por três técnicos de segurança do trabalho e 1 engenheiro. Os outros profissionais participam das atividades de VST dentro de projetos específicos ou para verificação denexo, mas também estão envolvidos na parte assistencial e educativa. Os profissionais entrevistados foram escolhidos observando 2 critérios fundamentais: realizar trabalho na área de VST e formação profissional.

Dessa forma, no presente trabalho, entrevistamos os profissionais das mais diversas formações, que participam diretamente das atividades de Vigilância em Saúde do Trabalhador, sendo que, dentre os entrevistados, uma médica só foi considerada da VST, por que participa das inspeções por nexo, como veremos mais à frente. As entrevistas duraram em torno de 1 hora a 1 hora e meia, sendo que duas delas foram mais prolongadas, girando em torno de 2 horas, porque nelas o roteiro continha questões a cerca do histórico do CRST, totalizando 9 entrevistas realizadas.

### **O processo de entrevista**

O momento da realização das entrevistas foi de grande importância para a construção de todo material de análise. A entrevista foi construída como um processo, como um veículo para nos levar a análises. Entramos em contato com trabalhadores, pensamentos, estratégias, olhares.

Para tanto, agendamos com cada profissional a data, horário e local de sua preferência. Apenas duas entrevistas foram realizadas fora do CRST, por preferência dos entrevistados, já que estão de licença pra fazer mestrado. Uma delas aconteceu na própria

sala do mestrado em enfermagem, na Universidade Federal do Espírito Santo e a outra na residência do profissional.

As entrevistas foram individuais, em local reservado, com exceção de uma em que o profissional preferiu ser entrevistado com outro colega. Nesse caso, os dois profissionais responderam a todas as perguntas separadamente, primeiro um, depois o outro.

Finalizado o processo de coleta e análise dos dados achamos necessário realizarmos uma entrevista complementar<sup>2</sup> com a coordenadora do Centro, abordando questões mais específicas relativas aos casos selecionados de Vigilância e articulação do CRST com outras instituições. Essa entrevista também foi gravada e transcrita.

Além das entrevistas, era preciso estarmos atentos a outras fontes de informação complementares. Assim, conforme o planejado, fizemos um levantamento em Relatórios Anuais do CRST/ ES, das atividades desenvolvidas ao longo dos anos de 1997, 1998 e 1999. Também utilizamos dos Relatórios de Inspeções do CRST/ ES para entender com mais clareza as ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador realizadas nos anos de 1997, 1998 e 1999, assim os casos de VST selecionados, pelos próprios profissionais, que melhor ilustrassem as diferentes possibilidades de Vigilância em Saúde do Trabalhador, realizadas nesse Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, como veremos à frente.

## Identificação dos Profissionais Entrevistados do CRST

Desses 9 profissionais entrevistados, 2 são formadas em medicina, sendo que 1 delas trabalha como coordenadora do CRST, 2 são Enfermeiras do Trabalho, 2 engenheiros, sendo que um deles é concursado para a função de técnico de segurança do trabalho, 1 assistente social, 1 psicóloga e 1 técnico de segurança do trabalho. As duas enfermeiras do trabalho estão de licença para fazer o mestrado. Todos os profissionais entrevistados, com exceção dos 2 engenheiros e do técnico de segurança, tem uma ou mais especializações. Vide quadro abaixo.

**Quadro 2- N° de Profissionais entrevistados e formação**

<b>Formação profissional</b>	<b>Pós- Graduação</b>	<b>Curso</b>	<b>N° de profissionais entrevistados</b>
Medicina	Lato- Senso	Medicina do Trabalho	2
Enfermagem	Stricto- Senso	Saúde Coletiva (UFES)*	2
	Lato- Senso	Saúde Pública	
		Enfermagem do Trabalho	
Assistência Social	Stricto- Senso	Saúde Pública (FIOCRUZ)*	1
	Lato- Senso	Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana	
Psicologia	Lato- Senso	Epidemiologia	1
Engenharia	Não	Não	1
Técnico de Segurança do Trabalho	Não	Não	2
<b>Total</b>			<b>9</b>

\* Em curso.

A faixa etária dos profissionais entrevistados varia de 30 a 50 anos, sendo que 66% dos profissionais entrevistados têm entre 30 e 35 anos.

**Quadro 3- N° de Profissionais entrevistados e Idade**

<b>Idade</b>	<b>N° de profissionais</b>
30-35	4
36-40	2
41-45	1
46-50	2
<b>Total</b>	<b>9</b>

Dentre os profissionais entrevistados 6 são do sexo feminino e 3 do masculino.

**Quadro 4- N° de Profissionais entrevistados e Sexo.**

<b>Sexo</b>	<b>N° de profissionais</b>
Feminino	6
Masculino	3
<b>Total</b>	<b>9</b>

A questão do vínculo do profissional do CRST com sua instituição de origem é muito importante, já que existem grandes diferenças tanto salariais, quanto de benefícios entre os profissionais vinculados à prefeitura e ao estado. No ano de 1999, por exemplo, o Estado atrasou 3 meses do salário de todo funcionalismo público, sendo que esses salários ainda estão sendo pagos, em pequenas prestações. Nesse período, os trabalhadores fizeram um acordo amigável, onde os profissionais vinculados ao estado teriam sua carga horária reduzida, o acordo parece ter dado certo. No entanto, no período de abril a junho de 2000 (na época da coleta dos dados) os trabalhadores da saúde do estado entraram em greve exigindo reajuste salarial. No entanto, alegando reduzir "o caos na saúde", o governo do estado concedeu um aumento e bonificação exclusivos aos médicos. Os outros profissionais, mesmo os de nível superior que possuem isonomia salarial, perante ao estado, não tiveram qualquer bonificação.

**Quadro 5- N° de Profissionais entrevistados e Tipo de Vínculo**

<b>Tipo de Vínculo</b>	<b>N° de profissionais</b>
Estado	5
Prefeitura Municipal de Vitória (PMV)	4
<b>Total</b>	<b>9</b>

Destes profissionais, 4 entraram no CRST pelo concurso público que o Estado realizou em 1995, ano precedente à fundação do CRST e outros 3 profissionais estão trabalhando

desde o concurso realizado pela PMV, em 1992, para o PST. Os outros 2 profissionais foram remanejados, 1 do estado e o outro da PMV.

#### **Quadro 6- N° de Profissionais entrevistados e Tempo que trabalham no CRST**

<b>Tempo de trabalho no CRST</b>	<b>N° de profissionais</b>
0-1 ano	2
2-4 anos	4
4-8 anos*	3
<b>Total</b>	<b>9</b>

\*Inclui tempo que trabalharam no PST

#### **Metodologia de organização dos dados**

Os dados obtidos através das entrevistas foram organizados de acordo com o que chamamos de classificações temáticas. As classificações temáticas foram criadas por representarem os temas mais relevantes e facilitar o processo de organização dos relatos e assim dar visibilidade aos principais questionamentos levantados durante a pesquisa.

Em relação às entrevistas realizadas, criamos as seguintes classificações de temáticas que julgamos relevantes para alcançarmos os objetivos da dissertação: **formação desses profissionais** (setor de trabalho, tipo de vínculo com o CRST), **trabalho desenvolvido por eles no CRST** (casos e queixas, principais atividades, estratégias e técnicas de trabalho), **organização da Vigilância em Saúde do Trabalhador (VST) dentro do CRST** (processo de VST, definição de prioridades e de equipes de trabalho) e, por último, **possibilidades e dificuldades do trabalho de VST e suas articulações** (integrações e inter-relações) **com outros parceiros**. Além do **histórico do CRST**, acrescentamos um tema exclusivo das entrevistas com os profissionais que participaram do processo de construção do CRST, e outro, **Informações e Sistema de informações em Saúde do Trabalhador**, exclusivo da entrevista com a profissional do setor de informações.

Tentamos conhecer a atuação do profissional de Saúde do Trabalhador, relativo à vigilância, saber porque e como está ali. Conhecer as dificuldades (social, política, econômica, ideológica), as diferentes estratégias de trabalho e formas de luta inseridas neste cenário. Entender como é feita a avaliação e análise dos trabalhos realizados e de seus efeitos, se acontecem atividades junto aos sindicatos, às CIPAS (Comissões Internas de Prevenção de Acidentes), à DRT, FUNDACENTRO, Ministério Público e como são feitas. Enfim, analisar como a vigilância se estrutura, como os profissionais se organizam, como utilizam a informação e, também, visualizar os problemas, dificuldades e empecilhos encontrados nessa jornada.

Na análise final da pesquisa tentamos não trabalhar com análise de conteúdo das entrevistas ou analisá-las como um meio de comunicação ou de representação, estas serviram de suporte para as articulações que pudemos fazer com as análises dos relatórios de atividades, de planejamento e mesmo os relatórios das inspeções, assim como as referências bibliográficas utilizadas, em especial aquelas que falam de experiências de serviços na área de Saúde do Trabalhador no SUS.

Assim, a análise desenvolvida nesse trabalho não objetivou em nenhum momento buscar uma verdade transcendente ao que foi falado, nem uma representação do que se pensa e faz, mas o que efetivamente se faz e pensa. Conhecer o modelo de Vigilância em Saúde do Trabalhador utilizado pelo CRST/ES, os mecanismos de fluxo e impedimento dessa atuação é a mola mestra que nos mobilizou a buscar não somente nas entrevistas, mas também em outras fontes respostas para nossas perguntas.



Portanto, este trabalho é uma tentativa de conhecer os múltiplos movimentos que atravessam a construção da Vigilância em Saúde do Trabalhador dentro do SUS, utilizando como referência o estudo de caso do único Centro de Referência em Saúde do Trabalhador do estado do Espírito Santo. Nesse sentido, este trabalho se configura como uma proposta de construção de conhecimento com alguma pretensão de que o produto possa contribuir para a construção de novas práticas em Saúde do Trabalhador e o forte desejo de que estas tenham como elemento norteador a produção de vida e saúde, à medida que entendemos a pesquisa como uma possibilidade de análise e de produção de novos saberes e fazeres.

# Capítulo 1. A Saúde do Trabalhador e os modelos de Vigilância em Saúde

## 1. A Saúde do Trabalhador

A preocupação com o modo como se figura o processo de saúde e adoecimento dos trabalhadores em nossa sociedade tem sido uma constante. Diferentes abordagens têm se posicionado em relação ao processo de produção e saúde/ doença.

O referencial da Medicina Social, segundo Lacaz (1996), demonstra interesse por este tema desde o século passado, onde nos países de capitalismo avançado tratava do impacto do advento do capitalismo e da Revolução Industrial sobre a saúde das populações urbanas que acorrem ao trabalho nas fábricas. Nesse momento:

*“Não se identificava **claramente** uma patologia relacionada **diretamente** ao trabalho que provocasse agravos à saúde dos empregados, mesmo quando se tratava das condições e locais mais insalubres como era o caso da fábrica de charutos, de velas, de sebo e sabões, ou dos matadouros, tendo importância apenas suas **emanações** para o ambiente circundante.”* (Lacaz, 1996: 12).

Nesse momento, o ápice da “era bacteriológica”, no Brasil, a preocupação era de eliminar doenças com medidas de higiene e vacinação. Só anos depois, com a Medicina Legal (que se ocupa dos nexos de causalidade entre riscos da ocupação e doenças) e a Higiene do Trabalho ou Higiene Industrial, pressupostos da Medicina do Trabalho, é que essas questões são melhor estruturadas.

Já a Medicina do Trabalho, anteriormente denominada de Serviço Médico do Trabalho, como apontam Mendes e Dias (1991), nasce de uma demanda produzida na primeira metade do séc. XIX. Na Inglaterra, durante a Revolução Industrial houve um processo acelerado e desumano de produção, envolvendo tanto mulheres como crianças, causando tal consumo da força de trabalho que o adoecimento poderia significar até a inviabilidade do próprio processo de produção. Assim, os serviços médicos entram no espaço das grandes indústrias para "sanar" as doenças que "insistiam" em se instalar nos locais de trabalho e salvaguardar o lucro. Mendes e Dias (1991) citam que esses serviços eram dirigidos por pessoas de inteira confiança do empresário e que se dispusessem a defendê-lo. Os médicos, então, eram os únicos responsáveis pela prevenção dos danos à saúde resultantes dos riscos do trabalho.

Esse modelo vai se expandindo para outros países, juntamente com a expansão do processo de industrialização. Porém:

*"A inexistência ou fragilidade dos sistemas de assistência à saúde, quer como expressão do seguro social, quer diretamente provido pelo Estado, via serviços de saúde pública, fez com que os serviços médicos de empresa passassem a exercer um papel vicariante, consolidando, ao mesmo tempo sua vocação enquanto instrumento de criar e manter a dependência do trabalhador (e freqüentemente de seus familiares) ao lado do exercício direto do controle da força de trabalho." (Mendes e Dias, 1991: 342) .*

Essa questão gerou uma preocupação com os serviços médicos, pontuada na agenda da Organização Internacional do Trabalho, OIT, em 1959, como a Recomendação 112, que passou a ser o referencial da liberação de diplomas legais nacionais.

Entretanto, como pontua Mendes e Dias, num contexto econômico e político pós-guerra, o esforço industrial intensificava os acidentes de trabalho, desvelando a relativa impotência da Medicina para intervir nos problemas de saúde. Dessa maneira, a resposta científica era de ampliação da atuação médica direcionada ao trabalhador, pela intervenção sobre o ambiente, com o instrumental oferecido por outras disciplinas e outras profissões. Surge, nesse momento, a Saúde Ocupacional, principalmente nas grandes empresas, com organização das equipes multiprofissionais e ênfase na higiene industrial, a fim de controlar os riscos ambientais.

O paradigma da Saúde Ocupacional parece ter sido bastante influenciado pelas escolas de saúde pública, principalmente nos Estados Unidos (Mendes e Dias, 1991). Já no Brasil, a Saúde Ocupacional aparece tardiamente, mas marca profundamente o aparecimento de Instituições como a Fundação Jorge Duprat Figueiredo, FUNDACENTRO, e da legislação das leis de trabalho.

*"Na legislação, expressou-se na regulamentação do Capítulo V da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), retomada na década de 70, principalmente nas normas relativas à obrigatoriedade de equipes técnicas multidisciplinares nos locais de trabalho (atual Norma Regulamentadora 4 da portaria 3.214/78); na avaliação quantitativa dos riscos ambientais e adoção dos 'limites de tolerância' (Normas Regulamentadoras 7 e 15), entre outras." (Mendes e Dias, 1991: 344)*

Percebemos assim, que este período no qual a Saúde Ocupacional ocupava uma posição “estratégica” no campo de discussão entre saúde e trabalho, que a Legislação Brasileira nesse campo começa a ser parcialmente reformulada, sob um ciclo desenvolvimentista, que promoveu algumas políticas de proteção social restrita a trabalhadores de carteira assinada, como veremos mais a frente. Entretanto, a Saúde Ocupacional se mostra

insuficiente na abordagem da relação entre saúde e trabalho. Como Laurell (1981) nos fala:

*“O pensamento clássico da Saúde Ocupacional entende o ‘trabalho’ como um problema ambiental, uma vez que põe o trabalhador em contato com agentes químicos, físicos, biológicos e psicológicos que lhe causam acidentes e enfermidades. Esta conceituação reproduz, claramente, a forma tradicional da medicina que vê a doença como fenômeno biológico que ocorre no indivíduo.”*  
(Laurell, 1981: 08).

Da mesma forma Lacaz (1996: 22) complementa:

*“Paralelamente, tal abordagem, em função dos seus limites epistemológicos, faria com que elas - Medicina do Trabalho- Saúde Ocupacional - escapasse a capacidade de considerar, apreender relações outras existentes, como aquelas enquadradas no que se denomina genericamente de **organização/ divisão do trabalho**, isto é, o ritmo, a duração da jornada, o trabalho em turnos, a hierarquia, divisão e conteúdo das tarefas, controle e esquemas para elevação da produtividade e, as próprias campanhas para redução dos acidentes do trabalho conforme refere Mendes (1986) que podem trazer conseqüências para a saúde dos trabalhadores, as quais expressariam particularmente como doenças ‘**crônico-degenerativas**’ e distúrbios da **saúde mental** dos coletivos de trabalhadores.”*

Então, dada essa insuficiência teórico-conceitual da Medicina do Trabalho e Saúde Ocupacional, emerge uma nova proposta para analisar e atuar sobre as questões relativas ao trabalho e saúde, na perspectiva de entendê-los enquanto processo.

*“Se, durante algum tempo predominou a abordagem dos nexos saúde/doença e trabalho a partir da visão **ambientalista**, derivada em certa medida da noção de contágio-bacteriologista de forte influência positivista, monocausal e redutora, é através da **ruptura** promovida pela incorporação da categoria **processo de***

*trabalho, promovida pela MSL [Medicina Social Latinoamericana](...) é que se inscreve o projeto contra-hegemônico.”(Lacaz, 1996:410).*

A Medicina Social Latinoamericana propõe uma visão do conceito do trabalho que incorpora a idéia de processo de trabalho, na qual o foco não se restringe à sua composição ambiental constituída dos vários fatores/ agentes de risco e externo ao trabalhador, ao contrário, processo de trabalho é apreendido como uma categoria explicativa, que se inscreveria nas relações sociais de produção existentes entre capital e o trabalho (Lacaz, 1996). Ao mesmo tempo, esse paradigma incorpora uma idéia de trabalhador que diferente, da idéia de paciente, é visto enquanto um agente de mudança, com saberes e vivências acumuladas sobre seu próprio trabalho e acumuladas coletivamente.

Sobre esse paradigma nasce a Saúde do Trabalhador como resposta à incapacidade da forma dominante de analisar as relações entre saúde e trabalho, com a proposta de gerar um conhecimento transformador através de uma nova prática social e promover modificações substantivas na saúde das coletividades de trabalhadores (Lacaz, 1996).

A conformação da área de Saúde do Trabalhador coincide com o movimento de formulação do modelo explicativo da determinação social do processo saúde/ doença. A explicitação do papel exercido pelo trabalho nessa determinação contribuiu para aumentar os questionamentos dos modelos tradicionais adotados pela Medicina do Trabalho e Saúde Ocupacional, que tornam inadequados e denunciados pelos movimentos de trabalhadores por não responderem às necessidades de saúde (Mendes e Dias, 1991).

*"A Saúde do Trabalhador diferentemente da Medicina do Trabalho- Saúde Ocupacional procurará analisar o processo de trabalho na sua relação com a saúde/ doença mediante a 'integração cada vez mais complexa dos elementos, no marco de uma dinâmica que imprime uma nova qualidade ao conjunto. Seus conceitos devem, então, permitir captar essa complexidade' (Laurell & Noriega)." (Lacaz, 1992).*

Se a Saúde do Trabalhador utiliza do saber operário, como sustenta o Modelo Operário Italiano, sua premissa metodológica exposta por Minayo-Gomez e Thedim-Costa é a interlocução com os próprios trabalhadores, depositários de um saber emanado de experiência e sujeitos essenciais quando se visa uma ação transformadora.

*"Em síntese, por Saúde do Trabalhador compreende-se um corpo de práticas teóricas interdisciplinares- técnicas, sociais, humanas- e interinstitucionais, desenvolvidas por diversos atores situados em lugares sociais distintos e informados por uma perspectiva comum. Essa perspectiva é resultante de todo um patrimônio acumulado no âmbito da Saúde Coletiva, com raízes no movimento da Medicina Social Latino-americana e influenciado significativamente pela experiência italiana." (Minayo-Gomez e Thedim-Costa, 1997: 25).*

Com essas questões levantadas, as principais características do campo de Saúde do Trabalhador podem ser condensadas em (Porto et al., 2000):

- A busca da compreensão das relações entre o trabalho, a saúde e a doença dos trabalhadores para fins de promoção e proteção, nesta incluída a prevenção de agravos, além de assistência, mediante o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação;
- A ênfase na necessidade de transformações dos processos e ambientes de trabalho, com vistas a sua humanização;

- Abordagem multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial, para que a relação saúde e trabalho seja entendida em toda sua complexidade;
- A participação dos trabalhadores como sujeitos fundamentais no planejamento e implementação das ações; e,
- A articulação com as questões ambientais, já que os riscos dos processos produtivos também afetam o meio ambiente e a população em geral.

A Saúde do Trabalhador se apresentaria, então, como a **nucleação** de um grupo de disciplinas que **interagem** com o discurso precedente, produzindo novos embates, novas frentes de conflito e produtos de emergência do discurso. Mas, também, de práticas em serviço, compartilhadas com a ação do movimento social de trabalhadores organizados.

*"Com isso tem-se gerado, um corpo de conhecimentos que está na procura constante de conhecer para transformar. Daí ser um campo militante, que respeita a subjetividade operária, os grupos homogêneos, tendo esse diálogo com a MSL possibilitando a superação do seu limite enquanto um modelo que, em sua apreensão da realidade de saúde/ doença e de trabalho, não promoveu uma reconceituação da doença, nem da relação entre trabalho e saúde, tendo obtido apenas uma modificação na forma de gerar o conhecimento. Aqui, não é mais o cientista apenas que produz conhecimento, mas o coletivo de trabalhadores tendo, por isso, grande valor a subjetividade e o **saber** operário."*  
(Lacaz, 1996: 408).

### **1.1. A Atenção à Saúde dos Trabalhadores, na Perspectiva da Saúde do Trabalhador: a Implantação dos CRSTs no Brasil**

A emergência da Saúde do Trabalhador no Brasil pode ser identificada no início dos anos 80, no contexto da transição democrática (Mendes e Dias, 1991). É quando segundo



esses autores, o trabalho começa a ser pensado como determinante no processo saúde-doença. Nesse momento, há um desvelamento das epidemias das doenças ocupacionais e a incapacidade do sistema de saúde de dar resposta às necessidades de saúde da população, em especial dos trabalhadores. Surgem novas práticas sindicais em saúde, referenciando melhores condições de trabalho, de reformulação das CIPAs, incluindo pautas específicas nas negociações coletivas e ampliando o debate acerca das condições de trabalho e saúde.

Dessa maneira, a atenção à saúde dos trabalhadores na perspectiva da Saúde do Trabalhador é um dado essencialmente novo no sistema de saúde brasileiro. Entretanto, apesar de sua recente inserção no sistema de saúde, atualmente já é possível em se falar num modelo assistencial da Saúde do Trabalhador, que essencialmente se distingue de outras formas de atenção à saúde dos trabalhadores desenvolvidas pelos SESMTs (Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho), pelos sindicatos ou mesmo pela Previdência Social.

Dias (1994) aponta três momentos de inserção dessa atenção diferenciada no SUS. O *primeiro* datado entre 1978 e 1986 é marcado pela efervescência das idéias e pressupostos que conformam a área temática da Saúde do Trabalhador e da atenção à saúde dos trabalhadores, como uma prática de saúde diferenciada. É o período de “difusão das idéias” e da divulgação da experiência italiana. A “idéia-força” consiste na:

*“(...) compreensão de que os trabalhadores adoecem e morrem de forma igual e compartilhada com o conjunto da população, mas também de forma diferenciada, em decorrência de sua inserção em processos de trabalho particulares. Como decorrência, necessitam e têm direito a uma atenção às*

*suas necessidades de saúde que contemple essa especificidade.”* (Dias, 1994:148).

Nesse momento, há um desvelamento das epidemias das doenças ocupacionais e a incapacidade do sistema de saúde de dar resposta às necessidades de saúde da população, em especial dos trabalhadores. Surgem novas práticas sindicais em saúde, referenciando melhores condições de trabalho, de reformulação das CIPAs, incluindo pautas específicas nas negociações coletivas e ampliando o debate acerca das condições de trabalho e saúde. Assim: *"O processo de discussão do modelo da Saúde do Trabalhador, no Brasil, teve no movimento sindical um de seus principais atores sociais."* (Spedo, 1998: 10).

No campo da prática da saúde, a primeira experiência desenvolvida de uma atenção diferenciada para os trabalhadores, na rede de serviços de saúde, acontece em São Paulo, na região da Barra Funda, no ano de 1974 (Dias, 1994).

Com a posse dos governadores eleitos em 1982, aumentam-se os esforços para que a Saúde Pública assuma papel ativo na condução de um movimento político- ideológico de criação dos Programas de Saúde dos Trabalhadores (Lacaz, 1997), principalmente em São Paulo, Minas Gerais, Rio de Janeiro, Bahia e Rio Grande do Sul.

*"Nestas experiências os Serviços de Saúde Pública começam a nuclear a articulação entre as ações de assistência e vigilância (controle de nocividade) dos ambientes e locais de trabalho, envolvendo uma atuação interinstitucional que engloba órgãos da esfera federal (...), em nível dos estados e Universidade, com abertura para a participação e a gestão dos sindicatos".* (Lacaz, 1997: 09)

De mãos dadas com o Movimento da Reforma Sanitária, num momento privilegiado de enfrentamento, a discussão sobre este processo culmina com a VIII Conferência Nacional

de Saúde, ocorrida em 1986, que propõe a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Ainda sob a efervescência da CNS, em abril de 86 acontece o I Encontro Nacional sobre Saúde dos Trabalhadores, cujo Documento Final afirma:

*“(...) a implantação dos Programas de Saúde dos trabalhadores pode se constituir na grande virada para viabilizar a concretização do Sistema Unificado de Saúde, a partir do momento em que efetivamente o setor público assuma o controle da assistência integral à saúde do adulto.”* (Brasil/ MS apud Dias, 1994: 164).

Em dezembro desse mesmo ano acontece I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, onde mais uma vez está em pauta a inserção da Saúde do Trabalhador, enquanto prática do Sistema Único de Saúde.

O *segundo momento*, entre 1987 e 1990, é o momento da institucionalização das ações de Saúde do Trabalhador, na rede de serviços de saúde, através das conquistas no âmbito legal e das instituições. Assim, a prática acumulada nos PSTs garante a inscrição da Saúde do Trabalhador como atribuição do SUS, mas a prática adotada nos governos eleitos em 1986 a descaracteriza, como afirma Lacaz (1996).

Por outro lado, alguns municípios passaram a gerenciar serviços de saúde dos trabalhadores, criando os Centros de Referência em Saúde dos Trabalhadores, a fim de aprofundar as experiências existentes no que se refere à gestão e à participação sindical, ao trabalho desenvolvido por equipes multiprofissionais, à articulação interinstitucional e ao funcionamento dos Conselhos Gestores (Lacaz, 1997).

*“No cotidiano dos serviços de saúde, um trabalho intenso, de equipe, quase anônimo prosseguia na construção da atenção à saúde dos trabalhadores no sistema de saúde. As experiências dos Programas e Centros de Referência em Saúde do Trabalhador se multiplicaram no país. Algumas, entretanto, não conseguiram ultrapassar as dificuldades e foram extintas.”* (Dias, 1994: 172).

Neste contexto, Dias destaca as experiências de São Paulo, Paraná, Bahia, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e Minas Gerais. No município de São Paulo os CRSTs são caracterizados como: *“(...) unidades especializadas, de modo a servir de retaguarda e construir-se como Centros articuladores das práticas de Saúde do Trabalhador na rede básica de saúde.”* (São Paulo, SMS apud Spedo, 1998: 83, *grifos nossos*).

O *terceiro momento*, da implantação da Saúde do Trabalhador no SUS, entre 1990 e 1994, por mais paradoxal que seja, é marcado por um lado pela legislação nesse campo, que adquire status de instrumento operacional, por outro, por um período de mudanças na orientação das políticas econômicas e sociais e reformas administrativas na máquina do Estado.

No art. 6º da Lei Orgânica de Saúde, n.º 8.080/ 91(apud Oliveira, 1996: 134), temos a definição legal da Saúde do Trabalhador:

*“Entende-se por Saúde do Trabalhador, para fins dessa lei, um conjunto de atividades que se destina, através de ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho (...).”*

Inseridas na Norma Operacional de Saúde do Trabalhador- NOST/SUS (Portaria 3.908 de 30/10/98) as ações referentes à Saúde dos Trabalhadores no SUS devem ser norteadas por algumas premissas como universalidade e equidade, integralidade das ações:

*"(...) tanto em termos de planejamento quanto da execução, com um movimento constante em direção à mudança do modelo assistencial para a atenção integral, articulando ações individuais e curativas com ações de vigilância da saúde, uma vez que os agravos à saúde, advindos do trabalho, são essencialmente preveníveis."*

Além do direito à informação sobre a saúde, 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, no estabelecimento de prioridades e na alocação de recursos"*, assim como da configuração da Saúde do Trabalhador como um conjunto de ações de vigilância e assistência.

Dessa maneira, se no campo da legislação a Saúde do Trabalhador ganha contornos mais definidos, no que tange à implantação do SUS, esta foi inviabilizada ou adiada, ocorrendo um acirramento do conflito com a proposta de um sistema de saúde sintonizado com o projeto neoliberal e as dificuldades decorrentes de uma conjuntura de crise econômica e social, que materializam na instalação do caos do sistema de saúde.

Nesse contexto, muitos problemas para a prestação de uma atenção diferenciada à Saúde dos Trabalhadores na rede pública de serviços estão colocados, como:

*"(...) - a persistência do modelo assistencial centrado na consulta médica individual em detrimento das ações coletivas;*  
*- a insuficiência ou inexistência quantitativa e qualitativa das ações de promoção e proteção da saúde, (mesmo restritas à vigilância da saúde);*  
*- a indefinição e/ou duplicidade de atribuições, tanto no interior do SUS e entre as instituições governamentais, particularmente com o MTb, reflexo da falta de políticas institucionais bem estabelecidas;*  
*- a carência e despreparo dos recursos humanos para abordagem das questões de saúde dos trabalhadores;*  
*- informações insuficientes, inacessíveis ou pouco ágeis; e*  
*- as dificuldades para a implementação de uma real e efetiva participação dos trabalhadores." (Dias, 1994: 97).*

Ao mesmo tempo, contextualiza-se, a nível mundial, uma grave crise econômica, aliada a mecanismos de globalização, desencadeando processos de terceirização (quarteirização) de diversos setores de trabalho. As conseqüências dessa nova forma de gestão do trabalho sobre a vida dos trabalhadores têm suas bases no desemprego e precarização das condições e relações de trabalho, sob as formas de menor segurança e maior insalubridade nos locais de trabalho, extensão das jornadas de trabalho, perdas salariais e de benefícios sociais, redução de efetivos acompanhada de intensificação do trabalho, aumento da parcela de emprego temporário e a tempo parcial (Figueiredo, 1998).

*"Neste descompasso, o movimento sindical procura garantir as conquistas conseguidas em termos de gestão e participação nos PSTs, mas encontra dificuldades em prosseguir com o seu avanço, na medida em que aparecem na pauta novas demandas, especialmente aquelas relacionadas com o aprofundamento da crise econômico-social, o que traz sérias repercussões sobre o nível de emprego, com reflexos no aumento do desemprego aberto nas grandes cidades brasileiras e na exacerbação do mercado informal de trabalho." (Lacaz, 1997:11)*

Ao mesmo tempo, do lado dos Serviços Públicos de Saúde, assiste-se ao seu sucateamento e uma tendência a voltarem-se para a população excluída do mercado de trabalho ou situada nas franjas da sua informalidade. Expressão dessa dinâmica é a predominância, hoje, da clientela de desempregados em vários PSTs/ CRSTs (ou CERESTs) e dos avanços das cláusulas de ampliação de cobertura pela iniciativa privada nas categorias de trabalhadores mais representativos, como químicos e metalúrgicos, por exemplo. Aqui está situado um paradoxo cujo enfrentamento o Movimento sindical tem tardado em empreender (Lacaz, 1996)

A trajetória da Saúde do Trabalhador:

*"(...) não poderia fugir às características de um campo de saberes e práticas cuja identidade ainda tem contornos algo imprecisos, na medida em que conforma-se por discursos, intenções, credos e lutas cuja capacidade de apreensão pela dinâmica investigativa ainda deve merecer e exige novas aproximações para responder definitivamente **o que é e como** superará os limites que a realidade pulsátil e vibrante impõe-lhe." (Lacaz, 1996: 412).*

Como parte desse processo, esse período foi fortemente marcado pelas disputas corporativas e pela ausência de mecanismos claros e efetivos de financiamento para as ações do SUS. Com todas essas questões, como expõem Minayo-Gomez e Thedim-Costa (1997), a atuação dos PSTs/ CRSTs é marcada repetidamente pela descontinuidade, quer por pressões externas dos que se sentem ameaçados em seu poder de tratar vidas humanas desgastadas pelo trabalho, quer pela sucessão de novas administrações que não priorizam esses investimentos.

*“(...) está se instituindo no Brasil, uma prática de saúde ou prática sanitária particular, na rede de serviços de saúde, multiforme, sujeita a contradições (próprias) intrínsecas do campo das relações saúde & trabalho e à crise do setor saúde na atualidade, que se denomina de atenção à saúde dos trabalhadores na perspectiva da Saúde do Trabalhador.” (Dias, 1994: 145, grifos nossos).*

De certa forma, o quadro político, econômico e social, em especial no Brasil tem causado inúmeros impasses para uma efetiva atuação em Saúde do Trabalhador:

*“Depara-se, no momento atual, com um quadro em que convivem situações mais evidentes da violência do trabalho, não resolvidas ou parcialmente enfrentadas- como pneumoconioses, doenças provenientes de riscos físicos, intoxicações crônicas e agudas associadas à utilização de tecnologias obsoletas e de substâncias banidas do mundo desenvolvido, bem como a forma de organização do trabalho que desconsideram a necessidade de contemplar e expandir as potencialidades humanas-, com as decorrentes de uma nova lógica produtiva, marcada pela globalização da economia.” (Minayo-Gomez e Thedim-Costa, 1997: 30)*

Estamos, então, falando de um campo em construção, com enormes desafios a serem superados. Do ponto de vista da investigação, segundo os autores acima citados, a ampliação dos objetos de estudo e a reformulação de alguns referenciais conceituais e metodológicos tornam-se premissas fundamentais.

Se no aspecto conceitual temos uma série de questões desafiadoras, do ponto de vista de uma atenção integrada aos problemas de saúde dos trabalhadores, estas questões se multiplicam. Ou seja, os problemas relacionados à saúde dos trabalhadores, assim como outros problemas de saúde, dificilmente podem ser resolvidos exclusivamente pelo Setor Saúde, muito pelo contrário, as ações mais eficazes para resolvê-los estão dispersos em



outras instâncias, como da economia, ciência e tecnologia. Na realidade, em casos como de acidentes de trabalho, trânsito ou ambientais, quanto mais se analisa a gênese destes riscos e seus efeitos, mais nos aproximamos de um emaranhado de políticas públicas, práticas sociais e processos decisórios que estão fora do âmbito do setor saúde (Porto et al., 2000).

Vale ressaltar, que o processo de construção da proposta do SUS foi o resultado da articulação de vários setores sociais, que entendiam que a organização de um sistema de saúde estava associada a um projeto mais amplo de resgate da cidadania. Entretanto, nem a Previdência, nem o Trabalho passaram por processos semelhantes (Spedo, 1998), o que, por sua vez acaba por limitar o projeto ampliado de atenção a saúde dos trabalhadores na perspectiva da Saúde do Trabalhador.

É este, então, o grande desafio da proposta inovadora da Saúde do Trabalhador, a busca de implementação das ações de forma integrada e coerente "*(...) a partir de um referencial teórico e de instrumentos de abordagem das relações trabalho x saúde x doença e de intervenção sobre seu impacto sobre a saúde dos trabalhadores e sobre seu meio ambiente.*" (Dias, 1994: 91). Da mesma forma, Porto et al (2000) nos falam que por sua vez, a saúde dos trabalhadores constitui um dos objetos integradores das ações de saúde pública por seu potencial articulador das ações de vigilância sanitária, de vigilância epidemiológica e de serviços de saúde, as três grandes áreas de atuação do setor saúde.

*"A possibilidade ou a capacidade de uma atuação integrada entre ações tradicionais de assistência médica e uma atuação de caráter preventivo conforma a atenção à saúde dos trabalhadores, apesar das inúmeras dificuldades conceituais e operacionais para a sua implementação."*(Dias, 1994: 95)

Nesse sentido, as estratégias de vigilância em Saúde do Trabalhador têm servido para demonstrar as possibilidades e dificuldades das ações intersetoriais de promoção e prevenção à saúde dos trabalhadores (Porto et al, 2000).

## **1.2. A Vigilância em Saúde do Trabalhador (VST)**

O desenvolvimento conceitual, metodológico e instrumental da Saúde Pública contemporânea está estritamente relacionado aos avanços da bacteriologia e parasitologia, que aconteceram a partir do final do século XIX, com as descobertas que propiciaram o estabelecimento de estratégias de combate às doenças infecciosas e parasitárias. Mas, é na década de 50, com a perspectiva de "controle" de algumas doenças, que a noção de vigilância epidemiológica passou a ser mais amplamente utilizada. Nos anos 60, com o desenvolvimento de técnicas de computação de dados, a epidemiologia se concretiza enquanto *eixo da produção de conhecimentos sobre os problemas de saúde em uma perspectiva coletiva* (Teixeira et al, 1998). Entretanto, no Brasil, somente nos anos 80 que ganham forças as tentativas de aproximação entre epidemiologia, planejamento e a ciências sociais em saúde, caracterizando a vertente de Vigilância à Saúde, como elemento constituinte da Saúde Coletiva.

Nos anos 90, além da discussão teórico-conceitual, inicia-se uma reflexão sobre organização das ações de Vigilância no SUS e da própria descentralização da Vigilância.

*"O conceito de vigilância em saúde definido por Mendes (1994) situa as ações de saúde no âmbito de um dado território, o distrito sanitário, propondo uma mudança de referência em relação ao modelo assistencial tradicionalmente adotado; a nova perspectiva inclui promoção de saúde, atuação nos*

*determinantes sanitários, coleta, análise e disseminação de informações sanitárias e clínicas." (Porto et al., 2000: 04)*

A territorialização das atividades permite a definição de prioridades em termos de problemas e de grupos, o mais rápido possível. Desse modo, essa perspectiva da Vigilância da Saúde aponta caminhos para a superação da crise do sistema de saúde que levam em conta a realidade de cada município, tanto do ponto de vista político e cultural, quanto sob o ângulo social, epidemiológico e sanitário (Teixeira et al, 1998).

*"Parte da necessária transformação da vigilância em saúde está relacionada à regionalização e à efetiva municipalização do sistema de saúde, pois as equipes de saúde locais, detendo um conhecimento mais aprofundado dos problemas referentes à sua área de atuação, poderão planejar suas ações de forma mais adequada." (Wunsch Filho et al, 1993).*

Para Porto et al. (2000) a forma de organização desse modelo privilegiaria a construção de políticas públicas, atuação intersetorial, intervenções particulares e integradas de promoção, prevenção e recuperação, em torno de problemas e grupos populacionais específicos, onde a base do planejamento das ações está inscrita nas análises de situações de saúde nos territórios, o que acaba por propor novos alicerces do modelo de vigilância, que supere os paradigmas médico assistencial e sanitário vigentes no SUS.

Dessa maneira, a vigilância da saúde apresenta as seguintes características básicas (Teixeira et al, 1998): Intervenção sobre problemas de saúde; ênfase em problemas que requerem atenção e acompanhamento contínuos; operacionalização do conceito de risco; articulação entre ações promocionais, preventivas e curativas; atuação intersetorial; ações sobre o território; intervenção sob a forma de operações.

Entretanto, o conceito de vigilância à saúde possui diversas formulações e entendimentos distintos da que tomamos aqui. A vigilância pode ser vista em sua forma restrita, como monitoramento de doenças, resultante da conjugação do atendimento clínico e do acompanhamento de populações expostas por meios de indicadores biológicos de exposição e de efeitos subclínicos (Machado, 1996).

Da mesma forma, criou-se uma dicotomia que restringiu à Vigilância Epidemiológica o limite técnico das informações sobre ocorrência das doenças e cristalizou-se uma Vigilância Sanitária cujo papel é de intervenção sobre os fatores que estejam contribuindo para a ocorrência das doenças e pondo em risco a saúde das populações (Wunsch Filho, 1992). Dicotomia esta, que a Vigilância em Saúde do Trabalhador busca superar, através da integração das diferentes atividades, desde a identificação do problema de saúde até a intervenção para a mudança das condições de trabalho.

Esses processos foram incorporados em algumas experiências nos serviços de saúde e acabaram por ser institucionalizados na Lei Orgânica de Saúde. Na Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador (Portaria 3.120 de 01/07/98), por exemplo, a abordagem da Vigilância em Saúde do Trabalhador implica na superação dos limites conceituais e institucionais das ações dissociadas de vigilância epidemiológica e sanitária. Ao mesmo tempo, a Vigilância em Saúde do Trabalhador calca-se no modelo epidemiológico de pesquisa dos agravos, nos diversos níveis de relação entre trabalho e saúde, agregando ao universo de avaliação e análise a capacidade imediata da intervenção sobre os fatores determinantes dos danos à saúde.

Desse modo, diferente da Vigilância em Saúde em geral, a Vigilância em Saúde do Trabalhador delimita como seu objeto específico a investigação e intervenção na relação do processo de trabalho com a saúde. Nesse sentido, a VST é conceituada como:

*"(...) uma atuação contínua e sistemática ao longo do tempo, no sentido de detectar, conhecer, pesquisar e analisar os fatores determinantes e condicionantes dos agravos à saúde relacionados aos processos e ambientes de trabalho, em seus aspectos tecnológico, social, organizacional e epidemiológico, com a finalidade de planejar, executar e avaliar intervenções sobre esses aspectos, de forma a eliminá-los ou controlá-los."* (Portaria 3.120 de 01/07/98)

Entende-se, então, que a VST procura conhecer a realidade da população trabalhadora, intervir nos fatores determinantes de agravos à saúde dessa população, avaliar o impacto das medidas adotadas, subsidiar a tomada de decisões dos órgãos competentes do governo (tanto a nível federal, estadual ou municipal) e, ainda, estabelecer sistemas de informação em Saúde do Trabalhador que incorporem, além das informações tradicionalmente existentes, a criação de bases de dados provindas do processo de vigilância e a divulgação sistemática das informações analisadas e consolidadas.

Além disso, a Vigilância em Saúde do Trabalhador se constitui enquanto uma prática multidisciplinar, interinstitucional, que ultrapassa o setor saúde, mas está subordinada a seus princípios, através do uso de instrumentos e métodos da epidemiologia, da higiene do trabalho, da ergonomia e que necessita da participação efetiva dos trabalhadores (Dias, 1994).

Isso porque, as ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador, assim como a própria Saúde do Trabalhador, são influenciadas tanto pela Medicina Social Latinoamericana

como pela experiência da Reforma Sanitária Italiana, configurando um campo de premissas como: determinação social da saúde; relativização de métodos quantitativos na análise da associação entre causa e efeito; desenvolvimento de práticas e gestões participativas em saúde; compreensão da dinâmica entre sujeito individual e coletivo; assim como princípios de não delegar, não monetarizar os riscos e busca de validação consensual em grupos homogêneos (Machado, 1997).

No campo da atenção à saúde, a implantação das ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador é bastante recente e resulta em uma gama de experiências distintas, cujo elemento comum corresponde ao seu entendimento como uma prática sanitária que integra diferentes saberes e práticas: *"(...) um processo de articulação de ações de controle sanitário no sentido de promoção, proteção e atenção à saúde dos trabalhadores."* (Machado, 1997: 34).

*"A introdução da Vigilância em Saúde do Trabalhador, portanto, representa a possibilidade de estabelecer conexões entre suas respectivas instâncias executoras. Essa rede interna do SUS, estabelecida pelo desenvolvimento das ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador, representa como característica decorrente de seu objeto a conexão com instituições além do sistema de saúde em termos restritos, chegando a configurar uma série de pontes intersetoriais."*(Machado, 1996:06)

A Vigilância em saúde pode ser definida, então, como ação em torno de um objeto. No caso da Vigilância em Saúde do Trabalhador, em torno de objetos que alteram, no sentido positivo, a relação entre processo de trabalho e saúde (Machado, 1996). Três componentes fundamentais delineiam a experiência da vigilância: levantamento de informações, análise de dados e ação propriamente dita.

A proposta da Vigilância em Saúde do Trabalhador também contempla a integralidade das ações na organização dos serviços, por meio do trabalho em equipe multiprofissional de cada serviço, na relação complementar e integrada de vários serviços dentro do próprio SUS ou em relação à outros órgãos relacionados à Saúde dos trabalhadores, como DRT, INSS, FUNDACENTRO e Sindicatos, num trabalho interinstitucional (Spedo, 1998).

*"Do ponto de vista estratégico a Vigilância em Saúde do Trabalhador deve, ao lado de atuar em íntima conexão com os programas de atenção à saúde dos trabalhadores, também atentar para a interface que pode estabelecer com o sistema de previdência social, ao desenvolver uma metodologia de intervenção nos locais de trabalho nocivos à saúde que se diferencie da prática cartorial das 'fiscalizações' dos órgãos ligados ao Ministério do trabalho, e que permita, a partir da abordagem epidemiológica do risco, um planejamento para antecipar-se às verdadeiras 'epidemias' de acidentes e doenças do trabalho que ocorrem em determinados setores da produção."*  
(Lacaz, 1992:07)

Nesse sentido, a informação em Saúde do Trabalhador se configura como um elemento deflagrador e de avaliação de ações, sendo fundamento essencial à vigilância. Em resumo, a vigilância pode ser entendida como informação para a ação, pressupondo que as ações, além de pertencerem ao campo da vigilância, também englobam a tomada de decisões consensuais e criteriosas (Machado, 1996).

### **1.2.1. Modelo de Vigilância em Saúde do Trabalhador**

Machado (1996) propõe um modelo de Vigilância em Saúde do Trabalhador, cuja intervenção interdisciplinar se mostra como pressuposto básico, sem a qual não há entendimento do objeto da Vigilância: a investigação na relação entre processo de trabalho e a saúde. Os componentes epidemiológicos, sociais e tecnológicos constituem essa ação interdisciplinar e atuam como mediadores da relação entre saúde e trabalho. Esta proposta de vigilância é constituída por um núcleo de vigilância popular e dinamizado institucionalmente por redes de intervenção, construídas em torno dos casos relevantes em que o SUS tem papel centrado na contextualização epidemiológica de agravo e situações de risco, de direcionamento e articulação do processo de vigilância para uma intervenção nos determinantes dos agravos e situações de risco à saúde dos trabalhadores (Machado, 1996).

As ações em Vigilância em Saúde do Trabalhador constituem, cada qual, um processo específico com dimensão temporal intrínseca, que devem se dar através da sistematização de etapas sucessivas com metas a serem cumpridas, de acordo com as condições tecnológicas da própria empresa e do estabelecimento de prazos para as medidas a serem tomadas. O processo de Vigilância, conforme explicitamos, pode se iniciar por uma vigilância popular desencadeada pelos trabalhadores, que é contextualizada e quantificada em termos populacionais pela vigilância epidemiológica, configurando o caso tecnicamente, e partindo para uma intervenção no processo de trabalho, atuando preventivamente na exposição, ou seja, nas situações de risco.



Desse modo, as redes de vigilância são constituídas a partir de seus núcleos, por meio de denúncias dos trabalhadores envolvidos diretamente em situações de risco ou que se tornaram casos de doenças relacionadas ao trabalho. O conteúdo dessas denúncias chegam as instituições executivas da rede (principalmente os PSTs/ CRSTs e DRTs) por intermédio dos representantes dos trabalhadores, comissões, CIPAS, etc. Os Programas de Saúde do Trabalhador, enquanto focos de articulação de ações do próprio SUS, executam as ações de referência clínica, vigilância sanitária e epidemiológica aos agravos relacionados ao trabalho e desencadeiam um processo de integração das ações em torno de um caso.

Algumas ações de inspeção sanitária desenvolvidas por PSTs/ CRSTs constituem-se em investigações de campo esclarecedoras da relação entre trabalho e saúde. Na falta dela, a aplicação de questionários recordatórios, de relatos de trabalhadores e consultas a especialistas são instrumentos que podem facilitar o entendimento do evento e/ou processo de trabalho.

Esse método de intervenção tem se configurado como processos de vigilância que se diferenciam de ações pontuais. Diferente das DRTs, instância executora dessa rede de vigilância, que apesar de ter em suas ações de inspeção um grande poder de policiamento e normatização, estas demonstram apenas uma eficácia pontual e momentânea, gravitando entre o pólo empresarial e o dos trabalhadores (Machado, 1996).

Na segunda camada de apoio dessa rede de Vigilância em Saúde do Trabalhador, destacam-se as ações desencadeadas por projetos acadêmicos e de ensino, desenvolvidas

por instâncias acadêmicas que tem colaborado na estabilização de experiências por sua divulgação e apoio interdisciplinar em casos de grande amplitude.

Numa terceira camada estão o Ministério Público Estadual e do Trabalho, com grande poder de investigação, penalização e elemento auxiliar no processo de negociação. Na quarta camada situam as ações decorrentes de leis e acordos firmados pelas Assembléias Legislativas. A mídia e outras instâncias como órgãos ambientais, secretarias de trabalho, previdência social também são elementos que podem compor esta rede. Já as ações desenvolvidas pela própria empresa, como exemplo os SESMTs, compõem o outro pólo da rede, mas que não se caracterizam por ações em Saúde do Trabalhador, já que estão baseadas em concepções de risco e acidentologia ultrapassadas (Machado, 1996).

Nesse modelo (Machado, 1996) são incorporados parâmetros técnicos de priorização das ações de acordo com análises que integrem a observação de situações críticas, segundo critérios de gravidade e magnitude, por região, por setores de atividade econômica, por agravos à saúde e por risco. No caso da Vigilância em Saúde dos trabalhadores, as situações críticas tornam-se objeto de vigilância a partir de denúncias, de movimentos sociais, de diagnósticos técnicos específicos ou por analogia a condições similares em que foram estabelecidas situações de alto risco.

Dentro desta lógica, podemos dizer que a identificação do problema pode se processar de duas principais formas:

*"(...) uma primeira, que se caracteriza como um sistema de vigilância passiva, os dados são levantados basicamente pelo que denominamos de Sistema de CAT(...). Na outra abordagem, caracterizada como uma*

*vigilância ativa tem como base de informação os casos atendidos diariamente nos ambulatórios do programa e os eventos notificados por entidades sindicais ou jurídicas." (Wunsch Filho, 1992: 07)*

Machado (1996) propõe, então, distintas formas de abordar o objeto da vigilância e de suas inter-relações nos processos de VST por tipo de efeito, agravos; por tipo de exposição, riscos; e, segundo a delimitação espacial.

A busca ativa de casos e a criação de um programa de vigilância permitem a identificação dos determinantes do **agravo** à saúde, uma das formas de abordar os objetos da vigilância, através da análise da história ocupacional e a delimitação de novas estratégias de controle de riscos. A identificação e a avaliação da magnitude do agravo à saúde causada pelo trabalho depende da estrutura de atendimento e capacidade diagnóstica específica do sistema de saúde. Essa estratégia pode vir a direcionar os Programas de Saúde do Trabalhador de acordo com a prioridade diagnóstica. Dentre os agravos mais comumente encontrados destacam-se os cânceres, as doenças cardiovasculares e neurológicas, as desordens musculoesqueléticas, as conseqüências reprodutivas (Axelson apud Machado, 1996).

Já a abordagem dos **riscos** à saúde relacionada ao trabalho possibilita o controle de causas de acidentes (agentes químicos, físicos, biológicos) causadores de agravos à saúde dos trabalhadores. Em geral, é uma intervenção puramente tecnológica, mas, de certa forma, depende da prévia concepção dos processos determinantes dos agravos. Dessa maneira, o conceito de risco proposto (Machado, 1996) é o de risco potencial, ou seja, situação ou fator de risco delimitado como um determinante de efeitos adversos. A intervenção nos distintos momentos e dimensões das situações de riscos requer, no

entanto, abordagens distintas do risco, desde que estabeleçam como nível de prevenção o indivíduo, o posto ou setor, a fábrica e o ambiente.

A abordagem por **território** está em consonância com o modelo de distritos sanitários, ou seja, em consonância com a atuação local, ao planejamento de ações e à avaliação de prioridades e efeitos das ações sanitárias em uma determinada região. A apreensão dessa abordagem está relacionada com a implantação e a integração do modelo de assistência previsto para o SUS e com questões objetivas de operação das atividades de vigilância, entre as quais o rastreamento das atividades informais de trabalho realizadas no espaço das ruas, mesmo que clandestinamente.

No que tange a abordagem por **ramo de atividade econômica**, esta segue a lógica da organização dos trabalhadores, o que viabiliza, ainda mais, a participação sindical nas ações de vigilância. Assim, essa abordagem possui um enorme potencial de intervenção, no sentido da eficácia tender ao máximo, frente à evidência que guarda similaridade no processo de trabalho, através do conhecimento de determinados tipos de agravos por categoria.

A abordagem dos **pontos cruzados** (agravos, riscos, território e atividade), em geral, é utilizada quando no processo de investigação e intervenção é evidenciada uma diversidade intrínseca às atividades. Ou seja, uma atividade pode estar associada à vários tipos de danos ou, o contrário, distintas atividades produzindo o mesmo tipo de agravo. Essa multiplicidade é mediada pela exposição, dado que várias atividades podem ter o mesmo tipo de exposição e uma única atividade pode ter vários tipos de exposição. Nesse

caso, a delimitação espacial racionaliza a operação de vigilância, configurando a abordagem dos pontos cruzados.

Lacaz (1992) nos exemplifica alguns procedimentos de Vigilância em Saúde do Trabalhador, como:

- ❑ Atuar em nível local, regional e central, integrando à equipe as vigilâncias sanitária e epidemiológica para o desenvolvimento de atividades comuns;
- ❑ Integrar-se à atividade assistencial;
- ❑ Englobar as vigilâncias epidemiológica e sanitária e instrumentalizá-las;
- ❑ Definir equipe mínima de trabalho e treiná-la para avaliação de riscos e medidas de controle, equipando-a com instrumentos básicos para análise de riscos e dados epidemiológicos;
- ❑ Estabelecer metodologia de inspeção e vistoria dos ambientes de trabalho, privilegiando o conhecimento e a participação dos trabalhadores e busca ativa de casos de doenças profissionais e do trabalho;
- ❑ Normatizar procedimentos de diagnóstico, prevenção e controle dos acidentes e doenças do trabalho mais frequentes na região;
- ❑ Constituir banco de dados que subsidiem ações de vigilância em acidentes e doenças mais prevalentes;
- ❑ Estabelecer fluxo de informações entre os diversos níveis de atuação para agilizar as ações de vigilância;
- ❑ Estabelecer interlocução permanente com o movimento sindical;
- ❑ Promover pesquisas por iniciativa própria ou em colaboração com outras instituições do SUS ou Universidades; e,

- Instituir instrumentos de divulgação e intercâmbio de experiências no campo dentro do SUS.

Assim sendo, a participação dos trabalhadores na definição de prioridades, na preparação das inspeções sanitárias, na análise e na avaliação dos resultados, na definição de propostas, no balanço das atividades, como forma de controle social, transparência institucional, garantia da qualidade e da implementação das propostas fundamentadas pela incorporação do saber e da força política dos trabalhadores, é outro constituinte fundamental do modelo de Vigilância em Saúde do Trabalhador (Machado, 1996).

Dessa maneira, o sistema de vigilância, referente aos acidentes de trabalho e doenças ocupacionais, depende, como já nos havíamos referido, de uma:

*"(...) efetiva municipalização dos serviços e [com] a integração entre as diversas regiões de saúde, realizadas dentro do espírito da Reforma Sanitária. A efetividade do sistema e das ações transformadoras só estará garantida com a participação dos principais interessados, os trabalhadores."*  
(Wunsch Filho et al, 1993: 147).

A operacionalização da vigilância da saúde no município levanta duas questões centrais (Teixeira et al, 1998), uma da capacitação de pessoal para o exercício das atividades de vigilância e outra do aperfeiçoamento dos sistemas de informação visando à expansão das bases de dados, à qualidade das informações e à articulação entre os diversos subsistemas, inclusive os derivados da atenção médico-hospitalar. A primeira questão implica, em além de inserir treinamentos e programas de capacitação de Recursos Humanos no SUS, nestes deve-se contemplar conteúdos que permitam a investigação e o

reconhecimento da relação saúde e trabalho, bem como os conteúdos básicos relativos às ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador (Brasil/ Ministério da Saúde, 1999).

Entretanto, nos serviços de saúde nota-se que o potencial integrador da vigilância, apesar do reconhecimento no discurso, ainda não foi suficientemente explorado (Spedo,1998). No âmbito dos serviços, muitas dificuldades são colocadas e abarcam fatores desde a política de financiamento e de formação de recursos humanos à ausência de comunicação interinstitucional. Entre elas situam: a existência de uma rede de serviços de saúde freqüentemente sem recursos e meios para prestar assistência à população em geral, sem sistema de referência e contra-referência definido, falta de registros de acidentes do trabalho nas fichas de atendimento; falta de notificação dos acidentes aos setores responsáveis pela vigilância em saúde; subnotificação aos órgãos seguradores; falta de preparo e capacitação dos profissionais para diagnóstico, tratamento e gerenciamento da relação paciente com a doença relacionada ao trabalho e empresa; falta de recursos humanos e materiais; dificuldade de gestão tanto nos municípios como nos estados e; dificuldades gerenciais do sistema (Secretaria de Estado da Saúde/ SP, 1999).

Por outro lado, percebe-se uma completa desarticulação entre as instituições relacionadas às questões de saúde e trabalho, principalmente no que tange à abordagem intersetorial, Ministério da Previdência e Assistência Social, através do INSS, Ministério do Trabalho e do Emprego, via DRTs e Ministério da Saúde, através do SUS:

*"Do ponto de vista intersetorial, permanece o desafio da integração entre vários setores e níveis existentes no governo ligados à temática saúde, trabalho e ambiente. As atribuições legais concorrentes têm servido de substrato para conflitos e para uma atuação desordenada e ineficaz dos*

*sistemas de controle e de prevenção de agravos à saúde provocados pelo trabalho." (Brasil/ Ministério da Saúde, 1999)*

A Previdência Social, por exemplo, é hoje o maior banco de dados específicos da área de Saúde dos Trabalhadores, mas que tem inúmeras limitações:

*"Não relaciona as informações com sua qualidade intrínseca, ou seja, homogeneiza o evento, tipificando apenas o que é doença, acidente tipo e acidente de trajeto, e diferenciando quanto à gravidade em: evento sem afastamento, com afastamento menor do que quinze dias ou maior do que quinze dias, invalidez e morte." (Machado & Gomez, 1995: 127).*

Isso porque, o instrumento oficial, as CATs, segue um fluxo visando apenas o pagamento de benefícios previdenciários e não chega aos órgãos com a atribuição de investigar fatores determinantes do risco de acidentes e doenças ocupacionais, não sendo assim um instrumento apropriado para a produção de informações voltadas para serem trabalhadas epidemiologicamente.

Da mesma forma, as análises decorrentes dessas informações estão limitadas e abarcam somente os trabalhadores com vínculo empregatício, que contribuem com a Previdência, sendo estes apenas 40% do total da força de trabalho (Machado & Gomez, 1995). O que, por sua vez, demonstra a precariedade de informações sobre os agravos à saúde dos trabalhadores do mercado informal de trabalho e do setor terciário.

Já as DRTs continuam desenvolvendo apenas ações de fiscalização sobre as empresas, em que o exercício das fiscalizações se dá através de denúncias e demandas pontuais, não tendo qualquer aproximação com a vigilância em saúde (Spedo, 1998).



Esta dissociação entre a informação e os meios de intervenção têm gerado um sistema com dificuldades de promover uma real vigilância dos agravos à saúde dos trabalhadores (Fadel de Vasconcellos et al, 1994). Percebe-se, então, que o processo de introdução das ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS carece de reconhecimento social, mesmo entre os setores diretamente envolvidos (saúde, trabalho e previdência social), de aprofundamento conceitual e de devida abrangência territorial de atuação (Machado, 1997).

Da mesma forma:

*"Em termos gerais poderíamos afirmar que o modelo de Vigilância em Saúde do Trabalhador brasileiro tem caráter híbrido, calcado em experiências institucionalizadas e generalizadas de forma insatisfatória, repletas de ações voluntaristas e de personalismos, em contexto institucional desestabilizado." (Machado,1996:15).*

### **1.3. A Questão da Informação no Campo da Saúde do Trabalhador**

Um pleito fundamental para os Programas de Saúde dos Trabalhadores é o estabelecimento de critérios de prioridades para a investigação dos acidentes e doença do trabalho e sua respectiva intervenção.

Como nos mostra Branco (1996: 268):

*"A finalidade da informação em saúde consiste em identificar problemas individuais e coletivos do quadro sanitário de uma população, propiciando elementos para análise da situação encontrada subsidiando a busca de*

*possíveis alternativas de encaminhamento. Assim, as informações em saúde devem abranger as relativas ao processo saúde/ doença e as de caráter administrativo, todas essenciais ao processo de tomada de decisão no setor.”*

Um outro objetivo desse sistema é o de esclarecer prioridades para a estruturação dos serviços de saúde que devem prestar assistência aos acidentados da área (Santos et al, 1990). Em resumo, o sistema de informação em saúde pode ser entendido como um instrumento para adquirir, organizar e analisar dados necessários à definição de problemas e riscos para a saúde, avaliar a eficácia, eficiência e influência que os serviços prestados possam ter no estado de saúde da população, além de contribuir para a produção de conhecimento acerca da saúde e dos assuntos a ela ligados (Branco, 1996).

A criação de um sistema de informações, além de construir uma base técnica das ações, legitima socialmente as ações de vigilância, já que tem irrefutável poder demonstrativo evidenciando seu caráter fundamentalmente político, uma vez que os indicadores ‘escolhidos’ tendem a refletir a própria concepção de saúde que norteia o Sistema. Ou seja, escolher este ou aquele indicador, quantificar esta ou aquela variável pressupõe, antes de se constituir uma questão estatística ou epidemiológica, a explicitação da concepção dos objetivos e metas a serem atingidos pelo Sistema de Saúde (MCT apud Branco, 1996).

Sabe-se que a questão da informação, assim como se mostra primordial para ação em Saúde Pública em geral, tem grande importância para a Saúde do Trabalhador (Machado, 1997 & Wunsch Filho, 1999), tanto no que tange às práticas dos serviços,

quanto no que diz respeito às ações do âmbito político-institucional. Para tanto, a construção de um sistema de vigilância se mostra necessário:

*"Um sistema de vigilância tem a função básica de coletar e analisar os dados e informar onde, quando e como os problemas ocorrem, quais são os fatores de risco e quem é afetado. São informações essenciais para planejar, implementar e avaliar intervenções preventivas."*(Wunsch Filho, 1995: 321).

Um outro objetivo desse sistema é o de esclarecer prioridades para a estruturação dos serviços de saúde que devem prestar assistência aos acidentados da área (Santos et al, 1990). Ao mesmo tempo, a difusão e análise das informações são fundamentais.

*"O uso da informação permite estabelecer prioridades; estratégias e avaliações se estabelecem a partir da análise de informes periódicos e evoluções de séries históricas de indicadores sociais, por exemplo, nível de qualificação dos trabalhadores, índices de organização nos locais de trabalho e percentual de trabalhadores informais por campo de atividade econômica. Há indicadores de interface do componente social com o tecnológico com o índice de rotatividade da força de trabalho, ou puramente tecnológicos, como índices de consumo de substância poluente por quantidade de produto e o grau de automação de uma tarefa específica; e, indicadores de interface do componente tecnológico com parâmetros epidemiológicos, como índice de gasto energético em determinadas tarefas, e essencialmente epidemiológicos, como taxas de incidência e prevalência, e indicadores de potencial de anos perdidos desenvolvidos a partir de estudos relacionados a agravos e tipos de exposição específicos."* (Machado, 1996:26)

Tem fundamental relevância, nesse contexto, a epidemiologia, que em termos operacionais, organiza e relaciona a informação de saúde com o processo de trabalho; identifica, descreve e analisa as características comuns e heterogêneas das repercussões sanitárias em distintos estratos de trabalhadores; e, possibilita a construção de grupos

estratificados segundo características comuns relacionadas ao processo de trabalho (Machado, 1996). O uso da epidemiologia, enquanto instrumento da Saúde do Trabalhador tem situado os problemas de saúde em contextos espaciais, mapeando a morbimortalidade, identificando tendências temporais em grupos de trabalhadores com maiores riscos, mediante estudos com distintas dimensões. Esse mapeamento em diferentes níveis de complexidade, juntamente com uma abordagem interdisciplinar dos componentes sociais, tecnológicos e epidemiológicos recortada por atividades econômicas, vem-se constituindo em uma metodologia característica das investigações recentes em Saúde do Trabalhador (Machado, 1996).

Vale lembrar, que Vigilância não é somente "informação para a ação", mas também a tomada de decisões consensuais e criteriosas. Desse modo, a difusão e análise das informações se mostra primordial para o desencadeamento do processo. Da mesma forma, a criação de um sistema de informações a partir das fontes existentes, por meio de banco de dados compatíveis com as necessidades do sistema, é o ponto de partida para as ações de vigilância, assim como para a avaliação de seu impacto.

Quando se pensa o planejamento na área de Saúde do Trabalhador, deve-se considerar a questão do risco no ambiente e no processo de trabalho e a necessidade de intervenção institucional. Nesse contexto, a Vigilância em Saúde do Trabalhador, através do sistema de informação dos acidentes e doenças do trabalho pode permitir um mapeamento desses riscos (Santos et al, 1990).

A criação de um sistema de informações além de construir uma base técnica das ações, legitima socialmente as ações de vigilância, já que além dos dados instrumentalizarem a Saúde do Trabalhador, também denunciam as mazelas ocultas no mundo do trabalho.

### **1.3.1. Modelo de Monitoramento das Informações em Saúde do Trabalhador**

O Monitoramento Epidemiológico da Saúde dos Trabalhadores (Betancourt, 1999) busca superar a concepção e a prática da vigilância epidemiológica ao se propor a conhecer a realidade dos trabalhadores e implementar ações para transformá-la, de forma positiva. Assim, as ações de vigilância devem incluir não só o recolhimento e análise de dados, mas também a difusão e utilização dessa informação para planejar e levar para prática atividades de promoção e proteção à saúde dos trabalhadores.

Como parte da perspectiva da Saúde do Trabalhador, a participação ativa dos trabalhadores e dos demais atores sociais é um constituinte fundamental do modelo a que nos referimos.

Dentre os componentes do monitoramento epidemiológico destacam-se a coleta de informações, o processamento e análise das mesmas e a intervenção, propriamente dita.

As fontes de informações têm origens diversas, passando por censos, registros do Ministério do Trabalho, da Saúde ou da Previdência Social, dos serviços de saúde, dos prontos-socorros, informações geradas pelos trabalhadores ou seus representantes, pela população em geral. Dados, estes, que indicam, cada um a sua forma, as situações perigosas ou problemas de saúde expressados em indivíduos concretos. Com essa

informação podemos identificar locais ou centros de trabalhadores críticos, grupo de trabalhadores vulneráveis, situações de alto risco e áreas que requerem maior investigação ou pronta intervenção.

Contudo, caso essa informação não seja registrada, reportada, difundida ou notificada ela se transforma em informação morta, sendo o esforço de coleta em vão. Assim, tão importante quanto a coleta e sistematização dos dados é comunicação e a transmissão da informação encontrada, o que pode ser feito através de dois principais mecanismos: um sistema de notificação direta, para casos graves e emergentes, cujos conteúdos se referem às condições de trabalho perigosas que podem atentar contra a saúde e a vida dos trabalhadores e da população circundante; e, um sistema de notificação regular, de situações menos graves, mas que causam problemas de saúde da população trabalhadora de uma forma geral.

Dessa maneira, a informação não deve ser dirigida exclusivamente para a detecção de problemas de saúde, como situações terminais (acidentes e doenças do trabalho), é necessário enfatizar qualquer expressão de alteração da saúde, das condições de trabalho e as características de outros aspectos da vida dos trabalhadores (Betancourt, 1999).

O prontuário médico, desde que seja feito de maneira correta, é um importante instrumento para a visualização da situação de saúde de uma população, já que parte de um estágio ainda pouco avançado das condições de adoecimento. Ele requer um bom conhecimento da saúde dos trabalhadores e familiarização com os procedimentos de coleta de informação. Desse modo, ante aos resultados positivos nos exames médicos, é necessário avaliar as condições de trabalho e buscar sinais nos companheiros de trabalho

de semelhante ou possível adoecimento, contribuindo para um desvelamento e divulgação do impacto do trabalho sobre as condições de saúde e doença dos trabalhadores.

Entretanto, em estudo recente (Modesto, 1992) constatou-se que, além de uma falta de padronização dos registros médicos e de um número significativamente alto de prontuários ilegíveis e de campos em branco, a qualidade do registro é no mínimo insatisfatória para a análise que nos propomos, à medida que os mesmos não apresentam pelo menos os itens básicos da anamnese de primeira consulta. Assim,

*"(...) ainda é necessário rever as dificuldades relacionadas aos recursos humanos, que necessitam com urgência valorizar adequadamente o papel da informação em saúde na consolidação de um sistema de assistência efetivamente capaz de atender às necessidades da população." (Modesto et al, 1992:67)*

Outro ponto importante se refere ao processamento e análise dos dados, que deve ser feito em vários níveis, de acordo com as necessidades específicas de cada caso de investigação. Para tanto, deve-se selecionar as variáveis mais relevantes, definir o sistema de relações e com ele estabelecer o caminho dessas variáveis.

Um outro aspecto que deve ser discutido é sobre as estratégias de ação a serem desenvolvidas a partir dos dados levantados pelo sistema de informação, ou seja, a intervenção, em torno da qual gira todo o sistema. Esta deve ser sistematizada e, em geral, suas linhas de ação não são excludentes (Wunsch Filho et al, 1993). Para sua plena realização deve se estar atento tanto às empresas que apresentam grande número de acidentes e doenças do trabalho, quanto as que apresentam acidentes graves ou fatais.

Reuniões entre técnicos e trabalhadores são essenciais, assim como um plano mínimo de ação, o estudo e análise das condições de trabalho, numa abordagem interdisciplinar e sob a perspectiva de formação de redes de intervenção interinstitucionais.

O evento sentinela também pode servir como detonador de uma cadeia de intervenção, já que por si só indica que se trata de um acidente grave ou fatal, uma doença, incapacidade ou morte, cuja ocorrência desnecessária serve como sinal de que as condições de trabalho devem, no mínimo, melhorar.

Como nos mostra Betancourt (1999: 124), *"(...) o registro de eventos [sentinelas] deve servir fundamentalmente para arrancar junto a população um processo de reflexão acerca da saúde (...) dessa forma, o assunto não se reduz ao enfoque do 'evento sentinela' e sim aos processos críticos e estratégicos"* que dele podem emanar.

Desse modo, os principais componentes (Betancourt, 1999) para a aplicação do evento sentinela e do monitoramento da saúde dos trabalhadores podem se resumir em:

- ❑ Participação ativa da organização dos trabalhadores;
- ❑ Determinação de uma situação de trabalho ou de saúde claramente identificável;
- ❑ Definição dos processos determinantes;
- ❑ Contar com sistema de monitoramento para coleta de informações relevantes, sua análise e difusão;
- ❑ Colaboração do pessoal encarregado do cuidado da saúde e dos demais trabalhadores;
- ❑ Implementação de uma intervenção estratégica efetiva.



Merece, também, atenção investigar quais mudanças efetivamente ocorreram no ambiente de trabalho após a intervenção. Em geral, as ações acabam por ser pontuais e somente os trabalhadores podem garantir as mudanças necessárias para a preservação da saúde, nos seus locais de trabalho (Wunsch Filho et al, 1993).

Vale ressaltar que:

*"É somente depois de um tempo implantado que um sistema de vigilância epidemiológica produz resultados significativos, uma vez que permite monitorizar permanentemente o efeito das ações da saúde para intervir em situações de agravo que, num momento anterior, o próprio sistema havia detectado."*(Santos et al, 1990).

Dessa maneira, a informação em Saúde do Trabalhador se mostra essencial, à medida que norteia e constrói ações adequadas às demandas por saúde. Um sistema de informações permite uma primeira abordagem do problema, a definição de prioridades de fiscalização, bem como as estratégias de ação. Esse sistema pode, então, fornecer subsídios no sentido de desvendar as mazelas ocultas nas fontes oficiais de informações.

*"Em locais onde houve uma integração com outros órgãos do subsistema de Saúde do Trabalhador, como Belo Horizonte com a criação do Núcleo de Saúde do Trabalhador- NUSAT, ou onde são estabelecidos atendimentos direcionados aos trabalhadores no SUS, com a criação de Centros de Referência, foi significativamente ampliado o número de doenças relacionadas ao trabalho (Buschinelli, 1994), demonstrando a existência de epidemias submersas na incompetência institucional calcada na deformação técnica, na falta de articulação entre ações de avaliação clínica e aquelas realizadas no local de trabalho, e nos critérios de avaliação, voltados para a diminuição de pagamento de prêmios do seguro."* (Machado, 1997:36).

Com todas essas questões colocadas, percebe-se que a Vigilância em Saúde do Trabalhador é um processo dinâmico, que através da construção de instrumentos epidemiológicos de investigação dos agravos, deve fornecer elementos para uma intervenção organizada sobre aqueles fatores que constituem em riscos à saúde, objetivando modificar os padrões de morbi-mortalidade da população. Nesse sentido, a informação é elemento deflagrador e de avaliação de ações, sendo fundamento essencial à vigilância (Machado, 1996).

Percebe-se, então, que a visão integrada de Vigilância em Saúde do Trabalhador permite um novo enfoque sobre a atenção à saúde dos trabalhadores no âmbito do SUS e que na prática dos serviços uma gama de dificuldades estão colocadas, gerando experiências de integração e desintegração das ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador. Diante desse quadro, quais estratégias de Vigilância em Saúde do Trabalhador estão sendo delineadas pelos Centros de Saúde do Trabalhador? As ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador, nesses Centros, têm sido pautadas no imediatismo ou na construção de instrumentos epidemiológicos que permitam o planejamento das intervenções adequadas às necessidades dos trabalhadores?

A fim de prosseguirmos com esse trabalho no próximo capítulo abordaremos o contexto de implantação do CRST no estado do Espírito Santo, as propostas de trabalho desse Centro, para em seguida analisarmos o modelo pelo qual o CRST/ES organiza as ações de VST e utiliza das informações para produzir ações interventoras.

## **Capítulo 2. O Centro de Referência em Saúde do Trabalhador do Espírito Santo: Contexto e Desafios.**

### **2.1. O Estado do Espírito Santo: crescimento e caracterização**

Com uma população estimada em 2.905.645 habitantes, no ano de 1998, uma superfície de 45.722,5 Km<sup>2</sup> e uma densidade média de 63 hab/Km<sup>2</sup>, o estado do Espírito Santo faz parte da região sudeste do Brasil, tanto pela sua posição geográfica, quanto pelas suas características naturais e culturais.

O Espírito Santo é formado por 71 municípios (IBGE, 1992), e concentra grande parte da população em áreas urbanas, cerca de 75% dos habitantes. A sede do governo é a cidade de Vitória, com 80Km<sup>2</sup>, uma cidade portuária de entrada e saída de mercadorias, que integra a região da Grande Vitória, constituída pelos municípios da Serra, Vila Velha, Cariacica e Viana.

A colonização do estado aconteceu lentamente, sendo os jesuítas os primeiros colonizadores que introduziram novas atividades agrícolas, principalmente no litoral. É só no final do séc. XVI, com a introdução dos primeiros engenhos, que o estado passou a integrar-se na produção do açúcar para a exportação.

No início do século XIX, com a expansão da cafeicultura no Brasil, especialmente no Rio de Janeiro, o Espírito Santo expandiu o cultivo de café, principalmente no sul do estado. Essa expansão seguiu até o final da década de 60, quando a cultura do café entra em decadência, devido à política de erradicação dos cafezais. A partir dessa década, o

governo do estado, sinaliza o novo modelo de desenvolvimento baseado em projetos agroindustriais. Com os incentivos recebidos pelo governo, como o Fundo de Recuperação Econômica do Espírito Santo (FUNRES) e o Fundo de Desenvolvimento das Atividades Portuárias (FUNDAP) o setor industrial apresentou um importante incremento, investindo em atividades industriais, como: produção de aço, produção de celulose, produtos químicos, mármore, granito, derivados do leite, chocolate, produção têxtil, confecções.

Esse crescimento na economia estadual só foi possível devido aos importantes investimentos infraestruturais nos setores energéticos, de comunicação e transportes realizado pela União e Estado nas duas décadas anteriores à 1975. Dentre estes investimentos incluem a pavimentação da BR 101 Sul, em 1965, que liga o Rio de Janeiro à Vitória, a BR 101 norte, em 1969, ligando Salvador a Vitória e a BR 262, em 1973, via de acesso à capital mineira. Além disso, o governo também investiu no reaparelhamento da Estrada de Ferro Vitória- Minas para adequar-se ao transporte de quantidades crescentes de minérios e o Porto de Vitória recebeu contínuos investimentos e melhorias, como sua ampliação e especialização.

A Grande Vitória concentrou grande parte dessa produção, o que possibilitou a geração de empregos industriais de caráter urbano nessa região. Esse fator associado à questão do êxodo rural caracterizou uma elevada concentração populacional. Porém, os empregos gerados não foram suficientes para absorver os imigrantes expulsos do campo.

Ao mesmo tempo, no final da década de 70, surge o programa de revigoração dos cafezais, que, através de incentivos fiscais, promoveu a industrialização do café no Espírito Santo, o que colocou o estado entre os primeiros produtores de café do Brasil.

Apesar desse Programa de Revigoração dos Cafezais, a região da Grande Vitória continua num patamar de desenvolvimento marcado, na década de 80, pela implementação de um pólo industrial, causando o crescimento econômico e populacional da região. Com aproximadamente 385.000 habitantes, em 1970, a região da Grande Vitória, 25 anos depois chega à 1.300.000 habitantes. *"Observou-se, no entanto, que faltou infra-estrutura de serviços básicos adequada e em número suficiente para atender à demanda existente e ao fluxo migratório intenso que ocorreu nessa fase."* (Silva, 1995: 83)

Dentre as grandes indústrias localizadas nessa região estão a Companhia Siderúrgica de Tubarão (CST), Companhia Vale do Rio Doce (CVRD), Companhia Aracruz Celulose, Chocolates Garoto, Braspérola, etc.

Como resultado desse acelerado processo de urbanização, o setor terciário também sinalizou um importante crescimento, vide tabela abaixo.

**Tabela 1. Composição Setorial da Renda a preços constantes (%), no estado do Espírito Santo, entre 1960-1985**

<b>Anos</b>	<b>Agricultura</b>	<b>Indústria</b>	<b>Serviços</b>
<b>1960</b>	52,86	4,12	43,02
<b>1965</b>	34,74	10,51	54,75
<b>1970</b>	23,10	17,28	59,61
<b>1975</b>	15,63	27,16	57,21
<b>1980</b>	11,02	34,44	54,54
<b>1985</b>	11,3	36,4	52,3

Fonte: Espírito Santo século 21, Níveis de renda, 1987 apud Tomoyuki (1999: 269).

Se por um lado houve aumento nas atividades de gestão pública, serviços de apoio à produção, comércio e transportes, incluindo atividades portuárias, por outro lado:

*"(...) sendo as condições de atração da população maiores que a capacidade de absorvê-la, nas atividades econômicas reconhecidas, desenvolveu-se o chamado setor informal, constituído por pequenos negócios e serviços variados, mas que garantiram a sobrevivência de significativa parcela da população" (Tomoyuki, 1999: 135)*

Da mesma forma, o incremento populacional dessa região provocou grande demanda de empregos, moradias, infra-estrutura, serviços sociais e de saúde. O governo não foi capaz de ampliar o atendimento nas mesmas proporções, tornando visível a massa de excluídos, através da ocupação de morros e mangues com habitações precárias (Tomoyuki, 1999).

O Estado do Espírito Santo apresenta quatro mesorregiões geográficas, de acordo com a metodologia usada pelo IBGE. A Região Central, a que nos referimos, apresenta a maior concentração populacional do estado, 53, 02% dos habitantes, integrando os principais serviços e setores ligados à atividade industrial. O desenvolvimento dessa região, em grande parte está ligado à presença de um complexo portuário, que constitui um dos principais corredores de exportação no país, tanto do minério do estado de Minas Gerais, através da Ferrovia Vitória-Minas, quanto de produtos da indústria de base, alimentação e têxtil. A área serrana dessa região é produtora de hortifrutigranjeiros e atividades relacionadas ao turismo, onde a cidade de Guarapari tem seu destaque como maior centro turístico do estado. Essa região também concentra toda demanda do estado relacionada aos serviços básicos e de saúde, que se caracterizam pela sua maior complexidade e disponibilidade de atendimento.

A Região noroeste corresponde à maior área de produção de café do estado. Essa produção foi implementada através de incentivos estaduais, a partir da década de 70, o que produziu mudanças nas relações de trabalho. A mão-de-obra passou a ser assalariada e, freqüentemente, temporária, no período de colheita do café. O principal centro urbano dessa região é a cidade de Colatina, desde a ocupação originária dessa região a partir da construção da Estrada de Ferro Vitória- Minas no início do século. Essa região concentra 13,7% da população do estado.

A mesorregião Litoral-Norte Espírito Santense, representa 15,62% da população do estado e é caracterizada por uma ocupação recente, a partir da década de 50, com o avanço da BR 101 e a implantação de grandes projetos industriais, como a produção de celulose e carvão, principalmente no município de Aracruz, além da cultura de cana-de-açúcar e cacau, recentemente desenvolvida com estrutura industrial. Essa região também é marcada pela exploração de gás, no vale do rio São Mateus, pela PETROBRÁS.

A mesorregião sul Espírito Santense é a área de colonização mais antiga. A estrutura produtiva tem como base a cafeicultura, a pecuária leiteira e a lavoura de cana-de-açúcar, através da Usina Paineiras. Cachoeiro do Itapemirim é o maior centro urbano da região e, além de atuar no ramo de transportes de cargas e passageiros, concentra indústrias extrativas de mármore, granito e calcário.

**Tabela 2. Distribuição da PEA por setor de atividade, em %, no Espírito Santo e Grande Vitória nos anos de 1970, 1980 e 1991**

Atividades	1970		1980		1991	
	ES	GV	ES	GV	ES	GV
<b>Agric./pecuar./sivic./ Extraç./ pesca</b>	<b>52,51</b>	<b>6,63</b>	<b>34,80</b>	<b>2,84</b>	<b>27,01</b>	<b>2,13</b>
Ind. de Transformação	-	-	9,77	13,27	10,73	14,67
Ind. da Construção Civil	-	-	9,42	15,25	7,97	10,46
Outras Ativid. Industriais	-	-	2,58	3,99	1,91	2,02
<b>Total ativid. Industriais</b>	<b>13,60</b>	<b>24,32</b>	<b>21,77</b>	<b>32,51</b>	<b>20,61</b>	<b>27,05</b>
Serv. Auxil. ativid. Econômica	-	-	-	-	3,26	5,24
Prestação de Serviços	10,74	20,51	16,25	24,10	17,78	23,11
<b>Subtotal Serviços</b>	<b>10,74</b>	<b>20,51</b>	<b>16,25</b>	<b>24,10</b>	<b>21,04</b>	<b>28,35</b>
Comércio de Mercadorias	6,48	12,88	8,90	12,91	11,82	16,10
Transporte e Comunicação	4,91	10,54	4,89	6,71	4,47	6,33
Social	5,56	10,36	6,88	9,57	8,48	10,65
Administração Pública	3,05	7,97	4,02	6,55	4,48	5,86
Outras atividades	3,14	6,76	2,49	4,31	2,10	3,44
<b>Total terciário</b>	<b>33,88</b>	<b>69,02</b>	<b>43,43</b>	<b>64,15</b>	<b>52,39</b>	<b>70,72</b>

Fonte: Censo Demográfico IBGE do Brasil, 1970,1980,1991-ES apud Tomoyuki, 1999:270

Esse perfil político-econômico do estado reflete sobre a situação de morbi-mortalidade dos trabalhadores capixabas traduzindo um aumento dos agravos relativos à saúde desses trabalhadores, de acordo com as atividades em que estão inseridos. Por outro lado, as análises decorrentes das informações desses agravos, no Brasil, estão limitadas, já que o instrumento oficial, a CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho), segue um fluxo visando apenas o pagamento de benefícios previdenciários e abarcam somente os trabalhadores com vínculo empregatício, que contribuem com a Previdência, sendo estes apenas 40% do total da força de trabalho (Machado & Gomez, 1995).

Silva (1995: 142) cita o Relatório da ECO- 92, ao analisar as condições do sistema de informações do Espírito Santo:



*"A Secretaria de estado da saúde não dispõe de recursos humanos especializados na área de informações e nem recursos físicos para implantar um sistema Estadual de Informações em saúde, capaz de responder às atividades de detecção de agravos, promoção e proteção da saúde da população. O volume das informações é muito grande e as análises dessas informações precisariam ser aprofundadas, muitas vezes interligadas a outras e pesquisadas, para que tenham eficácia." (Espírito Santo, 1992 apud Silva, 1995: 142-3)*

Dada a dificuldade de tal registro, principalmente, através das fontes relacionadas ao Ministério da Saúde, onde muitas delas não incluem dados profissionais, nos limitamos aos dados da Previdência Social e do Ministério do Trabalho, através da Delegacia Regional do Trabalho, buscando ilustrar, de forma parcial, os agravos relativos à saúde dos trabalhadores capixabas.

Devido às próprias características do Espírito Santo as classes de atividades econômicas que mais registraram, no ano de 1995, acidentes graves e fatais foram: 1) Transporte, Armazenagem e Comunicação; 2) Indústria de transformação; e 3) Construção.

**Tabela 3. Distribuição da frequência e do coeficiente<sup>1</sup> dos acidentes de trabalho Graves e fatais<sup>2</sup> no estado do Espírito Santo, segundo as Classes de atividades Econômicas<sup>3</sup>, no ano de 1995.**

Classes de atividades Econômicas	Frequência	Coeficiente 1/100.000
Transporte, armazenagem e Comunicação	30	87,45
Indústria de transformação	27	45,05
Comércio; reparação de veículos automotores, objetos pessoais e domésticos	25	37,01
Construção	19	79,27
Atividades imobiliárias, Aluguéis e serviços prestados à empresas	16	48,67
Indústria extrativa	14	249,87
Agricultura, Pecuária, Silvicultura e exploração florestal	7	86,67
Alojamento e alimentação	5	49,09
Administração pública, defesa e Seguridade social	5	6,33
Produção e Distribuição de eletricidade, Gás e Água	2	41,05
Intermediação financeira	1	8,87
Saúde e serviços Sociais	1	5,39
Outros serviços Coletivos, sociais e Pessoais	1	7,14
CNAE não informado	4	-
<b>TOTAL</b>	<b>157</b>	-

Fonte de dados brutos: MPAS/INSS e MTb/RAIS-95 apud MTb/ Secretaria de Segurança e Saúde no Trabalho.

(1) Coeficiente calculado sobre o número de trabalhadores formais na classe/estado

(2) Concessão de benefícios de aposentadoria por invalidez permanente (B92) e pensão acidentária (B93)

(3) CNAE/IBGE

Utilizando-se das Comunicações de acidentes de Trabalho registradas pela Previdência Social, INSS/ES, a DRT/ES realizou um levantamento de dados dos acidentes de trabalho fatais no ES nos anos de 1997 a 1999. Como a DRT/ES julga que a classificação tradicional contida nas normas da Previdência Social não é adequada para se retratar com fidelidade as condições de ocorrência dos acidentes de trabalho fatais, de modo a facilitar o desenvolvimento de programas de prevenção, este órgão utiliza outra classificação. Nessa classificação incluem o item **homicídio**, quando o acidente de trabalho fatal é resultante de homicídio em sentido amplo, ocorrido dentro ou fora do local de trabalho; e **acidente de trânsito**, quando o acidente ocorre no ambiente externo, em vias públicas e envolvendo veículos a motor, enquanto motoristas ou passageiros. As outras categorias mantêm-se sofrendo modificações no seu conceito: **acidente típico**: considerado apenas

aquele ocorrido dentro do ambiente de trabalho das empresas; **acidente de trajeto**, considerado aquele ocorrido no percurso casa-trabalho, trabalho-casa e no percurso das refeições; e, **doença**, quando não resultante de uma causa externa.

Os dados resultantes desse levantamento foram trabalhados em cima dos arquivos de processos de benefícios de pensão por morte decorrente de acidente de trabalho, ou seja, o B 93, assim foi possível o levantamento detalhado de cada acidente de trabalho fatal registrado pelo INSS nos anos de 1997 a 1999. Entretanto, alguns processos não se encontravam nos arquivos das agências do INSS, o que impediu a análise da totalidade das CATs de cada acidente de trabalho fatal. De acordo com esse levantamento os números sofrem algumas distorções em relação à tabela anterior, como veremos a frente. As classes de atividades econômicas que mais registraram acidentes de trabalho fatais, nesses 3 anos, foram: 1) Comércio; 2) Transporte; e, 3) Serviços, como podemos ver na tabela 5.

**Tabela 4. Número de Acidentes de Trabalho fatais levantados pela DRT/ES, no Espírito Santo, nos anos de 1997 a 1999.**

<b>Ano</b>	<b>Total de Acidentes de Trabalho Fatais</b>	<b>Nº de Acidentes Pesquisados</b>	<b>Percentual Pesquisado</b>
<b>1997</b>	135	122	94,4%
<b>1998</b>	96	90	93,7%
<b>1999</b>	106	100	94,3%
<b>Total</b>	337	312	92,6%

Fonte: MTE- DRT/ES abril/2000

**Tabela 5. Distribuição dos Acidentes de Trabalho Fatais segundo o tipo de acidente, por classe de atividade econômica, no Espírito Santo, nos anos de 1997 a 1999.**

<b>CLASSE DE ATIV. ECONÔMICA</b>	<b>Típico</b>	<b>Trajeto</b>	<b>Trânsito</b>	<b>Homicídio</b>	<b>Doença</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
Ind. Da Transformação	15	6	18	4	-	43	13.8
Construção	22	2	10	2	-	36	11.5
Transporte	46	-	3	9	-	58	18.6
Comércio	7	9	49	20	-	85	27.2
Serviços	10	8	27	9	-	54	17.3
Ind. Extrativa/Benef. De Mármore E Granitos	21	2	3	-	-	26	8.4
Agricultura	7	-	3	-	-	10	3.2
<b>Total</b>	<b>128</b>	<b>27</b>	<b>113</b>	<b>44</b>	<b>-</b>	<b>312</b>	<b>100</b>

Fonte: MTE- DRT/ES abril/2000

Esse quadro nos mostra que o setor de comércio foi o que mais registrou acidentes de trabalho fatais, sendo que os acidentes de trânsito representaram 57% dos eventos nesse setor. O setor de transportes foi o que mais apresentou acidentes típicos (35,9%), seguido da construção (17,2%) e da Indústria Extrativa/Beneficiamento de Mármore e Granitos (16,4%).

Essa última característica é marcada pelo fato da região sul Espírito Santense apresentar muitas indústrias de extração e beneficiamento de mármore e granitos, como havíamos citado anteriormente. Essa situação se torna relativamente grave se levarmos em consideração que, apesar de se ter um número elevado de acidentes de trabalho fatais, ainda são poucos os trabalhadores dessas indústrias, que estão registrados na Previdência Social.

Segue, então, abaixo o quadro de acidentes de trabalho no Espírito Santo, nos anos de 1988 a 1999, registrados pela Previdência Social, segundo o motivo do acidente.

**Tabela 6. Acidentes de Trabalho no Espírito Santo, Registrados pela Previdência Social, segundo motivo, nos anos de 1988 a 1999.**

<b>Motivo</b>				
<b>Ano</b>	<b>Típico</b>	<b>Trajeto</b>	<b>Doença do Trabalho</b>	<b>Total</b>
<b>1988</b>	11.947	552	43	12.542
<b>1989</b>	9.012	498	22	9.532
<b>1990</b>	6.314	412	47	6.773
<b>1991</b>	6.859	460	64	7.383
<b>1992</b>	6.102	495	108	6.705
<b>1993</b>	5.223	350	128	5.701
<b>1994</b>	4.952	351	280	5.583
<b>1995</b>	5.659	418	387	6.464
<b>1996</b>	5.135	709	531	6.375
<b>1997</b>	5.056	604	540	6.200
<b>1998</b>	4.996	512	306	5.814
<b>1999</b>	4.842	561	243	5.646
<b>Total</b>	<b>76.097</b>	<b>5.922</b>	<b>2.699</b>	<b>84.718</b>

Fonte: Boletim estatístico da previdência Social/ 2000 e Anuário estatístico da Previdência Social/ 1999.

Esses dados dos últimos 12 anos não apresentam, em geral, grandes oscilações, mas revelam uma média de 7.060 acidentes e doenças do trabalho registrados por ano. Vale, no entanto, observar que 26% do total dos acidentes registrados nesses 12 anos ocorreram em 1988 e 1989, a partir daí podemos notar uma queda na notificação dos acidentes típicos. Um aspecto importante de ser destacado, com relação a esses dados, é uma possível influência da implantação do CRST/ ES sobre o índice de doenças ocupacionais registradas. No ano de sua implantação, 1996, que coincidiu com o período de demissão em massa do BANESTES, os números referentes às doenças ocupacionais tiveram um acréscimo de 27% em relação ao ano anterior, 1995, reforçando a idéia de que a atuação dos CRSTs têm influência sobre o registro das doenças ocupacionais no Brasil. No entanto, a partir de 1998 esse registro é gradativamente reduzido, para explicar esse fato é necessário um estudo mais aprofundado relativo aos dados de acidentes e doenças do trabalho registrados no estado do Espírito Santo, o que não nos cabe, nesse momento.

Por outro lado, desses acidentes registrados no estado do Espírito Santo, grande parte dos acidentados teve alguma incapacidade temporária ou permanente, além da necessidade de assistência médica-hospitalar. Segue abaixo a tabela relativa à quantidade de acidentes do trabalho liquidados pela Previdência Social, por consequência, nos anos de 1988 a 1999.

**Tabela 7. Acidentes de Trabalho no Espírito Santo, Liquidados pela Previdência Social, segundo consequência, nos anos de 1988 a 1999.**

Ano	Acidentes Liquidados	Assistência Médica	Consequência			Incapacidade Permanente	Óbitos
			Incapacidade temporária				
			Total	Menos de 15 dias	Mais de 15 dias		
1988	13.172	2.201	10.606	5.101	5.505	269	96
1989	9.863	2.074	7.421	3.040	4.381	263	105
1990	7.617	1.179	6.101	2.286	3.815	231	106
1991	6.848	1.431	5.157	1.822	3.385	158	102
1992	6.817	1.295	5.233	1.807	3.426	160	129
1993	5.908	1.469	4.099	1.809	2.290	232	108
1994	4.891	1.362	3.333	1.308	2.025	69	127
1995	6.411	1.714	4.310	1.716	2.594	255	132
1996	6.142	903	4.791	1.991	2.800	327	121
1997	6.081	835	4.616	1.944	2.672	509	121
1998	5.688	971	4.288	1.763	2.525	316	113
1999	5.592	1.039	4.137	1.747	2.390	304	112
<b>Total</b>	<b>85.030</b>	<b>16.473</b>	<b>64.092</b>	<b>26.334</b>	<b>37808</b>	<b>3.093</b>	<b>1.372</b>

Fonte: Boletim estatístico da previdência Social/ 2000 e Anuário estatístico da Previdência Social/ 1999.

Esses números nos mostram uma média de 114 óbitos por acidentes de trabalho registrados por ano. Além disso, os acidentes de trabalho registrados que geraram incapacidade permanente para o trabalho têm uma média de 258 ocorrências anuais, acumulando um total de aproximadamente 372 acidentes graves e fatais durante o período de um ano. Isso demonstra que no estado do Espírito Santo, dentre os acidentes e doenças do trabalho registrados, diariamente um trabalhador morre ou fica incapacitado permanentemente devido a um acidente de trabalho.

Essa situação é ainda mais grave se considerarmos que existe sub-registro de acidentes fatais no trabalho por dois grandes motivos: "*(...) não levarem em conta as mortes decorrentes dos trabalhadores dos setores informais, além de freqüentemente não incorporarem as mortes decorrentes de acidentes que somente ocorreram várias semanas ou meses após a ocorrência dos mesmos.*" (Porto et al, 1999:59)

Além disso, esse sub-registro de acidentes do trabalho é ainda mais alto quando o acidente tem pouca gravidade e o trabalhador não necessita afastar-se de suas atividades profissionais. Estes acidentes potencialmente poderiam resultar em acidente grave ou fatal.

No entanto, no Espírito Santo até década de 80 ainda prevalecia o enfoque do Serviço de Medicina ocupacional, sob o controle das grandes empresas, através dos seus SESMTs. É somente no final dessa década, com o surgimento do Sistema Único de Saúde, SUS, e da Lei Orgânica de Saúde, que ficou garantida a promoção, proteção e recuperação da saúde dos trabalhadores, passando para os estados e municípios a tarefa de assumir os atendimentos de acidentes de trabalho e doenças ocupacionais. Emerge, então, um novo olhar, abordando o trabalhador e a organização do trabalho como foco central de atuação. A partir desse momento alguns serviços públicos de saúde, na área de Saúde do Trabalhador começam a aparecer, sempre marcados por um processo de luta, formado por profissionais, trabalhadores e sindicalistas que desejavam implantar um outro tipo de atendimento que pudesse, finalmente, abarcar a Saúde do Trabalhador de forma diferenciada, como veremos a frente.

## 2.2. A Preocupação com a Saúde do Trabalhador no ES

A atenção à saúde dos trabalhadores, na perspectiva da Saúde do Trabalhador, no Estado do Espírito Santo é muito recente. Em 1986, em convênio entre a Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) e a Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho (FUNDACENTRO) é implantado o Ambulatório de Doenças Profissionais, no Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM). Nesse ambulatório trabalhavam apenas 1 médico e 1 assistente social, as atividades se restringiam ao diagnóstico de determinadas patologias. Esse ambulatório é desativado em 1988.

É somente em 1989, que a Secretaria Estadual de Saúde (SESA), por meio da Divisão de Saúde Ocupacional, do Departamento de Ações Complementares, propõe a implantação do Programa de Atenção e Prevenção à Saúde do Trabalhador:

*"O Programa estabelecia um cronograma de implantação, em quatro etapas coincidentes com os anos calendários (1989-1992), incluindo a identificação e capacitação de recursos humanos já existentes na rede de serviços de saúde; implantação de serviço especializado no atendimento à doença profissional no Centro de Saúde de Vitória, com posterior ampliação para a rede de serviços de saúde e o desenvolvimento de um trabalho educativo junto aos trabalhadores, estando prevista, para o quarto ano a interiorização das ações de saúde."*  
(Dias,1994:183)

Assim, no universo do governo do Estado, o serviço em Saúde do Trabalhador é resgatado, através da formação de um grupo de profissionais (médicos, assistentes sociais, sanitaristas e técnicos da FUNDACENTRO) interessados em atuar na área. Entretanto, este Programa acaba por se limitar à rede de serviços, com a implantação de



um ambulatório no Centro de Saúde de Vitória e da recuperação do ambulatório do HUCAM, com ações voltadas unicamente para o diagnóstico do trabalhador.

Durante um ano e meio esses ambulatórios funcionaram de forma precária e em 1991, muito antes do prazo previsto, foram extintos. É quando com a Lei 8.080, a Prefeitura de Vitória, no final da gestão do governo Buaiç, então vinculado ao Partido dos Trabalhadores, realiza em 1992 um Concurso Público, direcionado para área Saúde do Trabalhador, ampliando o número de profissionais na área, e viabilizando a criação do Programa de Saúde do Trabalhador (PST), diretamente vinculado à Secretaria Municipal de Saúde de Vitória (SEMUS).

Neste Programa de Saúde do Trabalhador trabalhavam médicos, enfermeiros do trabalho, assistentes sociais e técnicos de segurança no trabalho em atividades de cunho ambulatorial e preventivas. A participação dos sindicatos nas atividades educativas era, segundo os profissionais entrevistados, irrisória.

Nessa época, a categoria mais trabalhada pelo PST era os metalúrgicos e a construção civil, sendo a surdez ocupacional a doença prevalente. O período em que o PST atuou coincidiu com a fase de privatização da Companhia Siderúrgica de Tubarão, que seguiu uma fase de demissão em massa, assim, a clientela do PST era composta por muitos trabalhadores recém-demitidos.

Com as eleições municipais, no início de 1993 muda-se o governo municipal, para uma gestão do Partido Social Democrata Brasileiro, e nessa gestão, até 1994, o PST caminhou a passos lentos devido a limitações pela política de saúde existente na época, passando

por um período de grande estagnação. De acordo com um entrevistado, o PST só persistiu por causa da insistência dos técnicos que lá trabalhavam.

Ao mesmo tempo, via governo do Estado, havia um ambulatório de doenças ocupacionais no prédio do Centro Regional de Especialidades, implantado em 1994, que também funcionava a passos lentos, realizando basicamente diagnósticos de doenças ocupacionais. Esse, face às dificuldades enfrentadas, principalmente de recursos Humanos foi incorporado ao PST de Vitória.

### **2.2.1. Nascimento do CRST/ES**

O CRST foi idealizado partindo-se da observação de que a maioria dos trabalhadores atendida pelos serviços era de outros municípios do estado, que não Vitória. Durante sua existência o PST municipal atendeu em seu ambulatório uma demanda significativa de trabalhadores de outros municípios, cerca de 87%, principalmente da região metropolitana, o que gerou dificuldades nas ações de vigilância à saúde e de intervenção nos ambientes de trabalho. Isso começou a tornar inviável as ações do programa, porque os profissionais do PST não tinham poder de deslocamento em outros municípios, mesmo os da região da Grande Vitória, pois o carro da prefeitura de Vitória não podia circular fora da cidade de Vitória. Ao mesmo tempo, a demanda de atendimento aumentava progressivamente, tornando cada vez mais forte a necessidade de organizá-la e desenvolver ações que garantissem resolubilidade dos problemas relacionados à saúde dos trabalhadores. Por outro lado, a própria Prefeitura de Vitória não mostrava muito interesse no desenvolvimento e aprofundamento dessa área.

Com esses questionamentos, as equipes de Saúde do Trabalhador do PST e do ambulatório deram início a um movimento na perspectiva de montar uma estrutura que suprisse essa situação. Para tanto, pensou-se na proposta de um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, tendo como principal justificativa a unificação dos esforços, a ampliação das ações do nível municipal para o estadual e a atuação preventiva sobre os fatores de risco dos acidentes de trabalho e doenças ocupacionais.

Bourguignon et al (1998) pontuam os requisitos que levaram à criação desse serviço:

- Estruturar um Centro de Referência com caráter interinstitucional, que permita modificar o perfil de morbi-mortalidade do trabalhador no âmbito estadual, dentro de um enfoque epidemiológico, com ações que repercutam na sua qualidade de vida;
- Reduzir as taxas de morbi-mortalidade das doenças ocupacionais e acidentes de trabalho, através de ações e medidas de controle ambiental e/ou biológico;
- Uniformizar a linguagem no atendimento aos casos suspeitos ou confirmados de doenças ocupacionais, com a elaboração do protocolo único;
- Aumentar a capacidade de resposta à demanda de trabalhadores/usuários, garantindo maior resolubilidade, com ações implantadas e/ou implementadas, dentro de sua área de abrangência e com recursos disponíveis, buscando soluções para os problemas a serem enfrentados;
- Atuar de forma preventiva sobre os fatores de risco dos acidentes de trabalho e doenças ocupacionais, em parceria com a sociedade civil organizada, desenvolvendo

atividades educativas junto aos trabalhadores, subsidiando aquelas nas questões relacionadas à saúde, ambiente de trabalho, pesquisa e produção de trabalhos específicos a essa área de atuação;

- Implantar um projeto de vigilância em saúde, que viabilizará a implantação de um sistema de informação e comunicação que orientará o planejamento, execução e avaliação das ações do CRST;

- Definir os sistemas de referência e contra-referência para esclarecimento diagnóstico, tratamento e avaliação dos riscos ocupacionais com: o HUCAM (Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes), FUNDACENTRO- Ministério do Trabalho, laboratório de toxicologia do CESTEH/ ENSP/FIOCRUZ (Centro de Estudos em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana) e outros serviços complementares prestados pelo SUS;

- Treinar profissionais de saúde de unidades básicas de saúde e hospitais públicos, visando despertar o interesse pela Saúde do Trabalhador, como também capacitar esses profissionais para o atendimento de acidentes de trabalho e doenças profissionais e avaliação dos ambientes de trabalho;

- Proporcionar às instituições de ensino um espaço para aprimoramento na formação de futuros profissionais, através de intercâmbio para oferta de estágios;

- Possibilitar aos profissionais do CRST uma maior e melhor compreensão do compromisso e responsabilidade na concretização das propostas de trabalho.

Entretanto, ao mesmo tempo, os mesmos profissionais de Saúde do Trabalhador também se questionavam pelo fato de estar centralizando o serviço, já que era um momento de descentralização. Contudo, os dois serviços funcionavam de forma pontual e desorganizada, a única saída viável, naquele momento, era juntar e estruturar os serviços, para num segundo momento estar descentralizando-o para outros municípios do norte ao sul do Estado.

Para concretizar essa proposta, no final de 1995 o estado realiza um concurso público específico para a área de Saúde do Trabalhador. Isso também só foi viável porque houveram mudanças políticas no estado, com a entrada de um novo governo mais sensível as necessidades dessa área.

Finalizado o processo de seleção, o Secretário de Saúde do Estado e o Secretário de Saúde da Prefeitura assinam, finalmente, um convênio de parceria, respaldado nas leis 8.213 de 24/07/91, decreto 611 de 21/07/92 e na lei 8.080/ 90, no qual criasse um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador que atendesse a região metropolitana de Vitória, mas que também norteasse as atividades numa política de interiorização da Saúde do Trabalhador.

Nasce, então, o CRST como um projeto de comum acordo entre as secretarias de saúde do Estado (SESA) e do município de Vitória (SEMUS), o âmbito de ação do Centro é estadual, no entanto, a maior demanda encontra-se localizada na Grande Vitória, que inclui cinco municípios: Vitória, Vila Velha, Viana, Serra e Cariacica. Atualmente, o CRST/ES ocupa dois andares de um prédio do Governo do Estado, localizado no Centro da cidade de Vitória.

O CRST/ES tem como principal objetivo modificar o perfil de morbi-mortalidade, acidentes de trabalho e doenças ocupacionais, por meio de vigilância à saúde, atendimentos ambulatoriais e atividades de educação em Saúde do Trabalhador, pautada numa abordagem multiprofissional.

A população atendida pelo CRST/ES é de trabalhadores (ativos e inativos) com suspeita de estarem com doença ocupacional ou que já estejam com esse diagnóstico confirmado, atende ainda pessoas com seqüelas de acidente de trabalho.

Em todo Estado as ações de Saúde do Trabalhador são planejadas, normatizadas e efetuadas pelo CRST/ES, que por sua vez, é o único estabelecimento de atendimento exclusivo à demanda dos trabalhadores, integrado ao SUS. O CRST/ES integra o setor de Vigilância Sanitária, estando relacionado à Superintendência de Planejamento, Epidemiologia e Informação (SPEI) e à Superintendência de Ações de Saúde (SAS).

### **2.2.2. As demandas de Trabalho do CRST/ES**

A grande parte da demanda de trabalho no CRST é espontânea, ou seja, de trabalhadores que procuram o Centro sem qualquer encaminhamento do sindicato ou das unidades do SUS, por exemplo. Os encaminhamentos de trabalhadores adoecidos por parte dos sindicatos ocupam o segundo lugar da demanda do Centro, seguido de trabalhadores provenientes da rede pública e de empresas.

**Tabela 8. Pacientes atendidos no CRST/ES, pela 1ª vez, por demanda no ano de 1999.**

Demanda	Frequência 1999	
	Absoluta	Percentual
Espontânea	326	48,5%
Sindicatos	146	21,7%
Rede Pública estadual	70	10,4%
Rede Pública Municipal	31	4,6%
Empresa	30	4,5%
Poder Judiciário/ advogado	16	2,4%
Coordenação de AT/ INSS	09	1,3%
Em branco	05	0,7%
Outros	40	5,9%
<b>Total</b>	<b>673</b>	<b>100%</b>

Fonte: Setor de Informações CRST/ES- maio/2000

A maior parte dessa demanda acolhida pelo CRST/ES é de LER/DORT: 'os transtornos osteomusculares'. Os percentuais são muito variáveis, mas a norma média está em torno de 35 a 40% de queixas diagnosticadas de LER, mas a procura é maior, em torno de 60% de queixa de transtorno osteo-muscular, o que é uma demanda muito significativa. Casos de leucopenia, perda auditiva e dermatoses também são comuns.

**Tabela 9. Pacientes Atendidos no CRST/ES pela 1ª vez, por Diagnóstico, anos de 1998 e 1999.**

Diagnóstico	Frequência 1998		Frequência 1999	
	Absoluta	Percentual	Absoluta	Percentual
LER/DORT	241	31,3%	230	34,2%
Em branco	152	19,74%	58	8,6%
Surdez Neuro-sensorial	53	6,9%	106	15,8%
Dermatite de contato e outros eczemas	41	5,3%	35	5,2%
Observação após Acidente de trabalho	24	3,1%	57	8,5%
Leucopenia	22	2,9%	15	2,2%
Outros	237	30,8%	172	25,5%
<b>Total</b>	<b>770</b>	<b>100%</b>	<b>673</b>	<b>100%</b>

Fonte: Setor de Informações CRST/ES- maio/2000

Com esses dados podemos observar que o CRST/ES, apesar de ter inserido outros tipos de pacientes, tem uma forte demanda de cunho ambulatorial. Esse fato importante fez

com que houvesse um direcionamento para as atividades de cunho assistencial para o trabalhador com LER/DORT, como as atividades de grupo, a fisioterapia, a acupuntura e a homeopatia.

A psicóloga fala de uma incidência maior de pessoas com “problemas de ordem neuropsiquiátrica”, como depressão, estresse. Isso porque na maior parte das vezes os trabalhadores com problemas dessa ordem são encaminhados pelo médico do trabalho ao psicólogo, mesmo que o evento que o tenha levado ao CRST seja um acidente ou uma doença ocupacional.

Com relação às outras demandas de trabalho do Centro, como atividades de inspeção, cursos e eventos, o CRST/ES não possui um banco de dados específicos, sendo essas informações perdidas com o passar dos anos. Nesse sentido o Centro não possui um registro sistemático das outras fontes de demandas de trabalho nem sobre o encaminhamento dado a elas, a não ser pela memória dos próprios profissionais.

### **2.2.3. Principais atividades e ações do CRST/ES**

Quando o CRST foi fundado pensou-se em trabalhar com 3 vertentes: assistencial, de vigilância e educação em Saúde do Trabalhador. Dentre as atividades previstas, podemos destacar na vertente *Assistencial*:

- Atendimento ambulatorial de trabalhadores com suspeita de doenças ocupacionais/acidentes de trabalho, realizado por equipe multiprofissional, organizado para dar respostas à demanda da população;



- Sala de espera para os usuários que tenham marcado consulta pela primeira vez, onde são repassadas informações acerca do funcionamento do CRST e discutidas as dúvidas e possíveis questionamentos, além de encaminhamentos que por ventura sejam necessários;
- Utilização de suporte diagnóstico terapêutico do laboratório de análises clínicas da PMV (Prefeitura Municipal de Vitória), do HUCAM e outros serviços complementares;
- Oferta de serviços de saúde, de acordo com o perfil epidemiológico dos usuários como a fisioterapia, a acupuntura, a homeopatia, o serviço de equalização de stress e os grupos de qualidade de vida. O encaminhamento para esses atendimentos se dá após confirmação do diagnóstico, realizado no ambulatório do CRST.

Dada essa proposta, o atendimento ao paciente que chega ao CRST/ES é caracterizado pelos profissionais como interdisciplinar. O *Serviço social* realiza uma consulta coletiva, de sala de espera, juntamente com uma enfermeira ou médico do trabalho, onde explica como funciona o CRST/ES, quais são os profissionais que existem, o que são as doenças ocupacionais, quais são os tipos de tratamento que o CRST/ES pode oferecer e que os casos que não forem de doença ocupacional serão encaminhados para um outro posto. Logo depois o paciente passa por uma consulta individual com a assistente social, que preenche e discute com o paciente um questionário para suspeita de LER e outro para os outros tipos de doença, que inclui renda, dependentes, quais riscos ele acha que está exposto, onde trabalha e há quanto tempo.

Dessa consulta o paciente passa para o atendimento médico e só retorna às assistentes sociais caso ele precise de alguma orientação em relação à Previdência Social ou às questões trabalhistas. As assistentes sociais participam dos chamados projetos de pesquisa e dentro deles participam das inspeções, juntamente com a equipe responsável pelo projeto.

O *serviço Médico* do CRST realiza a consulta coletiva, juntamente com o serviço social. Posteriormente, os pacientes são consultados individualmente pelo médico do trabalho. Este analisa o estado de saúde do trabalhador, solicita algum exame complementar, se preciso, a necessidade de ser afastado do trabalho ou não e a indicação do tratamento. De acordo com a indicação de tratamento o médico faz um acompanhamento periódico desses pacientes ou os encaminha para outras especialidades, como homeopatas, fisiatras, psiquiatras e psicólogos. Dependendo do caso, o médico do trabalho pode solicitar a emissão de uma Comunicação de Acidente de Trabalho, CAT, emite laudos para o INSS, encaminha o trabalhador ao sindicato de origem ou solicita uma inspeção para confirmação do nexo causal.

Os médicos participam, de acordo com seu interesse, das inspeções por nexo causal e realizam perícia judicial de pacientes com doenças ocupacionais.

O serviço de *Enfermagem do Trabalho* também participa das consultas coletivas, quando necessário, e realizam atendimentos individuais aos pacientes, de acordo com o caso. O serviço de enfermagem possui projetos específicos como o de "Equalização do estresse", exclusivo aos pacientes de LER, e fazem acompanhamento desses pacientes. As

enfermeiras participam dos chamados projetos de pesquisa e dentro deles participam das inspeções, juntamente com a equipe responsável pelo projeto.

A *Psicologia* recebe os pacientes já encaminhados por outros profissionais. Realizam consultas individuais, mas procuram, na medida do possível, fazer atendimento em grupos. A principal atividade da psicologia está relacionada ao grupo "qualidade de vida", um espaço onde, através de dinâmicas, busca-se o esclarecimento de dúvidas acerca do processo de produção e de adoecimento. Cada paciente fala um pouco do processo de trabalho onde está inserido e a partir daí procura apontar saídas na busca por melhor qualidade de vida. Os grupos funcionam uma vez por semana, com cerca de 6 encontros, dependendo do interesse do grupo.

Na Vertente *educação em saúde*, concentram-se:

- A realização de cursos, seminários e treinamentos para capacitação e/ou aperfeiçoamento de profissionais de saúde da rede pública, de sindicatos e dos próprios profissionais que atuam no CRST. Esses cursos incluem a parte de ST nos cursos de vigilância para os municípios e o treinamento das COSATs (Comissões de Saúde dos Trabalhadores), estruturas similares as CIPAs, do serviço público. Paralelamente a isso, existem atividades educativas voltadas para a informação no campo da ST, sobre os direitos do trabalhador, perfil do ambiente de trabalho e seu processo de adoecimento para o movimento sindical (basicamente para a direção do sindicato), para cipeiros e pessoas interessadas;

- Desenvolvimento de atividades em parceria com instituições de ensino e outras entidades, através de intercâmbios e convênios. Dentre essas, situam: estágio de alunos do curso de psicologia e de serviço social da UFES (Universidade Federal do Espírito Santo) e elaboração de cartilhas educativas sobre os principais problemas relacionados à saúde ocupacional em parceria com sindicatos de trabalhadores.

Como já havíamos dito, não existe equipe específica para vigilância, nem para a educação. Dessa maneira, todos os profissionais podem, também, participar das atividades educativas. Estas são planejadas anualmente de acordo com a demanda do ano anterior ou, dependendo do caso, planejadas antecipadamente de acordo com uma solicitação mais recente. Dentre as atividades desenvolvidas na vertente educativa incluem, principalmente, cursos para sindicalistas, cipeiros e comissões de Saúde do Trabalhador, além de eventos e palestras promovidos junto à universidade, como também à trabalhadores adoecidos por LER/ DORT, por exemplo.

Já na vertente *da Vigilância em Saúde* as principais atividades realizadas são:

- Inspeções e vistorias a ambientes de trabalho, efetivadas a partir de casos índices demandados do ambulatório de Saúde do Trabalhador ou a partir de denúncias oficializadas ao CRST;

Os engenheiros e técnicos de segurança no trabalho são os responsáveis pelas inspeções nos locais de trabalho. Vale ressaltar que esses profissionais fazem uma avaliação qualitativa nessas inspeções- a não ser quando é para avaliação de ruído, através do decibelímetro- utilizando basicamente um roteiro, baseado nas Normas

Regulamentadoras, para entender o processo e o perfil da empresa. Os relatórios da inspeção são enviados à DRT, numa tentativa de trabalho conjunto, a fim de que as providências necessárias sejam tomadas.

- Elaboração e execução de projetos específicos, que permitam identificar os problemas enfrentados e apresentar propostas de solução dos mesmos;

Nesses projetos participa toda equipe envolvida, inclusive nas inspeções nos locais de trabalho, se no projeto houver necessidade de fazê-las.

- Implantação de um sistema de informação de registro de acidentes de trabalho e doenças ocupacionais, o SISCAT. Para isso, fez-se necessário firmar um acordo com o INSS (Instituto Nacional da Seguridade Social) que estabelece o envio de cópias das CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho) registradas na região metropolitana de Vitória;

O serviço de informações tem como principal atividade coletar, organizar e processar dados dos sistemas de CAT e da ficha de atendimento médico ambulatorial para auxiliar no desenvolvimento e planejamento das atividades do CRST.

#### **2.2.4. Atividades desenvolvidas: avaliação e articulação interna do CRST/ES**

As atividades realizadas pelo CRST/ES passam por uma avaliação quinzenal, ou de acordo com a necessidade, que ocorre numa reunião com a equipe técnica, onde também são discutidos alguns informes da área. Num período bimestral ocorre uma avaliação

com toda a equipe do Centro e anualmente ocorre uma reunião para avaliação geral e planejamento de ações para o ano seguinte. Esse planejamento estratégico é realizado com a presença de toda equipe do CRST, onde com auxílio de um relatório de produtividade do ano é feita uma avaliação das atividades desenvolvidas no ano em questão, as dificuldades encontradas, além do que fugiu da governabilidade e não pode ser executado. Em seguida, é feito um planejamento das atividades com as definições iniciais das linhas de trabalho para o próximo ano, levando em conta os problemas relatados e os dados obtidos no ano anterior.

Posteriormente é feito um relatório único para ser enviado às Secretarias Municipal e Estadual de Saúde, onde constam todas as atividades realizadas durante o ano e a produtividade das atividades realizadas.

Além do momento do planejamento, o trabalho de avaliação também acontece nas reuniões de equipe, onde é discutido o andamento das atividades. Estas reuniões inicialmente aconteciam semanalmente, depois quinzenalmente ou uma vez por mês, mas atualmente acontecem de acordo com a necessidade. No dia em que a reunião é marcada, todas as atividades são suspensas para que todos os profissionais possam comparecer.

As articulações das atividades de Vigilância com as outras atividades do CRST acontecem, basicamente, nessas reuniões de equipe, principalmente a partir de uma demanda da assistência para a vigilância, como é o caso das inspeções pornexo causal. Dessa forma, é a vertente assistencial quem indica a vigilância, através dos casos de ambulatório. Nesse sentido, os profissionais relatam que, raramente, se tem uma demanda do setor de vigilância para dentro do ambulatório. Ou seja, no CRST é a

vertente da assistência médico-ambulatorial que normalmente vai indicar as atividades para os setores de vigilância e educação e não o contrário, o setor de vigilância dando suporte ações de assistência médico-ambulatorial e à educação em Saúde do Trabalhador, podendo se configurar como elemento integrador do conjunto das outras atividades do centro.

Outro aspecto importante é que, como já dissemos, no CRST não existe uma equipe específica para a Vigilância. Assim, os profissionais nos falam que quando se tem um trabalho na área da educação, por exemplo, as atividades de vigilância param devido ao número reduzido de profissionais. Por outro lado, as atividades assistenciais não deixam de acontecer quando se tem planejado algo na área de educação, por exemplo, já que a ênfase dada pelo CRST está justamente dada sobre a assistência. Veja o Fluxo de Atendimento do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador<sup>3</sup>.

Vale ressaltar, que de acordo com esse fluxo de atendimento do CRST o médico do trabalho ocupa uma posição central, ou seja, os encaminhamentos dentro do CRST são feitos pelo médico do trabalho que define grande parte do percurso do paciente. Assim, é o médico com seus parâmetros que define a necessidade ou não, por exemplo, do atendimento psicológico ou de uma inspeção no local de trabalho.

---

<sup>3</sup> Fluxo de Atendimento do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador anexo 3

### **Capítulo 3. A Análise da Vigilância em Saúde do Trabalhador (VST) no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador do Espírito Santo**

Como falamos anteriormente esse trabalho teve como principais fontes entrevistas com profissionais do CRST/ES, vinculados a atividade de Vigilância em Saúde do Trabalhador, a análise dos Relatórios e Planos de atividades do CRST/ES, dos anos de 1997, 1998 e 1999, assim como dos relatórios das inspeções realizadas pelo CRST/ES nesses últimos três anos. Com esse material em mãos, pretendemos, nesse capítulo, esboçar, num primeiro momento, o perfil de atuação do CRST no estado do Espírito Santo, no campo de Vigilância em Saúde do Trabalhador, para, então, entendermos como mais clareza a forma pela qual esse Centro utiliza as informações existentes no sentido de intervir sobre a realidade encontrada.

Já num segundo momento, a fim de nos aprofundarmos na análise sobre o processo de construção da VST dentro do CRST/ES, selecionamos quatro casos de VST, efetivados por esse centro, e procuramos reconstituir o percurso dessas ações, em relação sua origem e conseqüências, buscando ilustrar as possibilidades e dificuldades no desenvolvimento dessas ações de vigilância no campo de Saúde do Trabalhador. A partir do relato desses quatro casos de VST iniciamos a análise, propriamente dita, buscando selecionar elementos que permitam visibilizar com maior clareza os mecanismos de fluxo e impedimento da VST encontrados nesse CRST.



### 3.1. A Organização da Vigilância em Saúde do Trabalhador no CRST/ES

A própria proposta de implantação do CRST no estado do Espírito Santo assinalava a idéia de organização de um serviço de vigilância que contemplasse ações preventivas em relação à Saúde do Trabalhador. *"A necessidade de medidas de impacto junto à comunidade trabalhadora fez emergir a busca de um serviço voltado para a ação dentro de uma política intervencionista no Sistema Único de Saúde (SUS)"* (Bourguignon et al, 1998). Essa foi a principal justificativa devido ao fato que os dois Programas de Saúde do Trabalhador que atuavam na cidade de Vitória, até então, trabalhavam numa perspectiva ambulatorial, visando, principalmente, a avaliação clínica com vistas à confirmação diagnóstica das doenças ocupacionais, orientação social e previdenciária e algumas atividades educativas. Nesse sentido, o Projeto de implantação do CRST/ES contempla ações no âmbito da Vigilância em Saúde do Trabalhador, como: *"Implantar um projeto de vigilância em saúde, que viabilizará a implantação de um sistema de informação e comunicação que orientará o planejamento, execução e avaliação das ações do CRST."* (Op. Cit.).

As ações em VST no CRST foram pautadas em três aspectos: (1) Inspeções e vistorias a ambientes de trabalho efetivadas a partir de casos índices do ambulatório, do sistema de informações ou de denúncias oficializadas ao CRST; (2) Sistema de informações de registro de acidentes de trabalho e doenças ocupacionais, visando um melhor conhecimento epidemiológico da saúde dos trabalhadores do Espírito Santo; (3) Elaboração e execução de projetos específicos, permitindo identificar os problemas enfrentados e apresentar propostas de solução aos mesmos. Sendo assim, segue abaixo a forma de organização da VST no CRST/ES.

### **3.1.1. As inspeções em Saúde do Trabalhador no CRST/ ES**

As inspeções nos locais de trabalho realizadas no CRST foram agrupadas de acordo com a demanda que as geram. Isso porque, apesar de serem distintas, o processo só sofre grandes modificações quando há participação de outros profissionais na equipe, já que os profissionais responsáveis, os engenheiros e técnicos de segurança, têm um padrão de avaliação nas inspeções, baseado no paradigma de formação destes profissionais, principalmente nos riscos físicos, ergonômicos, químicos. Este padrão é garantido com o uso de um roteiro baseado<sup>4</sup> nas Normas Regulamentadoras do Ministério do Trabalho.

Dessa maneira, no CRST temos três tipos de inspeção: (a) a gerada com intuito de se estabelecer nexos causais; (b) as que partem de denúncias dos sindicatos, Ministério Público, etc.; (c) e as demandadas pelos projetos de pesquisa específicos do próprio CRST, como falaremos mais à frente.

A inspeção por nexos causais é uma inspeção bastante freqüente, que parte de uma demanda do serviço médico do CRST, que sente a necessidade de conhecer o local de trabalho do paciente para confirmar o nexo entre o trabalho e a queixa de saúde desse trabalhador e, assim, confirmar o diagnóstico. Nesse caso, todo médico, quando solicita uma inspeção, preenche alguns dados referentes à história ocupacional e queixa do paciente, seu nome, número do prontuário, a empresa e a data que ele solicitou. É programada a inspeção sob a responsabilidade dos engenheiros e técnicos, onde participam no mínimo dois profissionais, pois o médico só participa se quiser. Durante a inspeção, os profissionais responsáveis verificam os problemas de saúde e segurança dos trabalhadores na empresa e, por fim, na área produtiva da empresa, analisam o posto de

trabalho solicitado de acordo com a demanda do médico. Finalizada a inspeção é feito um relatório com uma cópia indo para o prontuário do paciente, outra ficando no arquivo e outra cópia é encaminhada à empresa, com intuito de que esta melhore as condições de trabalho.

As inspeções também são feitas com intuito de atender às denúncias de trabalhadores, dos próprios sindicatos ou do Ministério Público. Segundo os profissionais a maior solicitação dos sindicatos é por inspeções nos locais de trabalho, em casos de ambientes insalubres, ou a partir da emergência de acidentes de trabalho ou doenças ocupacionais nesses locais. Esse tipo de inspeção tem características semelhantes à do primeiro tipo, mas busca realizar um trabalho em conjunto com as partes envolvidas na denúncia. No entanto, nem sempre o sindicato que faz a solicitação participa das inspeções ou porque muitos deles buscam nas inspeções um documento imparcial e/ou de caráter tecnicista, para comprovar a situação dos trabalhadores em determinada empresa, ou por falta de disponibilidade para estar se discutindo questões referentes à saúde e trabalho, entre outros.

Por outro lado, em alguns casos os sindicatos demandam uma intervenção mais atuante do CRST, como em intervenções a partir de projetos de pesquisa específicos ou de sua participação ativa em mesas de negociações.

No CRST/ES não existem critérios prioritários para se fazer uma inspeção. Basicamente, quando existe alguma denúncia que os profissionais (engenheiro ou técnico de segurança e médico do trabalho) julgam ter uma certa gravidade, eles analisam a denúncia, estabelecendo prioridades por gravidade de exposição do trabalhador. Então, quanto mais

---

<sup>4</sup> Roteiro de inspeção anexo 4

grave a denúncia, maior a prioridade. No entanto, como não existe um foco de intervenção nos locais de trabalho, através de busca ativa de casos ou um programa de vigilância que permitem a identificação dos determinantes do agravo à saúde, as inspeções nos locais de trabalho não são em grande número, tendo os profissionais, disponibilidade para realizar todas as inspeções demandadas.

Outra característica que deve ser ressaltada em relação às inspeções nos locais de trabalho é que, no início das atividades do Centro, de 1996 a 1998, as equipes de trabalho de cada inspeção eram definidas nas reuniões de equipe, que aconteciam semanalmente. Então, a definição da equipe para cada inspeção se dava em reunião ou em alguns momentos nas relações informais no próprio CRST/ES, dependendo do interesse do técnico e dos outros profissionais de estarem indo conhecer o processo de trabalho em questão. Com o passar do tempo e aumento das atividades ambulatoriais, os engenheiros e os técnicos de segurança se tornaram, na prática, os principais responsáveis pelas atividades de inspeção. Com isso, as equipes de inspeção deixaram de ser decididas nas reuniões de equipe. Assim, a ida ou não de outro profissional numa inspeção de rotina, além dos engenheiros e dos técnicos, passou a depender da vontade e disponibilidade do profissional interessado.

Atualmente, eventualmente um médico ou outro participa das inspeções nos locais de trabalho, objetivando, exclusivamente, conhecer o local de trabalho do paciente para estabelecer onexo causal. Já nos projetos de pesquisa, vai quem participa do projeto, como o enfermeiro, assistente social, médico e o técnico de segurança. Com essas mudanças, os profissionais passaram a perceber uma certa diferença entre as inspeções com equipes de técnicos e engenheiros e aquelas realizadas em equipe multiprofissional

no contexto de um projeto. Nestas últimas, constata-se um crescimento qualitativo do relatório, já que os resultados obtidos são discutidos por essa equipe, o que, ultimamente, tem acontecido pouco.

Os sindicatos participam esporadicamente das inspeções, a não ser quando é ele quem faz a solicitação da inspeção ou quando o CRST tem dificuldade de entrar nos locais de trabalho. Infelizmente, não existe registro nos relatórios da participação dos sindicatos nas inspeções, assim como não existe no CRST um banco de dados referente às demandas das inspeções realizadas, bem como do impacto que elas tiveram sobre os locais de trabalho e a saúde dos trabalhadores.

### **3.1.2. Os Projetos de Pesquisa Específicos**

Os projetos de pesquisa específicos são planejados anualmente baseados em dados do sistema de informação, denúncias dos sindicatos e Ministério Público ou ainda do interesse dos próprios profissionais nos temas em Saúde do Trabalhador. Assim, a partir de uma demanda criada, é elaborado um projeto de pesquisa para atuar especificamente em um ramo de atividade. Nesse projeto, participam profissionais das mais diferentes formações para exercer as atividades planejadas, como atividades de inspeção nos locais de trabalho. Essas inspeções, como citamos anteriormente, diferente das outras, contam com a participação de todos os membros do projeto, se caracterizando por uma intervenção de caráter multiprofissional e interdisciplinar. Os dados obtidos pelo projeto podem gerar diferentes aplicações, de acordo com o caso, como por exemplo, fornecer subsídios para negociação de um acordo coletivo de determinada categoria de trabalhadores.

Um exemplo de projeto na área de vigilância do CRST/ES é a proposta de criação de um banco de dados sobre as atividades produtivas, que possibilite a elaboração do mapeamento de riscos, o dimensionamento da população exposta a esses riscos e a construção de indicadores relacionados às condições de determinação de agravos à saúde desses trabalhadores. Nesse sentido, no ano de 2000, o CRST/ES, sob responsabilidade do engenheiro de segurança, realizou um levantamento das empresas de risco 3 e 4, localizadas na região da Grande Vitória, por ramo de atividade. Até o final de nosso trabalho de campo, os dados ainda não haviam sido computados, mas há uma perspectiva de se trabalhar com esses elementos no próximo ano.

### **3.1.3. Informações e Sistema de informações em Saúde do Trabalhador**

A principal atividade do setor de informação do CRST/ES é o processamento e análise das informações. A emissão de relatórios dos dados já analisados também faz parte do trabalho desses profissionais, que por sua vez falam da necessidade do sistema de informação trabalhar, ainda mais, próximo à vigilância, mesmo o setor de informações já pertencendo ao setor de vigilância.

O setor de informações do CRST/ES trabalha somente informações provindas de dados computáveis em fichários, como as CATs, o SINAM e o SIAMAB<sup>5</sup>, não levando em consideração as informações provenientes de pacientes ou denúncias de sindicatos, por exemplo.

Dentre os *Sistemas de Informação* utilizados pelo CRST/ES temos o SISCAT, que é um sistema que contém os dados referentes às Comunicações de Acidentes de Trabalho

(CATs). De acordo com a Lei 8.080, o SUS tem por direito receber do INSS cópias das CATs registradas. Assim, no CRST/ES essas informações são processadas, contendo dados dos registros de acidente de trabalho em todo Estado. Os principais problemas que os profissionais encontram ao trabalhar com o SISCAT estão relacionados às cópias de xerox ilegíveis enviadas pelo INSS, aos campos em branco ou ilegíveis e ao Laudo de Exame Médico, o LEM, anexado à CAT, que nem sempre é enviado. Além disso, há atraso no envio e o número de CATs enviadas é inferior em relação ao total de CATs registradas pelo INSS, cerca de 30%.

Já o SIAMAB é um sistema informacional organizado a partir dos dados da ficha ambulatorial do paciente no CRST, que contém dados como número de pacientes atendidos pelo CRST, queixas, diagnósticos, empresas, entre outros. Como o SIAMAB é preenchido por uma série de profissionais (atendente de consultório, enfermeiro ou assistente social e o médico), um grande problema no processamento dos dados é um número elevado de campos em branco, como vimos na tabela 9 (pág.78). Para que os profissionais evitem deixar campos em brancos, optou-se pela requisição das assinaturas dos responsáveis pelo preenchimento.

Com relação ao SIAMAB, as maiores dificuldades estão na categorização e padronização, tanto do diagnóstico, quanto do ramo de atividade. Devido a esse fato, o modelo originário do CEREST de São Paulo, ao longo dos anos, sofreu algumas modificações.

No entanto, visto que o SIAMAB é um sistema de informação limitado à demanda do atendimento do CRST, ele não deve ser a única fonte de informação para o planejamento

---

<sup>5</sup> Ficha de atendimento Médico Ambulatorial anexo 5

das ações de vigilância, já que os dados dos atendimentos realizados pelo CRST não refletem fielmente a realidade dos dados de acidentes de trabalho no Estado. Como exemplo, o SIAMAB e o SISCAT têm abrangência estadual. No entanto, o SIAMAB contém dados quase que exclusivamente da região da Grande Vitória, já que os pacientes que mais procuram o CRST habitam essa região.

Já o SINAN é um Sistema de Informações de Agravos de Notificação, do Centro Nacional de Epidemiologia da Fundação Nacional de Saúde, que tem como principal objetivo coletar, transmitir e disseminar dados gerados rotineiramente pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde. O município de Vitória incluiu algumas doenças relativas à Saúde do Trabalhador, como ruído, LER/DORT, problemas respiratórios e intoxicações por agrotóxicos. Os dados do SINAM foram incluídos dentro do SIAMAB, ficando um Sistema dentro do outro. Contudo, o Ministério da Saúde, trabalha o SINAM com diagnósticos provindos da Classificação Internacional das Doenças (CID) de número 9 e em Vitória, o CRST já trabalhava com CID de número 10. Até o final de nossa coleta de dados esse problema não havia sido solucionado e o SINAN estava praticamente inutilizado como base de informação.

Além das dificuldades encontradas com relação à entrada de dados nos Sistemas, outra grande dificuldade relatada pelos profissionais é a falta de recursos adequados, já que trabalham com dois computadores defasados, sem entrada para *Cdrom*. As informações registradas no ano de 1997, por exemplo, foram perdidas devido a um vírus no micro do CRST/ES, sem que houvesse à época qualquer *backup*. Um outro agravante é que, além de trabalhar com os sistemas de informação, os profissionais dessa área têm que dar conta de toda demanda de informática do CRST/ES.



### **3.1.4. A articulação intra e intersetorial do CRST/ES**

#### **Atividades desenvolvidas e articulações intrasetoriais**

A Prefeitura Municipal de Vitória, através da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) assinou um convênio, em janeiro de 1995, juntamente ao Instituto Estadual de Saúde Pública (IESP) e a Secretaria Estadual de Saúde (SESA) de implantação do CRST/ES, visando o desenvolvimento de ações de assistência, reabilitação e readequação funcional, vigilância em saúde, pesquisa, treinamento e capacitação na área de Saúde do Trabalhador. Nesse convênio consta como responsabilidade da SEMUS: a) Ceder Recursos Humanos Necessários para a composição da equipe, juntamente com a SESA/IESP, com ônus para o órgão de origem de cada servidor; b) Prover os recursos materiais necessários ao funcionamento do CRST/ES; c) Garantir a realização de exames laboratoriais básicos.

Até o ano de 2000 esse convênio, depois de algumas renovações, continuava vigente, contudo, a SEMUS/ PMV não garantiu, de acordo com os profissionais entrevistados, a renovação e manutenção dos recursos materiais cedidos no início de 1996. Assim, neste mesmo ano o convênio foi refeito e essa contra-proposta está na procuradoria jurídica do Estado para ser analisada. Dessa forma, o relacionamento entre SEMUS/PMV e CRST/ES é bastante delicado, visto que a primeira não sustenta interesse em manter o contrato estabelecido ou em instituir novas parcerias.

Dentre as obrigações da SESA/ IESP nesse convênio firmado constam: a) Ceder imóvel para instalação do CRST/ES; b) Ceder Recursos Humanos necessários para composição

da equipe, juntamente com o município, com ônus para o órgão de origem de cada servidor; c) Ceder recursos materiais necessários ao funcionamento do CRST/ES; d) Montar uma Unidade de fisioterapia para reabilitação de acidentes de trabalho, bem como o acompanhamento de pacientes que necessitem de tal serviço; e) responsabilizar-se pela realização dos exames toxicológicos, necessários a complementação e/ou confirmação diagnóstica; f) Garantir a oferta de exames tomográficos; g) Responsabilizar-se pelo custeio e manutenção do CRST/ES.

O convênio, por parte do Estado, também mantém-se vigente e ultimamente o estado tem bancado o ônus da PMV, comprando os novos equipamentos de avaliação ambiental para o CRST/ES. Porém, não existe qualquer tipo de relacionamento mais aproximado com essa instituição, a não ser através de convites para participar ou ministrar cursos específicos da área.

Com relação à própria rede do SUS o CRST/ES só estabeleceu articulações pessoais, pois não existe uma rede de referência e contra-referência montada. Sobre esse aspecto, o CRST/ES tem buscado uma interface com o Centro de Controle de Intoxicações (CCI) vinculado à SESA, no intuito de formalizar as ações, mas, segundo os profissionais, as referências são pontuais e não articulares.

Outra questão importante relatada pelos entrevistados é a necessidade de se estabelecer uma articulação da Saúde do Trabalhador com os outros serviços de saúde, como a saúde da família, o programa de DST/ AIDS, saúde da mulher, para que a Saúde do Trabalhador não fique sempre à margem. De acordo com os profissionais falta articulação do CRST com os outros serviços da saúde, dentro do próprio SUS, apesar dos

profissionais relatarem as diversas tentativas, do próprio CRST, de estabelecer essa relação.

### **Atividades desenvolvidas e articulações intersetoriais**

De acordo com os entrevistados, a aproximação do CRST/ES com os sindicatos é bem freqüente. As demandas dos pacientes, muitas vezes, vêm dos sindicatos e a maioria das denúncias para se fazer inspeções nos locais de trabalho também partem dos sindicatos, apesar de não haver qualquer registro sistemático dessas informações. Dependendo do interesse, o sindicato participa das inspeções nos locais de trabalho afinando ainda mais essa relação. Por outro lado, são poucos os sindicatos que estão mais articulados nesse processo e fazem do CRST/ES um parceiro na luta pela Saúde do Trabalhador. Segundo os entrevistados, os sindicatos mais estruturados, tem muito a oferecer ao CRST/ES, em termos de conhecimentos para o desenvolvimento de atividades em conjunto.

As Comissões de Saúde do Trabalhador (COSATs), como citamos anteriormente, são órgãos similares às CIPAS, mas do serviço público. O CRST/ES dá treinamento para essas Comissões, assim como suporte nas intervenções que forem necessárias. Ultimamente, o CRST/ES e as Comissões Internas de Prevenção de Acidentes (CIPAs) têm trabalhado em conjunto somente nas Semanas de Prevenção de Acidentes.

Com a FUNDACENTRO, a articulação do CRST está mais vinculada à questão educativa, em relação à capacitação de pessoal e cursos de atualização. No que tange a outros aspectos relacionados especificamente ao trabalho de vigilância, não existe qualquer articulação.

A relação do CRST/ES com a DRT, segundo relato dos profissionais, é bastante formal. Essa relação é estabelecida, geralmente, através de um ofício emitido pelo CRST/ES solicitando a fiscalização da DRT em uma ou outra empresa em que o CRST/ES encontrou péssimas condições de trabalho ou em casos, por exemplo, em que a empresa não está registrando o trabalhador. Um outro exemplo de trabalho desenvolvido com essa instituição é quando a notificação que o CRST/ES fez sobre uma empresa não surte efeito. Nesse sentido, os profissionais do Centro avaliam os ambientes de trabalho, constataam os problemas e convocam a DRT para pressionar a empresa e fazer com que ela apresente solução para aquele problema. Outra questão importante é que nem sempre o CRST/ES é chamado para participar das mesas de negociação em parceria com a DRT, devido à própria política de saúde e segurança desse órgão.

Entretanto, de acordo com os entrevistados, a importância da articulação do CRST/ES com outras instituições, como DRT e Ministério Público, está relacionada ao poder de polícia dessas instituições, nos casos em que o CRST não tem o poder de intervir.

A relação do CRST/ES com o Ministério Público é muito recente, data de setembro de 2000 o convênio entre o Ministério Público Federal do Trabalho e de janeiro deste mesmo ano o convênio entre o Ministério Público do Estado do Espírito Santo e o IESP e tem como principal objetivo a articulação, integração e conjugação de esforços, visando aprimorar a prestação da saúde e sua fiscalização. Esses dois convênios foram estabelecidos a partir do momento em que os sindicatos começaram a denunciar as condições de trabalho de algumas empresas para o Ministério Público.

Dessa maneira, por exemplo, o Sindicato dos Eletricitários (Sinergia) entrou com uma ação tanto no Ministério Público do Trabalho quanto do Estado, devido ao grande número de acidentes de trabalho fatais nesse setor. A fim de apurar esse fato o Ministério Público do Estado manteve contato com o CRST/ES e o sindicato, fortalecendo essa articulação. O CRST/ES, então, montou um projeto de pesquisa referente ao setor elétrico em parceria com o sindicato e Ministério Público Estadual. Esse projeto está em andamento e é o primeiro trabalho que o CRST/ES faz em conjunto com o Ministério Público Estadual.

O CRST/ES e o INSS não têm, praticamente, nenhuma articulação, a não ser pelo convênio estabelecido na lei 8.080 em que o INSS deve mandar as cópias das CATs para o SUS, no caso o CRST/ES. Contudo, mesmo com esse ínfimo contato existem grandes dificuldades com relação ao envio de CATs, por mais que o CRST/ES entre em contato com o INSS para o cumprimento do acordo, o INSS não envia o total das CATs registradas e, muitas vezes, as cópias das CATs chegam ilegíveis ou sem o Laudo de Exame Médico anexado.

Um outro problema na relação com o INSS é que confirmado o diagnóstico do trabalhador pelo médico do CRST/ES, muitas vezes é necessário emitir um laudo e encaminhar o paciente para o INSS. Contudo, segundo os profissionais entrevistados, diversas vezes esses laudos são negados pela perícia do INSS, sem qualquer justificativa, e o paciente é obrigado a passar por uma verdadeira peregrinação para conseguir se afastar do trabalho por doença ocupacional. Mesmo com todos esses empecilhos, alguns profissionais relataram a necessidade de uma aproximação maior com o INSS.

Duas instituições acadêmicas mantêm parcerias com o CRST/ES, mas sob enfoques diferentes. A Universidade Federal do Espírito Santo, através dos Departamentos de Psicologia e Serviço Social, mantêm estágios curriculares dos respectivos cursos no CRST/ES, além de projetos de extensão e pesquisa. A UFES e o CRST/ES estabelecem muitas parcerias em eventos na área de Saúde do Trabalhador, como o Simpósio Saúde Mental e Trabalho bancário, realizado pelo Sindicato dos Bancários, UFES e CRST/ES.

A outra instituição acadêmica que o CRST/ES tem contato é a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), através do Centro de Estudos em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana (CESTEH), numa parceria acertada no ano de 1997. O principal objetivo do convênio de cooperação técnico-científico assinado é o desenvolvimento de programas, projetos e atividades no campo de pesquisa, desenvolvimento tecnológico e capacitação de recursos Humanos, visando a implementação de atividades do CRST/ES. Esse convênio também continua vigente, onde o CESTEH, através do Laboratório de Toxicologia, realiza alguns exames laboratoriais para o CRST/ES, de acordo com a necessidade e onde, também, alguns profissionais do CRST/ES se especializam na área.

### **Articulações Inter e Intra-setoriais e Controle Social do CRST/ES**

A maior importância da articulação com outras instituições relatada pelos profissionais entrevistados é a necessidade de somar forças para a área de Saúde do Trabalhador. Nesse sentido, os profissionais complementam que o CRST/ES não tem condições, físicas, financeiras ou de recursos humanos, para dar conta dos problemas relacionados à Saúde dos Trabalhadores em todo o Espírito Santo, e com isso há necessidade de se articular, permanentemente, com essas instituições e, ao mesmo tempo, evitar uma duplicidade de ações pelas diferentes instituições envolvidas. Dentre essas, os sindicatos,

o Ministério Público e a FUNDACENTRO são as instituições consideradas de suma importância para estar estabelecendo parcerias, já que muitas ações fogem da alçada do CRST/ES.

Ao mesmo tempo, o CRST/ES não tem como debater sozinho os temas relativos à Saúde dos Trabalhadores, enquanto instituição em si, isolada, porque só se articulando inter e intrasetorialmente é que será possível gerar algum impacto, no sentido de transformar essa realidade. Dessa maneira, alguns entrevistados nos falam da necessidade de se criar um fórum permanente, para estar discutindo as questões do campo da Saúde do Trabalhador entre as diversas instituições relacionadas à área.

No ano de 1998, o CRST/ES juntamente com o Sindicato dos Bancários, dos Correios e Telégrafos, da Alimentação e Têxteis deram início as atividades da Intersindical de Saúde, onde o principal objetivo era o de somar forças para, além de estar se discutindo os temas relacionados à saúde dos trabalhadores em eventos e oficinas, formar um grupo coeso para intervir na realidade encontrada nos locais de trabalho. Uma característica marcante dessas quatro organizações de trabalhadores é que todas elas haviam tido um número significativamente elevado de trabalhadores diagnosticados por LER/DORT e grande parte deles tiveram os benefícios negados pelo INSS. Esse grupo procurou entrar em contato com outros sindicatos no Estado para se envolver com o tema, além de estabelecer os primeiros contatos com o Ministério Público do Trabalho e Estadual buscando outras instituições para intervir nesses locais de trabalho.

As ações da Intersindical de Saúde se estenderam por cerca de oito meses, incluindo sessões junto à Assembléia Legislativa, debates fervorosos com INSS e participação de

trabalhadores com LER/DORT das mais diversas categorias. No entanto, ao mesmo tempo em que se vislumbrava a possibilidade de criação de um Fórum Estadual permanente em Saúde do Trabalhador, as reuniões foram se esvaziando e o controle das mesmas ficando nas mãos de poucos, por fim a intersindical se extinguiu e até então não existe outro registro de tentativa de se criar um Fórum em Saúde do Trabalhador no estado.

Uma questão importante de se levantar em relação a esse tema, é que a proposta de implantação do CRST/ES, de 1995, incluía a formação de um Conselho Gestor. Essa proposta do conselho gestor se referia à participação de entidades sindicais de trabalhadores, representantes de usuários, representantes de unidades como o INSS, FUNDACENTRO, DRT, Ministério Público e representantes do CRST/ES não somente nas atividades desenvolvidas, mas principalmente no gerenciamento das mesmas. Dessa forma, a proposta, inclusive, contemplava a questão do controle social, premissa básica do SUS.

Entretanto, no CRST/ES não existe participação de parceiros externos na sua avaliação, aliás, no processo anual de planejamento e avaliação das atividades desenvolvidas pelo CRST/ES, só participam os próprios profissionais do Centro. Vale ressaltar que alguns sindicatos têm uma participação muito forte e, sempre que possível, dão suas opiniões referentes às atividades do CRST/ES, mas, como já dissemos, não participam nem do planejamento, nem da avaliação. Dessa maneira, o que os profissionais entrevistados relatam é que esse controle social não é feito, nem por parte dos usuários do próprio Centro, que vêm se organizando no sentido de construir uma Associação de portadores de LER/ DORT no Espírito Santo. Fato, este, que deve contribuir para renovar a



discussão referente ao controle social no CRST/ES e conseqüentemente no SUS como um todo.

De acordo com os entrevistados, diferente da proposta inicial, o CRST/ES trabalha de forma muito autônoma, independente, até mesmo por parte dos Gestores Estadual e Municipal, que têm pouquíssima ou quase nenhuma interferência sobre o funcionamento do CRST, como tem em outros locais.

### **As dificuldades para organizar e integrar a VST no CRST/ES**

O CRST/ES é considerado pela maior parte de seus profissionais uma conquista em qualidade e autonomia na forma dos serviços do SUS, mas ainda assim tais profissionais consideram como grande parte das dificuldades a falta de apoio político financeiro para a área, Falta de apoio técnico e de Recursos Humanos (infra-estrutura, falta de equipamentos especializados, baixos salários e ausência de aperfeiçoamento e atualização profissional), falta de suporte legal e relação interinstitucional.

Enquanto parte de um convênio entre estado e prefeitura, os profissionais relatam que o CRST/ES é de responsabilidade política e financeira de ambos, mas também de nenhum. Isso porque, o Estado, através da Secretaria Estadual de Saúde, SESA, repassa para o CRST/ES bimestralmente um valor de aproximadamente R\$ 2.000,00 (dois mil reais), destinado à manutenção dos equipamentos. Já a Prefeitura Municipal de Vitória não participa com qualquer quantia em dinheiro, nem em materiais de consumo para o CRST/ES, apenas com o salário dos funcionários a ela vinculados. Assim, a Saúde do Trabalhador não recebe verba específica do Estado ou da Prefeitura, ficando claro que o

convênio não dá conta de todo apoio político e financeiro necessário para o bom funcionamento do CRST/ES e, conseqüentemente, da própria vigilância, acarretando uma série de empecilhos burocráticos para liberação de recursos de qualquer espécie.

Enquanto persistem os problemas referentes à falta de recursos financeiros, o CRST/ES procura buscar incentivos para captação de Recursos, pelo Ministério da Saúde, através do projeto de estruturação de serviços na área de Saúde do Trabalhador. Contudo, possivelmente as verbas destinadas a esse programa só chegarão ao CRST/ES em meados de 2001.

Outra dificuldade relatada pelos profissionais entrevistados é exatamente a falta de investimento na parte de infra-estrutura, de recursos humanos e investimentos na formação de pessoal do nível médio. Os profissionais acreditam que a falta de capacitação de Recursos humanos é um empecilho para a Vigilância em Saúde do Trabalhador, já que a equipe do CRST é muito nova, grande parte dos profissionais entraram ao mesmo tempo, pelo concurso do Estado e a capacitação mesmo não aconteceu, a não ser através de cursos esporádicos ou pela própria experiência adquirida no trabalho na área. Ao mesmo tempo, quando surgem importantes oportunidades para estar capacitando os profissionais, como um curso de especialização ou mestrado, nem sempre o Estado tem liberado esses profissionais para tanto.

Os profissionais entrevistados falam também da falta de Recursos humanos, como um advogado trabalhista para dar suporte as atividades do CRST/ES.

Outra questão sempre levantada pelos profissionais entrevistados está relacionada à remuneração do seu trabalho. Muitos deles trabalham em outras instituições, para suprir a renda familiar e, portanto, nem sempre tem disponibilidade para se dedicar exclusivamente à capacitação em Saúde do Trabalhador.

Outra dificuldade relatada pelos profissionais está relacionada ao suporte técnico, de equipamentos e transporte para se fazer inspeções. A falta de apoio técnico e material para área também problematiza o processo de vigilância, como a falta de computadores melhor equipados ou instrumentos de medição de ruído, poeira e gases mais adequados.

A legislação também é citada como uma dificuldade, na medida que “abre muitas brechas” e é aplicada de forma variada e sem fiscalização rigorosa. A dificuldade de acesso às empresas privadas, principalmente pelo serviço de vigilância e a não aprovação do novo código sanitário dificultam, segundo os entrevistados, todo trabalho de vigilância.

Os profissionais relatam a dificuldade de entrada em algumas empresas por falta de suporte legal. Por outro lado, nas empresas onde o CRST/ES consegue entrar para realizar as inspeções de rotina ele não possui poder de multa, nos casos de descumprimento das Normas Regulamentadoras, sob a empresa inspecionada. Os profissionais citam, então, a necessidade da aprovação imediata do Novo Código Sanitário estadual, específico para área, que contou, na sua construção, com a participação de alguns profissionais do CRST/ES.

Um fato interessante é que o antigo Código Sanitário Estadual não possibilitava ao

CRST/ES uma ação coercitiva em Saúde do Trabalhador, não havendo, portanto, possibilidade de aplicar multas nos casos de inspeção que se fazem necessário, e que nesse período o CRST/ES conseguiu construir um novo código sanitário com especificidades relativas à Saúde do Trabalhador. Porém, o novo Código, até dezembro de 2000, ainda não havia sido implementado.

Outro ponto marcante são os obstáculos interinstitucionais, na medida que o trabalho na área de Saúde do Trabalhador envolve parcerias e trabalho conjunto entre diferentes órgãos e instituições: como a DRT, o CRST, a FUNDACENTRO e o INSS. Uma certa dificuldade de parceria, principalmente com a Delegacia Regional do Trabalho (DRT) e com o INSS na medida que este possui uma política de seguradora do Estado, uma visão mecanicista objetivando apenas a minimização dos gastos do estado, não considerando uma série de doenças como determinadas pela organização do trabalho, baseando-se numa visão reducionista donexo-causal estabelecido entre trabalho e doença.

Essa política de não integração acaba por impossibilitar a produção de estratégias que possam englobar ações mais eficazes e abrangentes. As parcerias que são formadas se dão, na maioria das vezes, através de contatos pessoais e não por relações institucionais oficializadas, destacando-se trabalhos realizados junto aos professores da Universidade Federal do Espírito Santo. Desta forma, a atenção à saúde é caracterizada por ações individualizadas, o que não está de acordo com os próprios objetivos do SUS.

A relação mais aproximada com outras instituições como sindicatos e Ministério Público foi citada como um mecanismo impulsionador do processo de Vigilância em Saúde do Trabalhador. Isso porque, essas instituições como órgãos de defesa do trabalhador, quando trabalham articuladamente com o CRST/ES propiciam mudanças positivas na

forma de lidar com a vigilância. Dessa forma, os profissionais acreditam que é necessário estabelecer parcerias mais próximas com o Ministério Público, já que este tem capacidade de julgar e punir os grandes responsáveis pelo adoecimento e morte dos trabalhadores.

Outra questão levantada pelos profissionais se refere a trabalhar com a questão da vigilância voltada para a informação, uma questão fundamentalmente interinstitucional, a partir do momento que a informação pode, e deve, ser utilizada por diversas instituições, independentemente de ter sido ela ou não quem processou os dados. Dessa maneira, os profissionais acreditam na importância de se criar novos mecanismos de socialização da informação em Saúde do Trabalhador, a fim de que se construa um trabalho em conjunto, em prol do crescimento da área.

A importância de desenvolver o trabalho de vigilância em equipe interdisciplinar foi citada por alguns profissionais como um mecanismo que impulsiona o processo de vigilância. Dessa forma, alguns profissionais também consideram que nos trabalhos, onde há participação de equipe multiprofissional, como é o caso dos projetos de pesquisa específicos, o processo de vigilância ganha mais força e, geralmente, tem melhores repercussões que em inspeções pontuais realizadas apenas por engenheiros ou técnicos de segurança.

### **3.2. Seleção dos casos de VST do CRST/ES**

A fim de nos aprofundarmos na análise sobre o processo de construção da VST dentro do CRST/ES, selecionamos quatro casos de VST, efetivados por esse centro, e procuramos reconstituir o percurso dessas ações, em relação sua origem e conseqüências, buscando ilustrar os mecanismos de fluxo e impedimento dessas ações de vigilância no campo de Saúde do Trabalhador.

Durante o processo de entrevista pedimos para os profissionais citarem casos de VST que tiveram uma conotação positiva, ou seja, foram bem articulados e tiveram uma boa repercussão. Da mesma forma, solicitamos a esses profissionais que nos falassem dos casos de VST, que tiveram uma conotação negativa, casos que foram paralisados ou não tiveram a repercussão que esperavam. Dessa forma, dentre os casos citados pelos profissionais selecionamos um total de quatro, dois com conotação positiva e dois com conotação negativa, de acordo com o número de vezes que os casos foram citados pelos diferentes profissionais.

Começamos, então, pelos casos com conotação positiva, citados pelos profissionais.

#### **3.2.1. O caso de Intoxicação por Malation numa Unidade de Saúde**

O CRST/ES recebeu uma denúncia por escrito do Sindicato dos Trabalhadores da Saúde (Sindisaúde) que haviam trabalhadores de saúde passando mal após a aplicação de um veneno para matar o mosquito do Aedes Egips, numa Unidade de Saúde em Carapina, município da Serra/ES. O CRST/ES enviou um engenheiro e um técnico de segurança do

trabalho para fazer uma inspeção no local de trabalho. Nessa inspeção foi constatado que o produto aplicado, o malation, havia sido feito de forma errada. O malation foi aplicado na Sexta-feira e na Segunda, quando os trabalhadores retornaram à Unidade de Saúde, grande parte daquele resíduo do malation, gases e vapores, estava impregnado nas paredes. Todos os profissionais que lá estiveram foram intoxicados, inclusive médicos e enfermeiros. O malation tem um grande poder de ficar no local por muito tempo, até por mais de 5 anos. O engenheiro e o técnico do CRST/ES sugeriram, então, através do relatório, que se interditasse a Unidade.

Em função disso, a secretaria de saúde interditou o local de trabalho, solicitou à UNICAMP um estudo científico mais apurado, por profissionais especialistas nessa área. Essa equipe fez uma inspeção e constatou realmente, através de exames clínicos, que todos os profissionais foram contaminados pelo malation e que tinha que se fazer uma raspagem total de todas as paredes e equipamentos, uma reforma geral no prédio, já que o ambiente de trabalho não era mais propício, nem para trabalhadores, nem para pacientes. No primeiro registro quase 180 pessoas foram contaminadas, dentre estas, 54 profissionais de saúde.

A partir de então o CRST/ES funcionou como articulador das ações, atendeu grande parte dos profissionais intoxicados e constatou muitos casos de leucopenia, emitiu as CATs dos trabalhadores que estavam com problema e solicitou seu afastamento, analisou propostas de intervenções no local de trabalho e participou das mesas de negociações.

Vale ressaltar que foi a própria Fundação Nacional de Saúde que fez a aplicação do Malation, ou seja, não realizou uma série de procedimentos e as pessoas não poderiam ter

ficado na unidade, retratando que o próprio poder público não está preparado para lidar com certo tipo de produto químico. Devido a esse fato houve um inquérito, acompanhado de um processo administrativo.

Isso aconteceu no ano de 1997 e até o ano de 2000 esse caso tem repercussões. Dentre as propostas de intervenções, como microfilmagem dos prontuários e raspagem de todo reboco por causa da impregnação, muita coisa ainda não foi efetivada. Para o ano de 2001 está previsto uma fase de reavaliação dos trabalhadores com queixa de transtornos mentais e neuropatia cardíaca. De acordo com os profissionais entrevistados esse é um caso inédito no Brasil de Intoxicação por organofosforado em ambiente fechado e os quadros possuem difícil acompanhamento, pois não existem registros na literatura.

Nesse sentido, esse caso teve seu início a partir de uma informação originária do SindiSaúde, referente ao adoecimento de diversos profissionais de uma Unidade de Saúde, na Grande Vitória. O CRST inicia seu trabalho, sendo o grande articulador das ações, avaliando o ambiente, atendendo os trabalhadores adoecidos, emitindo laudos e participando da mesa de negociação. Um fato interessante é que nesse caso foi o trabalho de vigilância que criou a demanda para o ambulatório e não o contrário, o que normalmente acontece no CRST.

### **3.2.2. O caso das queixas de LER de funcionários de um Hipermercado**

Os profissionais do CRST/ES começaram a observar que estavam atendendo muitos trabalhadores de uma grande rede de Supermercados da Grande Vitória, com queixas de LER/DORT. Analisando o Sistema de informação Médico Ambulatorial constatou-se



que todos esses trabalhadores eram oriundos de uma única loja, o Hipermercado Roncetti. A maioria desses trabalhadores, de um total de 17, trabalhava na função de caixa e reposição.

A partir daí o CRST/ES fez uma inspeção nesse local de trabalho e constatou uma série de irregularidades, como: a) Distância entre o posto de trabalho do operador de caixa e o sensor que lê o código de barras; b) Número reduzido de operadores de caixa funcionado; c) Realização de várias atividades simultâneas (pesagem dos produtos, sensor de código de barras e empacotamento); d) Espaço Físico, mobiliário e Lay-out inadequados; e) falta de embalador; f) falta de pausa periódica para descanso.

Com esses dados em mãos o CRST/ES se reuniu com o Sindicato dos Comerciantes (SindiComercário) e entraram com uma denúncia oficializada na DRT. Depois de uma série de reuniões, com a participação do CRST/ES e do SindiComercário foi constituída uma Comissão Paritária Tripartite para a convenção coletiva nos supermercados, estabelecendo prazos para entrar com o processo de intervenção. A partir dessa Comissão o representante patronal, o representante dos trabalhadores e a DRT estabelecem termos de reajuste de conduta para estar modificando o ambiente de trabalho.

Dessa forma, através do SIAMAB (Sistema de Informação Médico Ambulatorial), o CRST/ES constatou um número elevado de casos de LER/DORT em funcionários de uma única loja de um hipermercado. O CRST, também, foi o grande articulador das ações em parceria com a DRT. Foi instituída uma câmara tripartite para a convenção coletiva nos supermercados.

### **3.2.3. O caso dos frentistas**

Tendo como ponto de partida a demanda do Sindicato dos trabalhadores de postos de gasolina a DRT, devido ao elevado índice de leucopenia na categoria, o CRST/ES sentiu a necessidade de estar investigando o problema. Foi, então, elaborado um projeto de pesquisa no CRST referente à "Transtornos hematológicos em trabalhadores expostos a Solventes".

O projeto tinha como principal objetivo o estudo da prevalência de leucopenia em trabalhadores expostos aos derivados de petróleo e álcool. Dentre os procedimentos metodológicos a serem efetivados pelo projeto incluíam: a) Entrevista; b) Avaliação Clínica ambulatorial; c) Avaliação dos ambientes de Trabalho; d) Estudo da organização do trabalho, através de trabalho de grupo (sala de espera) e entrevista individual; e) Estudo de um posto de abastecimento com enfoque nas áreas de higiene e segurança, com objetivo de criar um posto modelo.

Este projeto contava com a participação de 4 médicos do trabalho, 2 assistentes sociais, 1 engenheiro de segurança do trabalho, 2 técnicos de segurança do trabalho e 1 fonoaudiólogo, além do suporte laboratorial do Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes, HUCAM.

Durante o seu percurso o projeto esbarrou com uma série de empecilhos e acabou com suas atividades suspensas após a coleta do material da fase b, avaliação clínica ambulatorial. Dentre as principais dificuldades no desenvolvimento deste projeto podemos citar: 1) O laboratório que se usou como referência foi o laboratório do

HUCAM e as articulações para tanto foram fechadas em cima de relações pessoais e não relações institucionais, assim se a pessoa de referência não estivesse e o frentista fosse fazer o exame, os exames não eram feitos e o frentista tinha que retornar para fazer o exame; 2) Houve um período de greve da Universidade, que não se podia fazer os exames; 3) Os profissionais do CRST/ES pegavam com o frentista o resultado de exame, marcavam com o frentista no CRST/ES e alguns não iam; 4) Alguns casos não eram de leucopenia e sim de plaquetopenia; 5) A amostragem inicial foi feita, mas quando foi se repetindo os exames, alguns frentistas que o tinham feito foram demitidos.

Com todas essas dificuldades o trabalho acabou sendo paralisado, principalmente levando em conta que os exames constataram um número considerável de alterações de plaquetas. No entanto, o CRST/ES não conseguiu um hematologista para discutir a relação desses transtornos como de origem ocupacional, já que o padrão hematológico da população vem sofrendo alterações desse tipo pelo uso de medicação mielotóxica e consumo de agrotóxicos pelos alimentos, como explica um profissional entrevistado.

Nesse sentido, esse caso originou-se de um projeto montado pelo CRST/ES, devido a uma denúncia que o sindicato havia feito para a DRT. Apesar da insistência dos profissionais envolvidos, o projeto não teve bons resultados. A falta de suporte ambulatorial, articulações estabelecidas através de relações pessoais, resultados apenas parciais e desarticulações com outras instituições foram as principais justificativas para o não prosseguimento do projeto, conforme o planejado.

### **3.2.4. O caso das Oficinas mecânicas**

O caso de VST das Oficinas Mecânicas teve como ponto de partida o interesse dos profissionais do CRST/ES de estarem investigando a saúde dos trabalhadores no mercado informal. Foi, então, elaborado um projeto de pesquisa no CRST objetivando criar uma normatização para que as Oficinas mecânicas adequassem, minimamente as condições de trabalho, já que são, em geral, trabalhadores autônomos, sem registro de carteira, que estão expostos a riscos químicos, físicos e ergonômicos de uma maneira generalizada.

O projeto foi planejado em cinco fases: a) mapeamento das oficinas mecânicas da cidade de Vitória; b) formular e distribuir cartilha explicativa sobre o projeto e orientações básicas de segurança e higiene do trabalho nas oficinas mecânicas; c) inspeções nos locais de trabalho e coleta de dados referentes às condições de trabalho encontradas; d) Informação de Saúde e segurança no trabalho; e) Reavaliação das inspeções.

Mesmo os projetos do CRST/ES tendo característica multiprofissional esse projeto ficou a cargo exclusivo dos técnicos de segurança do trabalho e do engenheiro.

Algumas dificuldades encontradas no andamento do projeto foram colocadas pelos entrevistados, como: 1) Dificuldade de se fazer o mapeamento das oficinas, já que, segundo o Sindicato dos Metalúrgicos existem cerca de 1.400 oficinas na região da Grande Vitória; 2) falta de disponibilidade do carro do CRST/ES.

O projeto foi elaborado no final de 1997, por interesse dos próprios profissionais envolvidos, e tinha um prazo de 4 meses, que se estenderam por quase dois anos sem conclusão. Por fim, o projeto só funcionou parcialmente na fase b, de elaboração da cartilha, porém, as cartilhas não chegaram nem a ser distribuídas. A principal resposta para esse fato é que o projeto ficou centralizado em atividades de mapeamento e inspeções de ambientes de trabalho, sob a responsabilidade apenas de técnicos e engenheiros de segurança, caracterizando-se por um trabalho disciplinar.

### **3.3. Características Encontradas**

Com a exemplificação dos casos acima citados e o material apresentado nos capítulos anteriores, selecionamos alguns tópicos para análise do modelo de VST utilizado pelo CRST/ES, assim como a forma pela qual o CRST/ES utiliza as informações que chegam a ele.

#### **3.3.1. Dificuldade de estabelecer uma rotina de vigilância**

O modelo de vigilância utilizado pelo CRST/ES se restringe ao estudo de casos para o estabelecimento de nexos causais, para atender denúncias ou através de projetos específicos desenvolvidos pelo Centro. Ao mesmo tempo, não existe uma equipe multiprofissional para trabalhar especificamente com a vigilância, uma assistente social e uma psicóloga são os responsáveis por esse setor e o engenheiro e os técnicos de segurança do trabalho são os responsáveis pelas inspeções. Tanto, que muitas vezes os profissionais entrevistados confundiam VST com avaliação de ambiente de trabalho.

Sendo assim, no desenrolar das atividades, a vigilância estava restrita às inspeções de ambientes de trabalho. Estas, contudo, acontecem de forma esporádica, já que muitas delas tem o restrito papel de confirmar nexos causais, onde os técnicos, engenheiros ou o médico vão aos locais de trabalho objetivando o estabelecimento do nexo e não a concreta intervenção sobre o ambiente de trabalho adoecedor.

Por outro lado, nas inspeções geradas a partir de denúncias dos sindicatos, por exemplo, nem sempre este participa, já que muitas vezes necessita de uma avaliação imparcial e técnica do local de trabalho solicitado, para entrar com pedido de abono por insalubridade, ou dar entrada em processo judicial contra a empresa.

Nesses casos, o trabalho do CRST/ES é apenas imediatista e pontual, já que não existe uma rotina de vigilância, na qual o Centro atue de forma ampliada, participando das mesas de negociação ou se articulando com outras instituições para intervir sobre a realidade encontrada naquele local de trabalho. São poucos os exemplos de casos em que o Centro funcionou como um articulador do processo de VST, entre eles citamos o caso do Malation e do Hipermercado.

Vale ressaltar, que a conotação positiva dada pelos profissionais nos casos selecionados mostra, exatamente, o CRST/ES funcionando como um órgão articulador das mais diferentes instâncias e também das próprias vertentes de atuação do Centro. Ou seja, no caso do Malation foi uma atividade de vigilância que gerou uma demanda para o ambulatório do CRST/ES, ou seja, houve uma denúncia de que trabalhadores de saúde estavam envolvidos diretamente em situações de risco ou que, potencialmente, se tornariam casos de doenças relacionadas ao trabalho, o conteúdo dessa denúncia chegou

ao CRST/ES, por intermédio dos representantes dos trabalhadores. O CRST/ES executou as ações de referência clínica e vigilância sanitária referentes aos agravos relacionados ao trabalho e desencadeou um processo de integração das ações em torno deste caso, estabelecendo redes com outras instituições envolvidas com a questão e mesmo com os próprios trabalhadores.

Já no caso do Hipermercado aconteceu o contrário, foi a demanda do ambulatório que gerou um caso de VST. Casos estes de intervenção que se configuram enquanto processos de vigilância que se diferenciam de ações pontuais, à medida que houve uma articulação com outras instituições, entre as quais o sindicato da categoria teve participação ativa.

Dessa maneira, em ambos os casos a articulação com os sindicatos foi fundamental para o desenrolar do processo. No caso do Malation foi o sindicato que alertou o CRST/ES sobre os problemas de saúde existentes na Unidade de Saúde. Já no caso do Hipermercado houve um esforço do CRST/ES de contactar o SindiComerciários sobre os casos de LER/ DORT emergentes na categoria. Assim, a parceria entre CRST/ES e sindicato conseguiu produzir casos importantes de VST, sendo que essa parceria se mostra fundamental para firmar uma rotina de VST nos serviços de Saúde.

Por outro lado, muitos dos projetos específicos nascem de parcerias com sindicatos, como o projeto dos eletricitários e se essa parceria se firmar durante o projeto as chances desse projeto dar certo é muito maior. Principalmente se considerarmos que nos projetos específicos participam profissionais das mais diferentes formações, caracterizando como uma intervenção interdisciplinar.

Vale ressaltar que muitos sindicatos limitam-se, na sua relação com o SUS, à geração de demandas pontuais, que acabam por preencher a agenda de muitos CRST. Falta, entretanto, uma integração construtiva na qual trabalhadores e técnicos da saúde buscariam compreender a complexidade da situação da saúde dos trabalhadores em conjunturas e espaços específicos e, então, traçar estratégias comuns para superar as dificuldades.

### **3.3.2. Dificuldade de se estabelecer redes de VST**

De acordo com o modelo de VST proposto por Machado (1996), a relação das investigações com processos de tomada de decisão no nível das empresas e do poder executivo dependem da forma e da força com que se estabelecem interligações entre academia, os órgãos de vigilância, as empresas e representações de trabalhadores, assim como das relações entre os poderes executivo, legislativo e judiciário.

Nesse sentido, uma característica marcante da área de Saúde do Trabalhador é a fragmentação das responsabilidades de inúmeras instituições com atribuições de intervenção na área. Por outro lado, o SUS, isoladamente, é incapaz de dar conta das questões relativas à Saúde dos Trabalhadores. Buscando superar essas dificuldades e somar força no sentido de modificar de forma positiva os locais de trabalho é que ações intersetoriais em Saúde do Trabalhador estão sendo produzidas. Estamos, então, falando, de estratégias de transformação dos processos e ambientes de trabalho através da construção de redes de VST.



Isso fica mais claro se tomarmos como exemplos os casos de VST citados anteriormente. Nos casos que tiveram uma conotação positiva as relações estabelecidas entre as diferentes instâncias envolvidas tiveram uma base sólida e fortaleceram todo o processo com o passar do tempo. No caso das LERs em funcionários de um hipermercado, a entrada do sindicato e, em seguida, da DRT no processo foi primordial para pressionar a empresa, a partir de uma Comissão Paritária Tripartite, a rever as condições de trabalho até então adoecedoras.

Algumas dificuldades se mostram no cotidiano das ações impedindo o estabelecimento de redes de VST. No caso das oficinas mecânicas, que teve uma conotação negativa, a formação de redes de VST efetivamente nem chegou a acontecer. Primeiramente por ser um caso sem uma demanda específica de atuação, ou seja, os profissionais do CRST/ES tiveram interesse em analisar o setor informal de trabalho, tomando como base as Oficinas mecânicas da cidade de Vitória, entretanto não houve nenhuma solicitação de trabalhadores, sindicatos ou de outras instâncias para tanto.

Em segundo lugar, o caso ficou centralizado em equipe disciplinar, cuja proposta era de se realizar inspeções nos locais de trabalho, se assemelhando às inspeções realizadas pela DRT citado por Machado (1996: 100-1), onde:

*“(...)o técnico é auto-suficiente e seus conhecimentos de segurança são capazes de analisar qualquer acidente, o que restringe a análise à situação imediata ao evento, não contextualizando as causas no âmbito gerencial da empresa e identificando apenas falhas técnicas e operacionais.”*

Dada essas características, a proposta do projeto não incorporou premissas fundamentais da área de Saúde do Trabalhador, entre elas a importância do trabalho em conjunto com

trabalhadores e sindicatos, em equipe multiprofissional para se ter uma melhor percepção e compreensão do próprio processo de trabalho. O resultado do projeto, como vimos anteriormente, é que não houve qualquer modificação nos ambientes de trabalho, principalmente porque o projeto não se tornou efetivamente uma pesquisa.

Com essas questões colocadas repensar as mudanças que efetivamente ocorreram nos ambientes de trabalho após as intervenções realizadas pelo CRST/ES se mostra primordial. Nesses sentido, um ponto fundamental para o CRST/ES é o estabelecimento de critérios de prioridades para a investigação dos problemas relativos à saúde dos trabalhadores. Dentre as metodologias de intervenção utilizada temos a investigação de casos notificados e casos índices, busca ativa de casos, inquéritos epidemiológicos, a adoção da proposta do evento sentinela ou mesmo inspeções paradigmáticas e exemplares para o ramo da produção, entre outros, que sejam capazes de mobilizar diversas instituições envolvidas com as questões de Saúde do Trabalhador, com a finalidade de somar forças com o intuito de produzir ambientes de trabalho mais saudáveis.

Assim sendo, é necessário que o CRST/ES, enquanto parte dessa rede de VST desencadeie processos de vigilância por meio da integração das ações em torno de casos específicos, onde a participação dos trabalhadores e sindicatos seja incorporada, além de haver um esforço para que as diferentes instituições afins a área possam contribuir cada qual com seu poder de investigação, penalização e negociação tendo como foco a promoção da saúde dos trabalhadores.

Trabalhar com esses elementos conduz a uma nova concepção de vigilância, diferente da freqüentemente utilizada pelo CRST/ES, dada a necessidade de se ter uma articulação maior com os sindicatos e outras instituições. O que é bastante diferente da concepção de se fazer uma inspeção no local de trabalho, preencher chek list e enviar relatório para empresa e sindicato, ou seja, não se resolve em uma visita ao local de trabalho. Para tanto, o CRST/ES, enquanto articulador das ações deve estabelecer contatos com outras instituições, participar de reuniões e mesas de negociação, o que demanda muito empenho e vontade de toda equipe, mas que por outro lado fomenta uma perspectiva real de mudança das condições de saúde dos trabalhadores.

### **3.3.3. Os dados gerados são, ainda, pouco utilizados nas atividades cotidianas**

Mesmo o CRST/ES tendo toda uma estrutura montada para se captar, processar e analisar as informações, estas estão relacionadas a dados computáveis, como as CATs ou as fichas de atendimento ambulatorial. Nesse sentido, o serviço de informações não armazena as informações provindas dos sindicatos ou de trabalhadores em banco de dados, aliás, não existe um sistema que processe quantas denúncias o CRST/ES recebeu no ano, de onde elas vieram ou qual encaminhamento que o Centro deu a essas denúncias. Esses dados acabam se perdendo com o passar dos anos e fica complicado analisar o impacto das ações de VST do CRST/ES sobre os processos de trabalho em pauta. Dessa forma, a criação de um sistema de informações a partir das fontes existentes, por meio de banco de dados compatíveis com as necessidades do sistema, pode ser o ponto de partida para as ações de vigilância, assim como para a avaliação de seu impacto.

Sob esse aspecto é importante falarmos do distanciamento do setor de informações com os outros setores da vigilância, em especial, com relação às inspeções nos locais de trabalho. Dessa maneira, o setor que coleta e analisa os dados não desencadeia ações de intervenção nos ambientes de trabalho, fortalecendo a dicotomia entre vigilância epidemiológica e vigilância sanitária.

Um outro aspecto importante do serviço de informações é que existem muitas dificuldades no desenvolvimento dos sistemas de informação médico ambulatorial, o SIAMAB. Esse sistema é proveniente da ficha ambulatorial do paciente e por esse motivo é preenchido por uma série de profissionais. Isso faz com que as fichas, mesmo tendo passado por várias modificações desde sua implantação, permaneçam com alguns campos em branco ou sem padronização dos diagnósticos através do CID 10. Dessa forma, o cruzamento dos dados fica prejudicado.

Já com relação ao desenvolvimento do Sistema de Informação das Comunicações de Acidentes de Trabalho, como já citamos anteriormente, a maior dificuldade é com relação ao envio de CATs por parte do INSS. As CATs chegam atrasadas, uma média de três meses após o registro, há falta de qualidade nas cópias, o campo do Laudo de Exame Médico nem sempre é enviado e o número de cópias enviadas pelo INSS ao CRST/ES é significativamente inferior do total de CATs processadas pelo INSS, cerca de 30%. As consequências desse problema é que os dados gerados não permitem, ainda, uma avaliação ampla dos acidentes que estão ocorrendo no Estado ou a identificação dos ramos de atividades e das empresas que estão gerando esses acidentes ou doenças ocupacionais.

Como o mapeamento das empresas que mais registram acidentes de trabalho e doenças ocupacionais não pôde ser feito utilizando o sistema existente, o setor de vigilância do CRST/ES montou um projeto específico objetivando, em primeiro momento a identificação das empresas da Grande Vitória de risco 3 e 4. Isso só foi possível utilizando os dados provenientes do registro das indústrias do Espírito Santo feito pela Federação das Indústrias do Espírito Santo, FINDES. Assim, além de trabalhar os dados referentes ao SISCAT, teve-se que trabalhar com os dados da FINDES na fonte.

Esse tipo de mapeamento pode permitir uma abordagem por ramo de atividade econômica, à medida que identifica os setores com certa similaridade no processo de trabalho, através do conhecimento de determinados tipos de agravos por categoria e a partir daí inicia-se as intervenções nesses locais. Como essa abordagem segue a lógica da organização dos trabalhadores, ela viabiliza, ainda mais, a participação sindical nas ações de vigilância. Assim, essa abordagem possui um enorme potencial de intervenção, desde que as ações sejam desenvolvidas no sentido de integrar as instituições envolvidas com a temática.

Um outro aspecto que deve ser discutido é sobre as estratégias de ação desenvolvidas a partir dos dados levantados pelo sistema de informação, ou seja, a intervenção, em torno da qual gira todo o sistema. No CRST/ES, as informações geradas a partir dos sistemas existentes podem dar origem a uma inspeção no local de trabalho, um projeto de específico de pesquisa ou servir de base para trabalhos acadêmicos referentes ao CRST/ES. Por outro lado, o setor de informações pode fornecer subsídios ao planejamento das ações, quando, por exemplo, através da informação existente planeja-se um projeto ou atividades educativas em um determinado ramo de atividade que tenha

registrado um número elevado de acidentes do trabalho ou doenças ocupacionais ou apresentam acidentes graves ou fatais.

O evento sentinela que também poderia servir como detonador de uma cadeia de intervenção- já que por si só indica que se trata de um acidente grave ou fatal, uma doença, incapacidade ou morte, cuja ocorrência desnecessária serve como sinal de que as condições de trabalho devem, no mínimo, melhorar- é uma metodologia praticamente inutilizada pelo Centro, já que os dados que alimentam o SISCAT chegam no centro com muito atraso, sendo complicado uma intervenção imediata.

Uma fonte importante de informações para esse tipo de abordagem é o uso do sistema de mortalidade e de internações hospitalares, por meio de filtros que selecionem os casos possivelmente ligados ao trabalho (Machado, 1996), contudo o CRST/ES não utiliza esse tipo de metodologia dada a dificuldade de identificar o acidente de trabalho nas fichas ambulatoriais. Esse tipo de informação só desencadeia um processo de intervenção imediato, quando a informação chega sob a forma de denúncia dos próprios trabalhadores ou de seus representantes. Entretanto, além de não haver no CRST/ES um registro dessas informações e do impacto das intervenções geradas através delas, como citamos anteriormente, ainda não foi estruturada uma rede de informações sindicatos- CRST/ES e CRST/ES- sindicatos.

Em consonância com sua influência pela experiência da Reforma Italiana, os elementos estruturais de um sistema de Vigilância estão explicitados num relacionamento estreito com os trabalhadores, um sistema de informações e um aparato de intervenção institucional. No entanto, faltam informações adequadas sobre os agravos à saúde

relacionados ao trabalho nos sistemas de informação em saúde, tanto nos serviços de Saúde do Trabalhador, quanto em outras instituições a nível Federal, principalmente em relação à ocorrência na população trabalhadora do setor informal. Com a informação incompleta e não devidamente processada e a falta de uma rede de informações trabalhadores-órgãos interventores, sua utilidade para o planejamento de ações e desenvolvimento de atividades é pontual e restrita às inspeções de casos índices.

Vale lembrar que, os sistemas de informações implantados no CRST/ES são recentes, data de 1997, e ainda devem superar algumas dificuldades. Nesse sentido, é somente depois de um tempo implantado que um sistema de vigilância epidemiológica produz resultados significativos, uma vez que permite monitorizar permanentemente o efeito das ações da saúde para intervir em situações de agravo que, num momento anterior, o próprio sistema havia detectado (Santos et al, 1990).

#### **3.3.4. Ênfase no modelo médico- assistencial em detrimento ao modelo de vigilância à Saúde do Trabalhador**

Dado o próprio modelo de Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, ou seja,

*"(...)serviços de saúde direcionados para os trabalhadores, implementados a partir dos anos 80 na rede pública de saúde, com a proposta de prestar atenção integral, de assistência e vigilância dos agravos e das condições e ambientes de trabalho, desenvolver conhecimento especializado na área e atividades educativas, com participação dos trabalhadores."(Brasil/ Ministério da Saúde, 1999).*

Esses serviços se tornaram porta de entrada dos trabalhadores com doenças ocupacionais

ou acidentes do trabalho no Sistema Único de Saúde. O CRST/ES não foge dessa regra, ou seja, não se tornou apenas unidade de referência em Saúde do Trabalhador, de retaguarda técnica, para o manejo de problemas mais complexos e/ou especializados, mas sim um espaço que acolhe os trabalhadores que sofreram acidentes ou doenças ocupacionais, na rede do SUS.

Isso porque, a assistência à saúde dos trabalhadores no Espírito Santo, e em boa parte do País, não tem sido prestada em toda a rede de serviços de saúde. Muito pelo contrário, em alguns serviços não há qualquer questionamento acerca da atividade desempenhada pelo trabalhador. Nesse sentido as unidades básicas de saúde ainda não estão capacitadas a reconhecer a relação do problema de saúde com o trabalho, de modo a adequar os procedimentos de assistência e demais ações decorrentes. Entre as quais: orientação do trabalhador, comunicação à instância local de vigilância, à Previdência Social e demais atores sociais envolvidos.

Dessa maneira, o CRST/ES acaba concentrando toda demanda ambulatorial referente às doenças ocupacionais e acidentes de trabalho. Devido a essa centralização da assistência da Saúde do Trabalhador no SUS, no Espírito Santo, o CRST/ES tem uma demanda, onde cerca de 40 a 50% dos casos atendidos são de LER/DORT. Motivos como maior divulgação da LER/DORT, maior acesso à informação via sindicatos, bem como o processo de organização do trabalho atual, são citados como indicativos do aumento de notificação dos casos de LER.

Toda essa demanda ambulatorial associada ao fato de que o trabalhador só procura atendimento quando a doença já está avançada- já que ainda há um certo receio de perder



o emprego, provocado pela instabilidade econômica- fez com que o CRST/ES cada dia mais se estruturasse no sentido de promover o melhor atendimento a esses trabalhadores. Como observamos no quadro dos profissionais que trabalham nesse serviço (Introdução) algumas especialidades como homeopata, fisiatra, psiquiatra, entre outros, só foram inseridos no Centro devido à necessidade de prestação à assistência a esses trabalhadores adoecidos.

Entretanto, o CRST/ES sofre da falta de Recursos Humanos em relação à grande demanda de trabalhadores atendidos e mesmo não existindo uma equipe especializada para cada vertente de trabalho do Centro (vertente educação, assistência e vigilância) a quase totalidade dos profissionais, com exceção do engenheiro, técnicos de segurança e administrativos, trabalham nos ambulatórios, nas salas de espera, nas consultas individuais e coletivas ou na fisioterapia. Dessa forma, a maior parte dos profissionais realizam atividades de cunho assistencial e as outras atividades ficam por conta dos engenheiros e técnicos ou dos mesmos profissionais que prestam esse atendimento.

O reflexo dessa estruturação está no número significativamente inferior de inspeções, em relação a outras atividades. No ano de 98, por exemplo, foram realizadas apenas 48 inspeções nos locais de trabalho, de um total de 12.392 procedimentos, como podemos verificar no quadro abaixo.

### Quadro 7. Produtividade do CRST/ES, no período de janeiro a novembro de 1998<sup>1</sup>

<b>Procedimento</b>	<b>Total</b>
Medicina do Trabalho (1º Vez)	962
Medicina do Trabalho (Retorno)	1939
Homeopata	556
Dermatologia	68
Fisiatria	622
Acunputura	47
Enfermagem	401
Serviço Social	553
Psicologia/Psicanálise. <sup>3</sup>	345
Fonaudiologia	709
Fisioterapia	6053
Inspeções nos locais de trabalho	42
Grupo Sala Espera	39
Grupo Psicologia	38
Grupo Qualidade de vida	3
Grupo Qualidade de voz	5
<b>Total</b>	<b>12382</b>

Fonte: Relatório CRST ano 1998.

<sup>1</sup>Produtividade até 29/11/98

<sup>2</sup>A produtividade de janeiro resultou de um consolidado dos meses de dezembro/97 e janeiro/98

<sup>3</sup>A produtividade da Psicanálise foi feita junto com a da Psicologia

Com todas essas questões, fica claro que o CRST/ES tem cada dia mais privilegiado atividades ambulatoriais em detrimento das atividades de vigilância. Além disso, o perfil dos trabalhadores que procuram o serviço evidencia uma demanda de quase 50% de portadores de LER/DORT e cada vez mais este serviço vem se especializando buscando dar conta dessa demanda. Posto, também, a questão da centralidade da assistência à Saúde do Trabalhador, pelos CRST dentro do SUS e a ausência de uma rede de referência e contra-referência, o CRST/ES estaria se caracterizando mais como um Centro de especialidades em doenças ocupacionais do que um serviço de referência à assistência básica do SUS.

### **3.3.5. Dificuldades operacionais e políticas**

A área da Saúde do Trabalhador não tem sido contemplada, de modo adequado e permanente, nos orçamentos da União, dos Estados e Municípios (Brasil/ Ministério da Saúde, 1999). No caso do CRST/ES a situação ainda é mais complicada, pois ele é parte de um convênio entre estado e prefeitura, onde nenhum dos dois órgãos assume totalmente a responsabilidade pelo serviço.

Desse modo, falta investimento na parte de infra-estrutura, principalmente no tocante aos aparelhos e instrumentos de avaliação ambiental, de computadores e programas para os mesmos. Com relação a esse último, o CRST/ES possui apenas dois computadores defasados, sem entrada para Cdroom e com acesso gratuito à internet. Ou seja, esses computadores, além de dar conta de todo o sistema de informação, são utilizados por todos os profissionais do Centro, que necessitarem. Além disso, o CRTS/ES sobrevive com um orçamento bimestral de aproximadamente R\$ 2.000,00, cedido pelo IESP/SESA, para manutenção e compra de equipamentos permanentes e de consumo.

Outro ponto que devemos considerar é que as modalidades de financiamento e custeio previstas pela Norma Operacional do SUS – NOB 96 – e portarias posteriores a ela inerentes ainda não contemplam várias ações de Saúde do Trabalhador já desenvolvidas por estados e municípios. Não foram estabelecidos os parâmetros para dimensionar, principalmente, o custo das ações de vigilância epidemiológica e sanitária em Saúde do Trabalhador, de forma a complementar a Tabela de Procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (Brasil/ Ministério da Saúde, 1999).

Da mesma forma, mecanismos de financiamento para a Saúde dos Trabalhadores, já previstos ainda não foram implementados, como o Programa Integrado de Assistência ao Acidentado do Trabalho (PIAT), Portarias Interministeriais MPAS/MS N° 11/95 e N° 14/96 ( Brasil, Ministério da Saúde, 1999). A base de financiamento prevista para esse Programa é o Seguro acidente de Trabalho (SAT), que deveria ser uma fonte importante de custeio dos benefícios de acidentes e doenças do trabalho no País. O prêmio desse seguro, de caráter obrigatório, é recolhido pelo INSS e corresponde ao valor de 1% a 3% da folha de pagamento das empresas, de acordo com seu grau de risco. A arrecadação do SAT, em 1997, foi de R\$2,34 bilhões (Anuário Estatístico da Previdência Social), demonstrando ser superavitário para a cobertura dos benefícios acidentários previstos na legislação previdenciária.

Outra questão importante refere-se à formação e capacitação de recursos humanos em Saúde do Trabalhador. No caso dos profissionais do CRST/ES, estes procuram especializações ou cursos de pós-graduação na área, mas por conta própria, já que o estado tem uma política de não liberação de funcionário para especialização. Por outro lado, muitos profissionais trabalham em outros espaços para complementação salarial, o que torna praticamente impossível fazer uma especialização fora do estado.

No que tange a capacitação de Recursos humanos em Saúde do Trabalhador na rede SUS, em 1998 foram os próprios profissionais do CRST/ES que organizaram um curso em saúde e trabalho para funcionários das Unidades Básicas de Saúde, UBS, no entanto a atividade foi interrompida por falta de recursos materiais e financeiros.

Visto a importância de Capacitação em Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde como um todo, esta deve estar articulada com o Programa Nacional de Educação e Qualificação Profissional na Saúde, identificada e priorizada pelo Conselho Nacional de Saúde, mediante a Resolução nº 220, de 6 de março de 1997. Nesse sentido, o Plano de Formação e Capacitação de Recursos Humanos em Saúde do Trabalhador para o SUS, elaborado por iniciativa da área técnica de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde, em 1997, que está sendo revisado, é considerado de importância estratégica para a prestação de uma atenção diferenciada aos trabalhadores na rede do SUS.

Por outro lado, ainda não há reconhecimento das atribuições do SUS no tocante às ações de vigilância dos ambientes de trabalho, tanto no âmbito do SUS quanto entre outros setores de governo e entre os empregadores. Dessa maneira, os códigos sanitários estaduais podem dar suporte para a legitimação das ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador desenvolvida pelos CRSTs. Os Códigos deverão contemplar normas e padrões capazes de garantir a qualidade da assistência e da vigilância, em especial as ações de inspeção e fiscalização dos ambientes e processos de trabalho, bem como as penalidades a serem aplicadas em caso de inobservância. Por outro lado, a instituição de instrumentos legais, como um código sanitário, só poderá ser fielmente implementado caso o CRST/ES se estruture nesse sentido. Caso contrário, as ações nesse âmbito permanecerão de caráter pontual e imediatista.

## Capítulo 4. Considerações Finais

De acordo com o artigo 198 da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, as principais diretrizes que deveriam orientar o Sistema Único de Saúde seriam:

*“As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:*

- I. Descentralização, com direção única em cada esfera do governo;*
- II. Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;*
- III. Participação da comunidade.”* (Brasil, Constituição, 1988)

No entanto, o que temos percebido é que o discurso e a atuação dos últimos Governos da República tem tendido mais para a privatização, contenção de gastos e seleção de demandas em detrimento às ações no campo das políticas sociais, conforme as recomendações de organismos financeiros internacionais. Não há como negar que a defesa da vida humana não tem sido utilizada como principal critério para a definição dos modos de produção e de distribuição de riquezas (Campos, 1997).

*“Inegavelmente, esta é a contradição central do processo nacional de reforma sanitária. Há, de fato, uma clara dominância do projeto neoliberal no dia-a-dia da ação governamental, apesar de a determinação legal, no caso da saúde, apontar em outro sentido.”* (Campos, 1997:19).

Sabemos que a Lei Orgânica de Saúde (LOS), apesar de ter sido promulgada apenas em 1990, é fruto de discussões anteriores que culminaram na VIII Conferência Nacional de Saúde de 86 e na sua apreciação pela Constituição de 88. Contudo, hoje quando temos na Lei essa gama enorme de atividades a serem desenvolvidas pelo SUS no campo da Saúde

do Trabalhador, que além da assistência à saúde abarca pesquisas, avaliação e controle dos riscos no processo de trabalho, fiscalização e controle das condições de trabalho, assim como fornecer informações aos trabalhadores, sindicatos e empresa sobre os riscos de adoecimento, questionamos se o SUS efetivamente está (ou esteve) organizado para atender toda essa demanda. Ou seja, em que medida as ações foram articuladas e a LOS foi realmente implementada a ponto de garantir-se? Para Heimann et al (apud Lacaz, 1997: 12):

*“Como está sendo implementada [ a Lei 8.080/90 ], não constrói com nitidez (...) as bases do SUS, funcionando mais como um processo simultâneo de desconcentração de recursos financeiros e disseminação do atendimento em UBSs. A saúde não é prioridade real do governo (...) está associada à avidez por recursos repassados de outros níveis de governo.”*

O que percebemos, com essas observações, é que a intervenção do Estado, em especial relacionado às questões dos acidentes de trabalho, se traduz mais na compensação do desgaste, através de benefícios pecuniários, que em mudanças das condições de trabalho. No que se refere às ações de saúde do trabalhador no âmbito do SUS a situação fica mais clara devido à inexistência de uma política de financiamento e custeio, assim como de formação e capacitação de Recursos Humanos para esta área.

No âmbito dos serviços essas dificuldades ganham vida e se tornam empecilhos para se estabelecer uma rotina de VST. No caso do CRST/ES a VST se restringe, de uma maneira geral, às inspeções nos locais de trabalho, que por sua vez apresentam baixa eficácia na implantação de efetivas mudanças nas condições de trabalho. Algumas tentativas de implementação de práticas diferenciadas, como os projetos de pesquisa, têm representado um relativo avanço na prática de VST pelo CRST/ES, principalmente

quando incorporam a participação ativa de trabalhadores, sindicatos e instituições afins, como nos casos do Malation e do Hipermercado. Entretanto, essas propostas tiveram duração restrita, não construindo em si uma prática rotineira de intervenção.

Outro aspecto importante relacionado à rotina de VST é que os dados gerados no sistema de informações do CRST/ES são dados computáveis, provindos das fichas de atendimento médico ambulatorial do próprio CRST/ES ou das CATs enviadas pelo INSS. Sendo assim, não existe um banco de dados referentes às denúncias recebidas, qual encaminhamento dado a elas ou o impacto gerado pela intervenção do CRST/ES. Da mesma forma é necessário que o CRST/ES repense as estratégias de ação desenvolvidas a partir dos dados levantados. Para tanto, o estabelecimento de critérios de prioridades para investigação em torno de casos relevantes em que redes de intervenção intersetoriais possam ser construídas se mostra como estratégia real para se estar gerando mudanças na relação do processo de trabalho com a saúde.

Da mesma forma, parcerias com Ministérios que têm atuações afins, como o próprio Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) ou da Previdência e Assistência Social (MPAS) podem potencializar as ações e recursos e evitando intervenções superpostas e/ou pontuais. No entanto, é clara a dificuldade de articulação com instituições, como DRT e INSS, principalmente no estado do Espírito Santo, como já citamos anteriormente, fruto de uma política burocrata, onde as relações entre essas instituições são estabelecidas através de ofícios formais. Em relação à FUNDACENTRO/ES, as atividades em parcerias com o CRST/ES se dão quase que exclusivamente no campo da educação. Não consta no CRST/ES o desenvolvimento conjunto de estudos e projetos, sendo então fundamental maior aproximação com esta instituição no sentido de desenvolver trabalhos



de capacitação, avaliação de ambientes, processos e condições de trabalho, assim como de normalização e a avaliação conjunta de medidas de intervenção.

Com relação aos sindicatos, vale lembrar que vivemos num momento de enfraquecimento do movimento sindical e dos movimentos sociais, de uma forma geral, e o reflexo dessa problemática sobre o campo da Saúde do Trabalhador é que a luta dos sindicatos pela manutenção do emprego tornou-se prioritária em relação às questões da saúde. Nesse sentido, a participação dos sindicatos e dos próprios trabalhadores nos CRSTs assumem uma postura passiva e pontual, demandando do centro respostas à curto prazo. Postura essa explícita na não participação nas inspeções nos locais de trabalho, mesmo que demandadas por eles, na enfática demanda por atendimentos médico-assistenciais em relação a atividades de cunho preventivo e, ainda, na não participação no controle social desses mesmos centros.

Por outro lado, as mudanças nos processos de trabalho criam novas exigências para os serviços de saúde. O conhecimento sobre essas realidades – antigas e novas – necessita ser ampliado e difundido. É responsabilidade do sistema de saúde, das universidades e dos institutos de pesquisa, em colaboração com outras organizações sociais, contribuir para o preenchimento dessa lacuna, respondendo oportunamente a essas necessidades. Assim, a articulação mais estreita do CRST/ES com instituições de pesquisa e universidades, em especial com a pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo, deve visar a indução de linhas e projetos que busquem fornecer respostas e subsídios técnico-científicos para a identificação e o enfrentamento de problemas prioritários no contexto da Saúde do Trabalhador no estado.

Outro aspecto que deve ser enfatizado é que o CRST/ES, assim como outros centros no país, tornou-se porta de entrada da rede SUS dos trabalhadores adoecidos pelo trabalho. Sendo assim, houve uma centralização da assistência à saúde dos trabalhadores no SUS pelo CRST/ES, o que somado à ausência de uma rede de referência e contra-referência exigiu do centro uma ênfase nos atendimentos médico-assistencial aos trabalhadores com doenças ocupacionais, em especial as LER/DORT. Com o passar dos anos, como expomos anteriormente, o serviço se estruturou adequadamente para tanto.

Entretanto, o avanço conseguido no plano da assistência não foi viabilizando no âmbito da vigilância, pelo contrário, as atividades de VST foram pouco a pouco dando espaço a atividades imediatistas de caráter ambulatoriais. Dessa maneira, o CRST/ES se configura mais como um centro de especialidades em doenças ocupacionais do que um serviço de referência em Saúde do trabalhador da rede básica do SUS.

Ainda é notável que o CRST/ES como instituição estadual e municipal, possua a clara dificuldade de abranger todo o Estado do Espírito Santo. Algumas dificuldades relacionadas ao modelo assistencial baseado na estratégia de centros de referência são identificadas (Brasil, Ministério da Saúde, 1999), sendo as mais importantes a sua inserção na rede do SUS e a cobertura do conjunto dos trabalhadores. As dificuldades de inserção dos centros na rede têm relação com as dificuldades gerais de implementação do modelo assistencial, regionalizado, hierarquizado e integral do próprio SUS.

Além disso, a falta de tradição, familiaridade e conhecimento dos profissionais do Sistema com a temática da saúde-doença relacionada ao trabalho levam à crônica incapacidade técnica para o diagnóstico e o estabelecimento da relação das doenças com

o trabalho, dentro da própria rede. Esse problema estrutural é refletido dentro dos CRSTs, que se tornam porta de entrada do SUS e não uma unidade de referência em Saúde do Trabalhador, de retaguarda técnica, para o manejo de problemas mais complexos e/ou especializados.

Vale ressaltar ainda que o CRST/ES enfrenta o problema de não ter um vínculo institucional claramente estabelecido, ou seja, os laços institucionais com o Estado e a Prefeitura de Vitória foram concretizados através de convênios interinstitucionais com regulamentações e prazos provisórios, o que torna o CRST/ES frágil às oscilações do poder político local, tanto por parte do estado quanto do município.

Todas essas dificuldades apontam lacunas no processo de estruturação de um sistema de VST capaz de promover efetivas mudanças no quadro de morbi-mortalidade dos trabalhadores. Diante desse quadro, o modelo de CRST/ES tal qual vem sendo delineado representa uma limitação para a construção de um modelo de atenção à saúde dos trabalhadores, conforme previsto no SUS. Para tanto, avançar no processo de municipalização, investir na articulação intersetorial, na reorganização da atenção primária e no fortalecimento do controle social sobre a gestão do sistema se mostra primordial.

O que sugerimos, nesse caso, é um melhor encaminhamento para o processo de descentralização, através do treinamento dos profissionais das unidades básicas de saúde na área de Saúde do Trabalhador, cabendo à rede de serviços do SUS incorporar o trabalho como um importante fator capaz de gerar agravos à saúde. Considerando, também, que o processo de municipalização só será viável se o sistema de saúde, como

um todo, for capaz de sustentar as implicações que esse processo traz.

É fundamental, também, que o processo de descentralização no setor saúde não se restrinja a ações em serviços, mas contemple a descentralização das informações (Branco, 1996), a fim de que estas revelem a realidade do território a que referem e, através disso, possa haver uma atenção diferenciada de acordo com as demandas setoriais, numa perspectiva estratégica.

Nesse sentido, os CRSTs funcionariam como unidades integradoras das ações de VST, através de direcionamento e articulação dos processos de vigilância para uma intervenção nos determinantes dos agravos à saúde dos trabalhadores, assim como de formação de redes de intervenção (Machado, 1996) com as organizações de trabalhadores, representações de empregadores, instituições de pesquisa e formação de recursos humanos, de assistência e reabilitação em saúde, com vistas ao estabelecimento de atividades de cooperação, quando couber, bem como o favorecimento do controle social. Nesse sentido,

*"É Importante não só incorporar inovações teóricas, metodológicas e técnicas no campo da saúde dos trabalhadores é fundamental desenvolver mecanismos para possibilitar a participação real da população trabalhadora na construção de informação e conhecimentos, no planejamento das ações e na implementação das mesmas." (Betancourt, 1999: 99).*

Dessa mesma forma, a participação dos trabalhadores na definição de prioridades, na preparação das inspeções sanitárias, na análise e na avaliação dos resultados, na definição de propostas, no balanço das atividades, como forma de controle social, transparência institucional, garantia da qualidade e da implementação das propostas fundamentadas

pela incorporação do saber e da força política dos trabalhadores, são desafios constituintes do modelo de Vigilância em Saúde do Trabalhador (Machado, 1996), cuja implementação pelo CRST/ES deve visar a possibilidade de transformação da vida e saúde dos trabalhadores.

A incorporação de critérios e métodos epidemiológicos pode dar suporte para o planejamento das atividades desses programas, através do fluxo de informações produzidas nos serviços básicos de atenção, assim como nos hospitais e pronto-socorros, as quais deverão ser traduzidas em ações mais efetivas para mudanças no ambiente de trabalho, bem como no encaminhamento de soluções para as graves distorções do modelo assistencial.

Dados esses elementos, percebemos que a Vigilância em Saúde do Trabalhador é um processo dinâmico, que através da construção de instrumentos para investigação dos agravos, deve fornecer elementos para uma intervenção organizada sobre aqueles fatores que constituem em riscos à saúde, objetivando modificar os padrões de morbimortalidade dos trabalhadores.

Entretanto,

*“Sem uma melhor definição estratégica, sem uma nova disposição e vontade política voltada para o real enfrentamento das contradições contemporâneas da prática médico-sanitária e do aparelho estatal, não haverá eficácia social nas atividades oferecidas pelo SUS, mesmo quando em experiências isoladas e em locais com correlação de forças mais favorável às reformas” (Campos, 1997: 146)*

Repensar o modelo de saúde que vem sendo implementado, romper com a forma neoliberal de promover atenção é o desafio que está, para nós, colocado. Cabe, então, aos profissionais, usuários e organizações sociais o desafio de possibilitar vias, numa configuração coerente com a realidade brasileira, para a efetiva implantação das políticas públicas de saúde necessárias, no caminho de produzir saúde, enquanto meio de defesa da vida.

Com todas essas questões colocadas, podemos dizer que respostas ainda estão por serem construídas, muitas delas serão dadas no lidar, fazer, trabalhar, intervir. Outras nos remetem ao que já não nos serve, ao que é e está para ser descartado, por todos nós.

## Referências Bibliográficas

- ANTUNES, R., 1995. Fordismo, Toyotismo e Acumulação Flexível. In: *Adeus ao Trabalho?*. São Paulo: Unicamp.
- BETANCOURT, O., 1999. El Monitoreo Epidemiológico de la Salud de los Trabajadores. In: *Para la enseñanza e investigación de la salud y seguridad en el trabajo*. Quito: Ed. OPS/OMS-FUNSAID
- BOURGUIGNON, D. R. et al, 1998. Implantação de um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador. *Cadernos de Pesquisa da UFE*. Vitória, 7: 139-145.
- BOURGUIGNON, D. R. et al, 1999. Sistema de Informações em saúde do Trabalhador/CRST- Vitória/ES. Mimeo.
- BRANCO, M. A. F., 1996. Sistemas de Informação em saúde no nível local. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 12(2):267-270.
- BRASIL. Constituição, 1988. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal.
- BRASIL. Ministério da Saúde, 1990. *Lei Orgânica da Saúde*. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. 2ª edição. Brasília: MS/ ACS.
- BRASIL. Ministério da Saúde, 1998a. *Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS*. Portaria nº 3.120, de 1º de julho de 1998.
- BRASIL. Ministério da Saúde, 1998b. *Norma Operacional de Saúde do Trabalhador*. Portaria nº 3.908, de 30 de outubro de 1998.
- BRASIL. Ministério da Saúde, 1999. *Política Nacional de Saúde do Trabalhador: versão preliminar para discussão*. Mimeo.

- BRASIL. Ministério do Trabalho, 1997. Programa de Melhoria das Condições e dos Ambientes de Trabalho. *Campanha Nacional de Combate aos Acidentes de Trabalho - CANCAT 1995*. Brasília: Mimeo.
- BRASIL. Ministério do Trabalho, 2000 *Levantamento dos dados sobre Acidentes de Trabalho Fatais no período de 1997 a 1999 no Estado do Espírito Santo*. Delegacia Regional do Trabalho do Estado do Espírito Santo. Vitória: Mimeo.
- BRITO, J. C. & PORTO, M.F.S., 1991. *Processo de trabalho, riscos e cargas à Saúde*. Rio de Janeiro: CESTEH/ENSP/FIOCRUZ. Mimeo.
- CAMPOS, G. W. S., 1997a. *Reforma da Reforma: repensando a saúde*. São Paulo: HUCITEC. 2ª ed.
- CAMPOS, G. W. S., 1997b. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In CECÍLIO, L.C.O.(org.). *Inventando a mudança na Saúde*. Rio de Janeiro-São Paulo: HUCITEC- ABRASCO, 2ª ed.
- CAMPOS, G. W. S., 2000. *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. São Paulo: HUCITEC.
- CARVALHO, M. S. & MARZOCCHI, K.B.F., 1992. Avaliação da Prática de Vigilância epidemiológica nos serviços Públicos de saúde do Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, 26 (2): 66-74.
- COSTA, D.F. et al, 1989. *Programa de saúde dos Trabalhadores, a experiência da Zona Norte: uma alternativa em Saúde Pública*. São Paulo: HUCITEC.
- DIAS, E. C., 1994. *A atenção à Saúde dos Trabalhadores no setor saúde (SUS), no Brasil: Realidade, Fantasia, Utopia?* Tese de Doutorado. Campinas: UNICAMP.



- FAVARET FILHO, P. & OLIVEIRA, P. J., 1990. *A Universalização Excludente: Reflexões sobre as tendências do Sistema de Saúde*. In: *Revista Planejamento e Políticas Públicas*. 3: 139-162.
- FIGUEIREDO, M. G. ,1998. *O trabalho de mergulho profundo em instalações petrolíferas offshore na bacia de Campos: A guerra de 'Highlander' contra Leviatã*. Projeto de Doutorado. Rio de Janeiro: COPPE/ UFRJ.
- HARVEY, D.,1994. Do Fordismo à Acumulação Flexível. In: *Condição Pós-Moderna*. São Paulo: Loyola.
- HENNINGTON, E. A., 1996. *Saúde e Trabalho: considerações sobre as mudanças na legislação acidentária brasileira e sua influência sobre a classe trabalhadora*. Tese de Mestrado. Campinas: Universidade Estadual de Campinas.
- LACAZ, F. A. C., 1992. *Vigilância em Saúde do Trabalhador*. Mimeo.
- LACAZ, F. A. C., 1992. O Programa de Saúde dos Trabalhadores da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo: a agonia de uma proposta. *Revista Saúde em Debate*. São Paulo, 36: 41-47.
- LACAZ, F. A. C., 1996. *Saúde do Trabalhador: um Estudo sobre as Formações Discursivas da Academia, dos Serviços e do Movimento Sindical*. Tese de Doutorado. Campinas: Faculdade de Medicina, Universidade Estadual de Campinas.
- LACAZ, F.A.C., 1997. Saúde dos Trabalhadores: cenário e desafios. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 13 (2): 7-19.
- LAURELL, A. C. & NORIEGA, M., 1989. Para o Estudo da Saúde na sua relação com o Processo de Trabalho. In: *Processo de Produção e Saúde. Trabalho e Desgaste Operário*. São Paulo: HUCITEC.
- LAURELL, A. C., 1981. Processo de Trabalho e Saúde. *Revista Saúde em Debate*. São Paulo, 11: 8-22.

- LEVCOVITZ, E., 1997. *O Dilema estratégico da Construção do SUS- um estudo sobre as reformas da política nacional de saúde- 1974-1996*. Tese de doutorado. Rio de Janeiro: IMS/UERJ.
- MACHADO, J. M. H., 1996. *Alternativas e processos de Vigilância em saúde do Trabalhador: a heterogeneidade da intervenção*. Tese de doutorado. Rio de Janeiro: ENSP/ FIOCRUZ.
- MACHADO, J. M. H., 1997. Processo de Vigilância em Saúde do Trabalhador. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro 13(2):33-45.
- MACHADO, J.M.H. & GOMEZ, C. M., 1995. Acidentes de Trabalho: Concepções e dados. In: MINAYO, M. C. (org.) *Muitos Brasis: Saúde e população na década de 80*. Rio de Janeiro- São Paulo: HUCITEC- ABRASCO.
- MATOSO, J., 1996. Terceira revolução industrial e mundo do trabalho. In: *A Desordem do Trabalho*. São Paulo: Página Aberta.
- MENDES, E. V., 1993. O Processo de Construção do Sistema Único de Saúde: reflexões sobre uma agenda mínima para a Reforma Sanitária. In: *Planejando a Saúde do Município*. IBAM/ FNS.
- MENDES, R. & DIAS, E. C., 1991. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo, 25: 341-349.
- MINAYO, M. C. S., DESLANDES, S.F., CRUZ NETO, O. & GOMES, R., 1998a. *Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes. 8ª ed.
- MINAYO, M. C. S., 1998b. *O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*. Rio de Janeiro-São Paulo: HUCITEC-ABRASCO, 5ª ed.

- MINAYO-GOMEZ, C. & THEDIM-COSTA, S. M. F., 1997. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 13: 21-32.
- MODESTO, M. G. MOREIRA, E. C. & ALMEIDA- FILHO, N., 1992. Reforma Sanitária e Informação em Saúde: Avaliação dos Registros Médicos em um Distrito Sanitário de Salvador, Bahia. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 8 (1): 62-68.
- NORIEGA, M., 1993. Organización Laboral, Exigencias y Enfermidad. In LAURELL, A. C. (org). *Para a Investigación de la Salud de los Trabajadores*. Washington: Organización Panamericana de la Salud. Série Paltex.
- OLIVEIRA, M. H. B., 1996. *Política Nacional de Saúde dos Trabalhadores no Brasil (1980-1993): Uma Análise a partir do Direito e da Legislação Específica*. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.
- OLIVEIRA, M. H. B. & VASCONCELLOS, L. C. F., 1992. Política de saúde do Trabalhador: muitas questões sem respostas. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 8 (2): 150-158.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 1998. División de Salud y Ambiente. *Vigilancia en Salud de los Trabajadores*. Washington, D.C: Mimeo.
- PORTO, M.F.S., FREITAS, C. M. & MACHADO J. M. H., 1999. Modelo Brasileiro. *Revista Proteção*. São Paulo, 59-61.
- PORTO, M.F.S., FREITAS, C. M. & MACHADO J. M. H., 2000. *Promoção da Saúde e intersectorialidade: a experiência da Vigilância em Saúde do Trabalhador na Construção de Redes*. Anais do VI Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva ABRASCO (Cdroom).

- SANTOS, U. P., WUNSCH FILHO, V., CARMO, J. C., SETIIMI, M. M., URQUIZA, S. D. & HENRIQUES, C. M. P., 1990. Sistema de Vigilância Epidemiológica para acidentes de trabalho: experiência na zona norte do município de São Paulo (Brasil). *Revista de Saúde Pública*. São Paulo, 24 (4): 286-93.
- SATO, L., LIMA, A. B., FABRICIO, D., OLIVEIRA, F. KANASAWA, K. C. & CAMPANHER, P. F., 1993. *Programa de Saúde dos Trabalhadores da Zona Norte: esboço de um Retrato*. São Paulo. Mimeo.
- SATO, L., 1996. As implicações do conhecimento prático para a vigilância em saúde do trabalhador. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 12 (4)
- SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE/ SP, 1999. *Assistência em Saúde do Trabalhador no SUS*. Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de São Paulo. Mimeo.
- SILVA, F. M., 1995. *Espírito Santo: desenvolvimento Histórico dos serviços e Instituições de Saúde*. Tese de Mestrado. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social/ UERJ.
- SOARES, M. A., 1997. *Lesões por esforços repetitivos: a epidemia no mundo do trabalho*. Trabalho apresentado ao CRST/ES. Mimeo.
- SPEDO, S. M., 1998. *Saúde do Trabalhador no Brasil: Análise do Modelo de Atenção proposto para o Sistema Único de Saúde (SUS)*. Tese de Mestrado. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.
- TAMBELLINI, A. T., 1986. *Política Nacional de Saúde dos Trabalhadores: análise e perspectivas*. Rio de Janeiro: ABRASCO/ FIOCRUZ.
- TEIXEIRA, C. F. & MELO, C. (org.), 1995. *Construindo Distritos Sanitários: a experiência da cooperativa italiana no município de São Paulo*. São Paulo-Salvador: HUCITEC.

- TEIXEIRA, C. F., PAIM, J. S. & VILASBÔAS, A. L., 1998. SUS, Modelos Assistenciais e Vigilância da Saúde. *IESUS*, ano VII (2): 7-28, jan-fev.
- TOMOYUKI, A. A., 1999. *Grande Vitória, ES: Crescimento e Metropolização*. Tese de Doutorado. São Paulo: Faculdade e Arquitetura e Urbanismo/ USP.
- VASCONCELLOS, L.C. F. & RIBEIRO, F. S. N., 1997. Investigação epidemiológica e intervenção sanitária em saúde do trabalhador: o planejamento segundo bases operacionais. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 13(2).
- WESTPHAL, M. F., MOTTA, R. M. M., CARICARI, A. M., OLIVEIRA, J. C. & RIBEIRO, F. S. N., 1999. *Construindo o trabalho saudável: questões para reflexão*. Texto apresentado no II Encontro Nacional de Saúde do Trabalhador. Brasília: Mimeo.
- WUNSCH FILHO, V. V., SETIIMI, M. M. & CARMO, J. C., 1992. *Vigilância em Saúde do Trabalhador*. Mimeo
- WUNSCH FILHO, V., SETIIMI, M. M., FERREIRA, C.S.W., CARMO, J. C., SANTOS, U. P., MARTARELLO, N. A. & COSTA, D. F., 1993. Sistema de Informação para a Ação: Subsídios para a Atuação Prática dos Programas de Saúde dos Trabalhadores a Nível Local. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 9(2): 136-148.
- WUNSCH FILHO, V., 1995. Variações e tendências na morbimortalidade dos trabalhadores. In MONTEIRO, C. A. (org). *Velhos e Novos Males da Saúde no Brasil*. São Paulo: HUCITEC- NUPENS/ USP.
- WUNSCH FILHO, V., 1999. Reestruturação Produtiva e Acidentes de Trabalho no Brasil: Estrutura e Tendências. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 15 (1): 41-51.